Rechtsprechungsinformationsdienst 18-04

REDAKTION 6

EDITORISCHE HINWEISE 6

ERRATUM 6

A. VERTRAGSARZTRECHT 7

I. Honorarverteilung 7
1. Quotierung von Leistungen des Labors und der Humangenetik (Quartal I/14) 8
2. Quotierung nicht antragspflichtiger psychotherapeutischer Leistungen 8
3. Änderung des Berechnungsmodus für RLV wegen Praxisbesonderheiten und Vertrauensschutz 9
4. Vergütung einer Leistung innerhalb eines QZV setzt Zuordnung voraus 9
5. QZV-Fallwert: Keine Abdeckung der EBM-Bewertung der Leistungen 9
6. Rückforderung aufgrund zu hoher Abschlagszahlungen 10

II. Sachlich-rechnerische Berichtigung 10
1. Weiterbildungsassistent: Aufrechterhaltung eines übergroßen Praxisumfangs 12
2. Grundpauschale für Fachärzte für Nervenheilkunde auch bei Doppelqualifikation 12
3. Plausibilitätsprüfung: Bedeutung der Dokumentation für Nachweis der Leistungserbringung 12
4. Fehlende Dokumentation einer Kieferbruchbehandlung 13

III. Genehmigung/Arztregister/Notdienst 14
1. Patientenzuweisung zur Behandlung an in Vertragsarztpraxis angestellte Ärztin durch KV 14

IV. Wirtschaftlichkeitsprüfung/Arzneikostenregress/Schadensersatz 15
1. Arzneikostenregress: Doppelte Regressfestsetzung 15
2. Richtgrößenprüfung: Vorausgehender Regress oder Beratung 16
3. Schadensminderungspflicht der Krankenkasse bei offensichtlichem Verstoß gegen Heilmittel-RL 16
4. Zahnärzte: Prüfung einer einzelnen Leistung (IP-5 BEMA-Z) 16

V. Zulassungsrecht 17
1. Sonderbedarf an schlafmedizinischen Leistungen: Zusatzbezeichnung/Planungsbereich 17
2. Anforderungen an eine Versagung der Genehmigung einer Praxisverlegung 18
3. Job-Sharing: Korrektur der Leistungsobergrenze 18
4. Zulassungsentziehung 19
a) Zulassungsentziehung erst nach wiederholter u. systemat. Falschabrechnung/Vergleichsschluss 19
b) Keine Erfüllung der Fortbildungsverpflichtung mehr als 10 Jahre 20

VI. Sonstiges/Verfahrensrecht/Kosten/Streitwert 21
1. Streitwert: Anstellungsgenehmigung 22

VII. Bundessozialgericht (BSG) 22
1. BVerfG: Vergabe von Versorgungsaufträgen gem. der Dialysevereinbarung 22
2. Honorarverteilung 24
a) Regelleistungsvolumen 24
aa) Bildung einer Obergrenze für Wachstumsärzte in BAG 24
bb) Vergütung des RLV mit „festen Punktwerten“ (Quartale II u. III/05) 24
cc) Eigene RLV-Gruppe der schmerztherapeutischen Vertragsärzte 24
b) Psychotherapeuten 25
aa) Psychotherapeutenvergütung 2011 25
bb) Psychotherapeutenvergütung 2013/Strukturpauschale 25
3. Zuständigkeit der Prüfungsgremien für Verordnung von Impfstoffen 26
4. Zulassung (eines MVZ): Aktuelle Rechtslage/Selbstständigkeit als Vertrags(zahn)arzt 26
5. Gesamtvergütung: Erhöhter regionaler Punktwert/Kriterien einer prospektiven Schätzung 26

B. KRANKENVERSICHERUNGSRECHT 27

I. Vertrags(zahn)ärztliche Behandlung 27

1. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden: Einsatz eines Bewegungstrainers 27
2. Bakteriophagentherapie bei rezidivierenden Harnwegsinfekten und multiresistenten Bakterien 27

II. Stationäre Behandlung 27
1. Postbariatrische Straffungsoperationen: Kein regelwidriger Körperzustand 28
2. Bariatrische Operation nach Maßgabe der Adipositasleitlinie 28
3. Liposuktion bei Lipödem: Potenzial einer erforderlichen Behandlungsalternative 28

III. Kostenerstattung 29
1. Genehmigungsfiktion 29
a) Mitteilung über Einholung eines Gutachtens des MDK innerhalb von drei Wochen 29
b) Fehlende Bestimmtheit/Fristenbeginn bei Abgabe in deutschem Konsulat im Ausland 29
c) Kein Widerruf einer Genehmigungsfiktion (Lymphdrainagegerät) 30
d) Rücknahme einer Genehmigungsfiktion: Einstweiliger Rechtsschutz 30

IV. Arzneimittel/Hilfsmittel 30
1. Kabelloses Fußhebersystem mit Neurostimulation 31
2. Elektrostimulationsgerät (Handrehabilitationssystem) 31
3. SmartDrive 31
4. Duschrollstuhl in stationärer Einrichtung der Behindertenhilfe 32
5. Aussetzung der Vollstreckung: Prothesenkniegelenk 32
6. Kindertherapiesicherheitsbett 32
7. Hochwertiges Hörgerät wegen Baustellenlärms 33

V. Häusliche Krankenpflege 33
1. Häusliche Krankenpflege u. Integrationshilfe zum Besuch des Kindergartens 33

VI. Beziehungen zu Krankenhäusern 33
1. Kündigung eines Versorgungsvertrages 34
2. Vergütungsanspruch/Fälligkeit 35
a) Nachweis von Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit 35
b) Notwendigkeit teilstationärer Behandlung 35
c) Teilstationäre Krankenhausbehandlung wegen depressiver Störung nach stationärer Behandlung 35
d) Ambulantes Operieren: Aufrechnung/Thermokoagulation setzt Zusatz-Weiterbildung voraus 35
e) Aufrechnung: Genaue Bezeichnung des Leistungsanspruchs 36
f) Aufrechnungsverbot bei Bestreiten der Richtigkeit der Abrechnung 36
g) Rechnungskorrektur durch Krankenhausträger nach MDK-Prüfung 37
h) Rechnungskorrektur nach MDK-Gutachtenerstellung innerhalb der 5-Monatsfrist 37
i) Korrigierte Rechnung aufgrund MDK-Prüfung 37
3. Fallpauschalen 38
a) Verlegung und planungsrechtliche Vorgaben 38
b) Nachholung der Begründung für OPS-Code 38
c) Aufteilung einer stationäre Krankenhausbehandlung: Fallsplitting 38
d) Stillung einer Blutung nach diagnostischer Bronchoskopie 38
e) Unterbrechung des Monitoring auf spezieller Schlaganfallabteilung (Stroke Unit) 39
f) Frührehabilitative geriatrische Komplexbehandlung 39
4. Aufwandspauschale: Keine Rückforderung bereits gezahlter Aufwandspauschale 39

VII. Beziehungen zu Leistungserbringern und Arzneimittelherstellern 40
1. Pharmazeutische Unternehmer: Maßgebliche Spitzenorganisation auf Bundesebene 41
2. Hilfsmittelerbringer: Kein sozialgerichtl. Rechtsweg bei Ausschreibungen gesetzl. Krankenkassen 41
3. Unternehmen häuslicher Krankenpflege 41
a) Abschluss einer Vergütungsvereinbarung 41
b) Unterlassungsklage einer ambulanten Pflegeeinrichtung gegen Krankenkassen 42

VIII. Angelegenheiten der Krankenkassen 42
1. Satzungsregelung: Zusätzliche Leistungen nur bei ungekündigter Mitgliedschaft 43
2. Unzulässigkeit von Wahltarifen/Unterlassungsanspruch 43
3. Unlauterer Wettbewerb: Einbeziehung von Arbeitgebern zur Abwerbung/Beitragsvergleiche 43
4. Vergabeausschreibung von Stomaartikeln: Aufsichtsverfügung 44
5. Schadensersatzanspruch gegen Rentenversicherung wegen verspäteter Information 44
6. Fehlende Zustimmung der Aufsichtsbehörde zur Vorstandsvergütungsanpassung 45
7. Erstattung 45
a) Kostentragung einer Adaptionsmaßnahme 45
b) Bewilligung medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen und Rentenantragstellung 45
8. Vollstreckung durch Krankenkasse nach VwVG 46

IX. Sonstiges/Verfahrensrecht 46
1. Rechtsweg in Vergabeverfahren: Aufsichtsrechtliche Entscheidung/Verweisung 46
2. Zuständigkeit der Zivilgerichte: Schadensersatzanspruch bei Wahl von Kostenerstattung 46
3. Keine Abänderung eines LSG-Beschlusses 47

X. Bundessozialgericht (BSG) 47
1. Zurücknahme einer fingierten Genehmigung 47
2. Mehrkosten durch die Entsorgung von Inkontinenzmaterialien 47
3. Beziehungen zu Krankenhäusern: Fallpauschalen/Maschinelle Beatmung 47

C. ENTSCHEIDUNGEN ANDERER GERICHTE 48

I. Ärztliches Berufsrecht 48
1. Widerruf/Ruhen/Wiedererteilung der Approbation/Berufserlaubnis 48
a) Ruhen der Approbation 48
aa) Kein Ruhen bei Strafverfahren wegen betrügerischer Abrechnungsmethoden 48
bb) Fehlende Sprachkenntnisse/Einstweiliges Anordnungsverfahren 48
b) Widerruf: Maßnahme zur Abwehr der Gefahren vor Überschreitung der Strafbarkeitsgrenze 49
c) Berufserlaubnis: Gleichwertigkeit des Ausbildungsstands in der Ukraine 49
2. Gleichwertigkeit des ausländischen medizinischen Ausbildungsstandes (Serbien) 49
3. Kurs zur Fachkunde im Strahlenschutz für Röntgeneinrichtung nicht überwiegend online 49
4. Widerruf einer strahlenschutzrechtlichen Genehmigung 50
5. Nabelschnurgewebeentnahme 50
6. Aufbereitung von Medizinprodukten: Gefahr/Ausbildung zum zahnmedizinischen Fachangestellten 50
7. Strafrecht 51
a) Tötung auf Verlangen/Straflose Beihilfe zur Selbsttötung 51
b) Werbung für den Abbruch der Schwangerschaft durch Hinweis auf Homepage 51
8. Berufspflichten: Verletzung der ärztlichen Aufklärungspflicht/Überdiagnostik (Mapping-Biopsie) 52
9. Heranziehung zum ärztlichen Notdienst 52
a) Teilnahmeverpflichtung am ärztlichen Notdienst auch nach Entzug der Kassenzulassung 52
b) Praxis zur OP-Vorbereitung 52
10. Wettbewerbsrecht/Heilmittelwerberecht 53
a) Irreführende Werbung für Kur 53
b) Kein Hinweis auf MKG-Chirurgie ohne Facharzt 53
c) Irreführende Werbung: „Zahnärzte für Endodontie“/„Zahnärzte für Implantologie“ 53
11. Internet-Bewertungsportal 53
a) Löschungsanspruch bzgl. einer negativen Bewertung gegen Betreiber 53
b) Unterlassung einer negativen Bewertung auf Ärzteportal 54
12. Arbeitsrecht 54
a) EuGH: Ordentliche Kündigung eines Chefarztes nach Ehescheidung und erneuter Heirat 54
b) Rechtsweg: Freistellung eines ermächtigten Krankenhausarztes wegen KV-Rückforderung 55
13. Sozialversicherungspflicht 55
a) Facharzt für Innere Medizin/Kardiologe in Klinik 55
b) Rückerstattung von Beiträgen: Gefälschte Facharztanerkennung 55
14. Justizvergütungs- und Entschädigungsgesetz (JVEG) 56
a) Anforderungen an einen Befundbericht/Abgrenzung zu Computerausdruck 56
b) Anforderung an eine kurze gutachtliche Äußerung 56
c) Voraussetzungen einer außergewöhnlich umfangreichen Leistung 56
d) Außergewöhnlich umfangreiche Leistung/Schreibaufwendungen/Kein Verböserungsverbot 57
e) Kürzung der Sachverständigenvergütung bei erheblicher Überschreitung des Kostenvorschusses 57
15. Versorgungswerk: BVerwG/Satzung eines Versorgungswerks kein revisibles Recht 57

II. Arzthaftung 58
1. BGH: Sicherstellung der Kenntnisnahme von Arztbriefen 58
2. Behandlungsfehler 58
a) Unterlassen der Weiterleitung eines Arztbriefes durch Hausarzt 58
b) Erforderliche Verlegung in Klinikum: Keine Fehlerzurechnung für ambulanten Operateur 58
c) Fehlender Nachweis einer chiropraktischen Manipulation/Ärztliche Dokumentation 58
d) Erkennen eines akrolentiginösen Melanoms 59
e) Hüfttotalendoprothese/Schmerzensgeld 59
f) Arthroskopischer Knieeingriff: Verbleib der Trokarspitze/Verschulden und Schmerzensgeld 59
g) Zu hoch angesetzte Spinalanästhesie/Schmerzensgeld 59
h) Operationsindikation bei hochgradiger cervikaler Spinalkanalstenose mit Myelopathie 60
i) Lokalisation eines Nebenschilddrüsenadenoms 60
j) EuGH-Vorlage: Einstandspflicht des Haftpflichtversicherers mangelhafter PIP-Brustimplantate 60
k) Implantatbasierte Brustvergrößerung 61
l) Hochrisikopatient Dekubitus: Maßnahmen zur Prophylaxe 61

m) Hygienemangel in Krankhaus: Behauptungslast 61
n) Verjährungsfrist: Kenntniserlangung von den anspruchsbegründenden Umständen 61
3. Bemessung des Schmerzensgelds nach Darmresektion 62
4. Haftungsumfang: Kosten für behindertengerechten Wohnraum/Zwischenfinanzierungskosten 62
5. Aufklärung/Einwilligung 62
a) Keine Aufklärung über Risiken einer fehlerhaften Behandlung 62
b) Unterzeichneter Aufklärungsbogen/Verständnisschwierigkeiten (Leistenbruch) 63
6. Auskunftsanspruch gegenüber Krankenhaus 63
7. Rückforderung einer unter Vorbehalt geleisteten Schmerzensgeldzahlung 63
8. Vergleich Haftpflichtversicherer und Krankenversicherer: Beschränkung der Deckungssumme 64
9. Sachverständige 64
a) Vorgehen bei widersprüchlichen Positionen zweier gerichtlicher Sachverständiger 64
b) Keine Haftung des Sachverständigen bei Rücknahme der Berufung 64
c) Besorgnis der Befangenheit 64
aa) Einseitig elektive Auswertung der ärztlichen Behandlungsunterlagen 64
bb) Durchgängige Bezeichnung einer Partei als „Gegenseite“ 65
10. Keine persönliche Haftung nach § 839a BGB analog des BG-Gutachters 65
11. Unberechtigte Kündigung des Rechtsanwalts in Arzthaftpflichtprozess 65
12. Zahnärztliche Behandlung 65
a) Nachbesserungsrecht: Neuanfertigung eines Zahnersatzes 65
b) Schadensersatzanspruch nach Planungsfehler 66

III. Arzneimittel/Medizinprodukte/Hilfsmittel/Heilmittel 66
1. EuGH: Parallelimport und Neuetikettierung eines Medizinprodukts 66
2. Apotheken 66
a) Widerruf der Erlaubnis zum Betrieb einer Apotheke 66
aa) Strafrechtliche Verfehlungen aufgrund von Steuerhinterziehung 66
bb) Unerlaubte Abgabe von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln 67
cc) Wiederholte Pflichtverstöße 67
b) Rückerstattung der Umsatzsteuer (Zytostatika-Versorgung) 67
aa) Bruttopreisabrede als Regelfall 67
bb) Bruttopreisabrede: Umsatzsteuer in angebotenem Preis 67
cc) Vereinbarung einer Bruttopreisabrede 68
dd) Ergänzende Vertragsauslegung bei irrtümlicher Annahme einer Umsatzsteuerpflicht 68
ee) Rückforderung der Umsatzsteuer durch Krankenversicherung: Kein Anspruch 68
c) Werbung mit Einkaufsgutscheinen für die Einlösung von Rezepten 68
d) Serviceartikel für Ärzte 68
e) BSG: Befreiung von Rentenversicherungspflicht für in Pharmaindustrie tätigen Apotheker 69
3. Wettbewerbsrecht/Heilmittelwerberecht 69
a) Krankheitsbezogene Werbung für diätetisches Lebensm. (Blasen- und Harnwegserkrankungen) 69
b) Werbeaussage mit Verträglichkeit eines Eisenpräparats 69
c) Spitzenstellungswerbung/Bezug auf therapeutische Wirksamkeit 70
4. Einstufung eines Rheuma-Präparates als Präsentationsarzneimittel 70
5. Produkthaftrecht: Fehlerhafte Hüfttotalendoprothese 70
6. Beihilfe 71
a) BVerwG: Überprüfung der Notwendigkeit von Heilmitteln trotz ärztlicher Verordnung 71
b) Insulinanaloga (Insulin glargin) 71
aa) Keine Mehrkosten 71
bb) Anspruchsvoraussetzungen (Arzneimittel Toujeo) 71
c) Weihrauchkapseln bei einer MS-Erkrankung 72
d) Diätische Lebensmittel („Mulitbionta Nutrition forte Kapseln“) 72
e) Hilfsmittel 72
aa) Sensomotorische Einlagen: Fehlende wissenschaftliche Anerkennung 72
bb) Zweiter Therapiesitz für Kindergartenbesuch 72
cc) Eingeschränkter Anspruch auf Sehhilfen 72
dd) Keine Abdeckung durch Versicherung für besondere Hilfsmittel (hier: Leselupe) 73
f) Begrenzung der Anzahl beihilfefähiger Heilbehandlungen (Krankengymnastik) 73
g) Antragsfrist: Materiell-rechtliche Ausschlussfrist 73

IV. Privatbehandlung/Private Krankenversicherung/Beihilfe 73
1. Privatbehandlung 73
a) Bundesgerichtshof (BGH) 73
aa) Entgeltbeschränkung auch für „Ausgründung“ eines Plankrankenhauses aus Privatklinik 73
bb) Begrenzung der Entgelthöhe für mit einem Plankrankenhaus verbundene Privatklinik 74
cc) Keine Vergütungspflicht bei völlig unbrauchbaren Implantaten 74
b) Honoraranspruch des Arztes: Gerichtsstand am Wohnsitz des Patienten 75
c) Teleskopprothese/Trepanation/Fehlende medizinische Indikation 75
2. Private Krankenversicherung 75

a) BGH: Entgeltbindung von Privatkliniken 75
b) Beschränkungen des Krankenhausentgeltrechts auch für Privatkliniken 76
c) Preisobergrenze bei organisatorischer Verbundenheit mit Plankrankenhaus 76
d) Begrenzung der Leistungspflicht auf Höchstsätze nach GOÄ 76
e) Gleichwertigkeit der intensitätsmodulierten Strahlentherapie und der intraoperativen Bestrahlung 77
f) Abrechnung einer intensitätsmodulierten Strahlentherapie 77
g) Katarakt-Operation mittels Laser 77
h) Medizinische Notwendigkeit: Kein Nachweis durch behandelnden Arzt 77
i) Sachverständiger zu einer Abrechnungsfrage 77
aa) Keine Befangenheit wegen Selbstabrechnung I 77
bb) Keine Befangenheit wegen Selbstabrechnung II 78
cc) Keine Befangenheit wegen Selbstabrechnung III 78
dd) Befangenheit wegen Selbstabrechnung I 78
ee) Befangenheit wegen Selbstabrechnung II 79
j) Zahnärztliche Leistungen 79
aa) Erforderlichkeit der Behandlungsmethoden 79
bb) Medizinische Notwendigkeit und Evaluierung (Zirkoniumdioxidbrücken) 79
3. Beihilfe 79
a) Behandlung in einer Privatklinik 79
b) Galvanotherapie 79
c) Hyperthermiebehandlung bei Darmkrebs 80
d) Gendiagnostik zur Brustkrebsfrüherkennung nur in bestimmten Zentren 80
e) Ausschlussfrist und Wiedereinsetzung 80
f) Zahnärztliche Behandlung 81
aa) Begründungsanforderungen für Überschreiten des 2,3-fachen Gebührensatzes 81
bb) Unzureichende Begründungen für Überschreiten des 2,3-fachen Gebührensatzes 81
cc) Überschreiten des 2,3-fachen Gebührensatzes: Trockenlegen/Blutungsneigung/Speichelfluss 82

V. Verschiedenes 82
1. BVerfG: Anhörung gerichtlicher Sachverständiger 82
2. BSG: Voraussetzungen einer Revisionsbegründung 83
3. BGH: Erledigte Genehmigung einer zwangsweisen Heilbehandlung/Pflichten des Gerichts 83
4. Krankenhäuser 83
a) Unmöglichkeit einer Auswahlentscheidung: Aufnahme in Krankenhausplan 83
b) Krankenhausfinanzierung 84
aa) BVerwG: Krankenhauspflegesatz/Sicherstellungszuschlag wg. unterdurchschnittl. Fallzahlen 84
bb) Versorgungsauftrag für ein onkologisches Zentrum: Zentrumszuschlag 84
cc) Ausbildungskosten im Rahmen der Krankenhausfinanzierung 85
dd) Vereinbarung eines Sicherstellungszuschlags für Inselkrankenhaus 85
c) Zwangsgeld gegen Fachklinik für geriatr. Rehabilitation wg. Nichteinhaltung des Pflegeschlüssels 85
d) Keine Künstlersozialabgabe in privater Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung 85
5. Rettungsdienst 86
a) Genehmigungen nach Rettungsgesetz NRW: Nichtigerklärung 86
b) Keine Rechtsnachfolgefähigkeit einer Genehmigung nach RettDG 86
c) Auskunftsersuchen: Einsatzdaten in elektronischer Form 87
d) Interessenabwägung im einstweiligen Anordnungsverfahren 87
6. Hebammenhaftung: Teilnahme an Gruppenkurs für Schwangere kein Behandlungsvertrag 87
7. Pflegeberufe/Physiotherapeuten 87
a) Gesundheits- und Krankenpfleger: Gleichwertigkeit einer in Ungarn absolvierten Ausbildung 87
b) Vorverfahren bei Prüfungsbescheid über staatliche Gesundheits- und Krankenpflegeprüfung 88
c) Strafrecht: Falschabrechnungen nicht erbrachter Pflegeleistungen 88
d) Unrichtige Angaben zur Uhrzeit des Pflegeeinsatzes begründet keinen Betrug 88
e) Sozialversicherungspflicht: Tätigkeit als OP-Fachschwester versicherungspflichtig 89
8. Heilpraktiker 89
a) Heilpraktikererlaubnis: Beschränkung auf Chiropraktik 89
b) Keine Eigenbluttherapie durch Heilpraktikerin 89
c) Arztvorbehalt: Entnahme von Blut zur Herstellung und Reinjizierung von ozonisiertem Eigenblut 89
d) Irreführende Werbung für Osteopathie 89
9. Contergangeschädigte: Nachträgliche Geltendmachung von Körperschäden 90
10. HIV-Hilfegesetz: Beweiserleichterung nicht für Verwendung eines Blutprodukts 90
11. Sozialrecht 90
a) Impfschadensrecht 90
aa) Überprüfungsantrag: Maßgeblicher Zeitpunkt der letzten Verwaltungsentscheidung 90
bb) Anspruch auf Elternrente: Versterben an Rentenleiden 91
cc) Keine gerichtliche Anhörung des Sachverständigen im Überprüfungsverfahren nach § 44 SGB X 91
b) Blindenhilfe 91
aa) BSG: Zerebrale Störung des Sehvermögens 91
bb) Keine Vererbbarkeit von Ansprüchen nach Blindenhilfegesetz 92

c) Kosten eines Schulbegleiters: Asperger Syndrom als seelische Behinderung 92
12. Strafrechtliche Rehabilitierung: Einweisung auf geschlossene venerologische Station einer Poliklinik 92
13. US-amerikanische Leihmutterschaft: Keine Anerkennung der Ehefrau als Mutter 92
14. Erwerb der Bezeichnung „Fachanwalt für Medizinrecht“: Inkassofälle 92
15. Steuerrecht 93
a) Einkommensteuerrecht 93
aa) BFH: Prämienzahlungen der gesetzlichen Krankenkassen mindern Sonderausgabenabzug 93
bb) Aufwendungen für Bioresonanztherapie keine außergewöhnlichen Belastungen 93
cc) Einkommensteuerpflicht der Zahlungen aus sog. Thüringen-Stipendium 93
b) Umsatzsteuerrecht/BFH: Steuerbefreiung im Bereich der ambulanten Eingliederungshilfe 93

ANHANG I: BSG - ANHÄNGIGE REVISIONEN VERTRAGSARZTRECHT 94

ANHANG II: BSG - ANHÄNGIGE REVISIONEN KRANKENVERSICHERUNG 99

ANHANG III: ANHÄNGIGE RECHTSFRAGEN DES GROßEN SENATS 107

Redaktion

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

Editorische Hinweise

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

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

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

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

Die Datenbank **www.sozialgerichtsbarkeit.de** wird hinsichtlich der Abteilungen Vertragsarztrecht und Krankenversicherung (Leistungsrecht) ausgewertet. Diese Ausgabe berücksichtigt die bis zum 05.11.2018 eingestellten Entscheidungen.

Erratum

SG Dresden, Gerichtsbescheid v. 31.08.2016 - S 25 KR 236/14 - RID 17-02-136 wurde irrtümlich mit Datum vom 03.03.2017 angegeben.

A. VERTRAGSARZTRECHT

I. Honorarverteilung

Nach BSG, Urt. v. 24.10.2018 - ***B 6 KA 28/17 R*** - kann eine KV nach dem **Verzicht auf die Hälfte des Versorgungsauftrags** die Zahl der für das **RLV relevanten Fälle** nicht halbieren. Der Bemessung des RLV ist die volle Fallzahl des Arztes im entsprechenden Quartal des Vorjahres zu Grunde zu legen. Ein Arzt, der den vollen Versorgungsauftrag zuletzt nicht mehr wahrgenommen hat und auch nicht mehr wahrnehmen will oder kann, hat die Möglichkeit, seine rechtliche Teilnahmeverpflichtung durch den Verzicht auf eine Hälfte dieses Versorgungsauftrags den tatsächlichen Gegebenheiten anzupassen. In einer solchen Konstellation gibt es keinen Grund, zusammen mit dem Versorgungsauftrag auch das RLV zu halbieren.

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 Abstaffelungsquote 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 Fallzählungsverlusten 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*** - SozR 4-2500 § 87b Nr. 13 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. Quotierung von Leistungen des Labors und der Humangenetik (Quartal I/14)

SG Stuttgart, Urteil v. 20.06.2017 - S 20 KA 26/15 **RID 18-04-1**
SGB V § 87b

Die Regelung nach Ziff. 3. der Anlage 4 zum HVM KV Baden-Württemberg, die eine **Quotierung** der Vergütung von **laboratoriumsmedizinischen Leistungen** (hier: 91,58 %) nach den Abschnitten 32.2. und 32.3. EBM vorsieht, ist rechtlich nicht zu beanstanden.
Die **Vorgaben der KBV** sind für die KV gem. § 87b IV 3 SGB V verbindlich.
Die Regelung in § 5 III B e HVM KV Baden-Württemberg betreffend den Leistungsbereich **„Genetisches Labor“** überschreitet - dem Ansatz nach - nicht den Rahmen, den § 87b SGB V vorgibt. Auch im Bereich der Humangenetik können **Honorarkontingente** eingeführt werden. Eine **Mindestvergütungsquote** muss nicht zwingend vorgesehen werden, soweit - wenn auch nur im Rahmen der tatsächlichen Auszahlungsquote - eine gewisse Konstanz der Vergütung gewährleistet ist und damit eine gewisse **Kalkulationssicherheit** für den Vertragsarzt einhergeht (vgl. SG Stuttgart, Urt. v. 13.06.2017 - S 20 KA 423/15 -, betreffend das Quartal IV/13). Soweit ein dauerhafter **Punktwertabfall von mehr als 15 %** unter das sonstige Durchschnittsniveau - was bisher von dem Kl. nicht behauptet wird - eine Reaktionspflicht begründet, setzt dies eine dauerhafte Entwicklung voraus. Dies kann im Regelfall frühestens nach Vorliegen von Daten aus mindestens zwei Quartalen angenommen werden. Eine Korrektur kann regelmäßig nur für die Zukunft gefordert werden (vgl. BSG, Urt. v. 23.03.2016 - B 6 KA 33/15 R - SozR 4-2500 § 87b Nr. 8, juris Rn. 26 m.w.N.).
Es ist unzulässig, die von der KBV zwingend vorgegebenen **Berechnungsschritte** und die in den HVM übernommenen Grundlagen für die Bildung des sog. Grundbetrages **zu missachten**. Ein **im Vorquartal zu viel ausgeschüttetes Honorarvolumen** kann nicht auf das Folgequartal mit der Folge übertragen werden, dass die Auszahlungsquote nur noch 58,25 % anstatt 67,54 % beträgt.

Das ***SG*** verpflichtete die Bekl. unter Abänderung des Bescheides vom 15.07.2014 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 09.12.2014 - betreffend die Vergütung der Leistungen der Humangenetik nach Nr. 11320 bis 11322 EBM sowie Kap. 11.4. EBM -, über den kl. Honoraranspruch für das Quartal I/14, unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts erneut zu entscheiden; Im Übrigen - betreffend die Leistungen der laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen nach Kap. 32.2. EBM und 32.3. EBM - wies es die Klage ab.

2. Quotierung nicht antragspflichtiger psychotherapeutischer Leistungen

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 28.04.2018 - L 3 KA 38/14 **RID 18-04-2**
SGB V § 87b

Eine **Quotierung nicht antragspflichtiger psychotherapeutischer Leistungen** ist bei einem Mindestpunktwert von 2,56 Ct. im Übrigen zulässig. Der Bewertungsausschuss hat mit Beschl. v. 01.07.2010 für psychotherapeutische Leistungen insgesamt ein (gemeinsames) Vergütungsvolumen vorgesehen. Er hat es den Partnern der Gesamtverträge überlassen, sich bei nicht ausreichendem Vergütungsvolumen über das Verfahren zu einigen. Diese Regelung gestattet es den Vertragspartnern, die nicht antragspflichtigen Leistungen des Kap. 23 sowie des Abschnitts 35.1 zu quotieren. Der Bewertungsausschuss war nach § 87b IV 2 i.V.m. II 7 berechtigt, die regionalen Vertragspartner dazu zu ermächtigen.

Die Bet. streiten um die Höhe der Vergütung für nicht antragspflichtige psychotherapeutische Leistungen in den Quartalen I/11 u. II/12. Der kl. Psycholog. Psychotherapeut macht bei Quartalshonoraren von 32.410,38 € und 27.576,63 € aufgrund einer Quote von 0,730427 eine Mindervergütung von 514,33 € und 619,92 € geltend. ***SG Bremen***, Urt. v. 26.02.2014 - S 30 KA 39/11 - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

3. Änderung des Berechnungsmodus für RLV wegen Praxisbesonderheiten und Vertrauensschutz

LSG Hamburg, Urteil v. 02.08.2018 - L 5 KA 6/17 **RID 18-04-3**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 87b

Eine KV ist nicht berechtigt, ihren **Berechnungsmodus** für ein zwar noch nicht abgerechnetes, aber in der Vergangenheit liegendes Quartal ohne Vorankündigung zu ändern, wenn Grundsätze des **Vertrauensschutzes** dagegen stehen.
Existiert keine einheitliche Handhabung der Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten und soll dies **geändert** werden, dann ist dies den Beteiligten **vorab mitzuteilen**. Dies gilt gerade vor dem Hintergrund, dass die Umstellung der Berechnungsmethode durchgreifende Auswirkungen auf das Honorar des Arztes haben kann und dieser sich darauf einstellen können muss. Dabei ist zu berücksichtigen, dass es sich bei der KV um eine auch im Interesse der Ärzte handelnde Selbstverwaltungskörperschaft handelt, die zu den Ärzten in einem Dauerverhältnis steht, welches gegenseitige Rücksichtnahme erwarten lässt. Es wäre daher eine Vorabinformation entweder in einem gesonderten Hinweisschreiben oder im Zusammenhang mit der Bescheidung des vorherigen Quartals zu erwarten gewesen.

Der kl. Facharzt für Neurochirurgie erbringt im Rahmen der ambulanten minimal-invasiven Schmerztherapie verschiedene Schmerztherapie-Leistungen. 2011 teilte die Bekl. dem Kl. „nochmals verbindlich mit“, dass er für die fraglichen Leistungen eine Praxisbesonderheit anerkannt bekommen habe und er dafür künftig keine gesonderten Anträge stellen müsse. Mit Bescheid vom Januar 2013 gab die Bekl. dem Antrag auf Anpassung des RLV/QZV aufgrund der vorliegenden Praxisbesonderheit für das Quartal II/11 statt. Daraus resultiere eine Gutschrift in Höhe von 6.056,37 €. Der Kl. legte erfolglos Widerspruch ein, weil eine Änderung der Berechnungsmethode für ihn nicht nachvollziehbar und ihm nicht vorher angekündigt worden sei. ***SG Hamburg***, Urt. v. 16.11.2016 - S 27 KA 92/13 - wies die Klage ab, das ***LSG*** verpflichtete die Bekl., den Antrag des Kl. auf Anerkennung von Praxisbesonderheiten für das II/11 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gericht neu zu bescheiden.

4. Vergütung einer Leistung innerhalb eines QZV setzt Zuordnung voraus

LSG Hamburg, Urteil v. 02.08.2018 - L 5 KA 13/17 **RID 18-04-4**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 87b

Nur bei einer **Zuordnung einer Leistung** zu einem **QZV** kann die **Vergütung** innerhalb eines QZV erfolgen.

Der kl. Internist mit dem Schwerpunkt Pneumologie begehrte ein höheres Honorar im Quartal IV/10, in dem seine Umsätze unter den durchschnittlichen Umsätzen seiner Fachgruppe lagen. Das galt jedenfalls auch für seine Umsätze im Vorjahr wie im Folgejahr. ***SG Hamburg***, Urt. v. 19.04.2017 - S 3 KA 22/14 WA - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

Parallelverfahren:
LSG Hamburg, Urteil v. 02.08.2018 - L 5 KA 15/17 **RID 18-04-5**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
LSG Hamburg, Urteil v. 02.08.2018 - L 5 KA 14/17 **RID 18-04-6**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

5. QZV-Fallwert: Keine Abdeckung der EBM-Bewertung der Leistungen

LSG Hamburg, Urteil v. 02.08.2018 - L 5 KA 1/16 **RID 18-04-7**
www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 87b

Es stellt keinen Verstoß gegen den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit oder den Grundsatz der leistungsproportionalen Vergütung dar, dass der **QZV-Fallwert** die **EBM-Bewertung** der Leistungen Nr. 01510 bis 01512 EBM **nicht „abdeckt“**. Das QZV bildet mit dem RLV ein ausschöpfbares Gesamtvolumen (Beschluss BewA v. 26.10.2010 Teil F.I.1.4), die bisherige BSG-

Rspr. zum RLV ist damit ohne Weiteres auch auf die QZV-Systematik als weiteren Bestandteil des ausschöpfbaren Gesamtvolumens übertragbar.

Der kl. Facharzt für Innere Medizin mit den Schwerpunkten Hämatologie und Onkologie begehrt eine Neubescheidung seiner Honoraransprüche für das Quartal III/10 mit Blick auf die Vergütung der Leistungen der ambulanten praxisklinischen Betreuung und Nachsorge nach Nr. 01510, 01511 und 01512 EBM. Er wendet sich gegen die Budgetierung der Vergütung für diese Leistungen. ***SG Hamburg***, Urt. v. 31.07.2015 - S 3 KA 207/11 - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

Parallelverfahren:

LSG Hamburg, Urteil v. 02.08.2018 - L 5 KA 2/16 **RID 18-04-8**

www.sozialgerichtsbarkeit.de

6. Rückforderung aufgrund zu hoher Abschlagszahlungen

LSG Schleswig-Holstein, Beschluss v. 24.04.2018 - L 4 KA 3/16 **RID 18-04-9**

Revision anhängig: B 6 KA 13/18 R

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB I § 42; SGB X §§ 45 ff., 50; SGB V § 106a

Abschlagszahlungen für einen Anästhesisten aus der Teilnahme an Strukturverträgen „Ambulantes Operieren“ orientieren sich zwar an seinen Angaben zu seinem Leistungsverhalten, berücksichtigen aber noch keine Überprüfung dieses Leistungsverhaltens, insb. einen Abgleich mit den Abrechnungen des jeweiligen Operateurs, und enthalten mit einem 10%igen Sicherheitsabschlag auch ein grob pauschalierendes Element. In dieser Konstellation stellt eine **nochmalige Berechnung** des Honoraranspruchs mit Korrektur des Betrages, anders als im Rahmen der sachlich-rechnerischen Korrektur nach § 106a SGB V, daher auch nicht die - erleichterte – Ausnahme, sondern den geplanten Regelfall dar. Deshalb sind die zeitnah zur Leistungserbringung erhaltenen Zahlungen auch noch **keine Honorarabrechnungen**, sondern beinhalten lediglich Abschlagszahlungen bzw. Vorschüsse. Die quartalsweise ergangenen **Endabrechnungen** zu den einzelnen Strukturverträgen stellen demgemäß auch keine Abänderung oder Korrektur einer bereits zuvor ergangenen Honorarabrechnung dar, sondern beinhalten die erstmalige, abschließende Abrechnung eines gesonderten vertragsärztlichen Leistungsgeschehens.

Eine **Erstattungsforderung** der KV wegen Überzahlung aufgrund der Abschlagszahlungen kann nicht auf § 50 II SGB X gestützt werden.

Vorschusszahlungen haben ihre Grundlage in § 42 I SGB I. Diese Vorschrift ist entsprechend auf das Vertragsarztrecht anzuwenden. (so auch schon LSG Niedersachsen, Urt. v. 22.08.2001 - L 3 KA 183/00 - juris; zur Anwendung von Vorschriften des SGB I im Vertragsarztrecht vgl. BSG, Urt. v. 10.05.1995 - 6 RKa 17/94 - BSGE 76, 117 = SozR 3-1200 § 45 Nr. 5). Anspruchsgrundlage für die **Erstattungsforderung der KV** ist demnach § 42 II 2 SGB I.

Die **Verjährungsregelung** des § 50 IV SGB X bezieht sich auf die Bestandskraft des Verwaltungsaktes, mit dem die zu erstattende Leistung festgesetzt worden ist.

Die Geltendmachung der Erstattung überzahlter Vorschüsse ist nicht an eine Frist gebunden. In Fällen, in denen Vorschussüberzahlungen schon über geraume Zeit nicht zurückgefordert werden, ist stattdessen eher an **Verwirkung** zu denken.

SG Kiel, Urt. v. 09.09.2015 - S 16 KA 355/11 - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

II. Sachlich-rechnerische Berichtigung

Nach BSG, Urt. v. 24.10.2018 - ***B 6 KA 44/17 R*** - kann die tägliche Arbeitszeit in der Weise ermittelt werden, dass in allen Fällen, in denen die **Beratung** nach GOP 18220 EBM **am gleichen Tag wie der Ordinationskomplex** berechnet worden ist, die in der Legende zu GOP 18220 vorgeschriebene Mindestkontaktzeit von 20 Minuten in die Prüfung nach **Tagesprofilen** eingestellt wird. Dem steht nicht entgegen, dass in Anhang 3 des EBM dem Ordinationskomplex keine Prüfzeit hinsichtlich von Tagesprofilen zugeordnet ist. Diesem Umstand kommt keine Bedeutung zu, wenn der Arzt den Ordinationskomplex neben der Beratung abrechnet, weil sich dann die Mindestzeit des Arzt- Patienten-Kontaktes unmittelbar aus der GOP 18220 EBM-Ä ergibt. Bei der Erbringung beider Leistungen am gleichen Tag ist deshalb auch der **Ordinationskomplex** relevant für das **Tagesprofil**, obwohl das nicht ausdrücklich im Anhang 3 des EBM-Ä bestimmt ist. Selbst wenn das anders beurteilt würde, wären die Berichtigungen nicht zu beanstanden. Im Quartal I/06 hat der Kl. das maßgebliche Aufgreifkriterium für eine Auffälligkeit des Tagesprofils auch dann verwirklicht, wenn die auf den Ordinationskomplex entfallende Zeit generell außer Betracht bleibt. Die KV war berechtigt, die in diesem Quartal deutlich gewordene Auffälligkeit, nämlich die **weit überdurchschnittlich häufige Kombination von Ordinationskomplex und Beratung, auch für die Folgequartale zu prüfen**. Ob in diesen Quartalen **jeweils auch die tägliche Arbeitszeit des Kl. im**

Sinne des § 8 der Abrechnungsprüfungs- Richtlinie auffällig gewesen ist, ist ohne Bedeutung. Die Schätzung des Ausmaßes der fehlerhaften Abrechnung des Klägers wie die Berechnung des Rückforderungsbetrages sind nicht zu beanstanden. Der Kl. hätte die Fehlerhaftigkeit seiner Abrechnung als Folge der Nichtbeachtung der Mindestzeit von 20 Minuten für den Patientenkontakt bei der Nebeneinandererbringung beider Leistungen kennen müssen und hat sie zumindest grob fahrlässig nicht erkannt. Nach BSG, Urt. v. 24.10.2018 - ***B 6 KA 42/17 R*** - und - ***B 6 KA 43/17 R*** - ist es grundsätzlich nicht zu beanstanden, dass die KV entsprechend der Vorgabe in Anlage 3 des EBM für das Erstellen einer **biographischen Anamnese** und die **psychotherapeutischen Gesprächsleistungen** eine **Prüfzeit von 70 Minuten** angesetzt hat, **die 15 bzw. 10 Minuten länger ist als die Kalkulationszeit dieser Leistungen**. Das beruht nach einer Mitteilung des Bewertungsausschusses auf der Berücksichtigung von sog. **Overheadzeiten**, die mit der psychotherapeutischen Leistungserbringung in größerem Umfang verbunden sind und zu einem unterdurchschnittlichen Produktivitätsfaktor führen. Ein solcher niedriger Produktivitätsfaktor bewirkt eine höhere Bewertung der entsprechenden Leistungen im EBM. Während der durchschnittliche Produktivitätsfaktor für ärztliche Leistungen 87,5 % beträgt, wurde er für die hier betroffenen psychotherapeutischen Leistungen mit 67,5 % angesetzt. Die daraus resultierende Erhöhung der Prüfzeit (70 Minuten) gegenüber der Kalkulationszeit (60 Minuten) fiel deutlich geringer aus als die Minderung des Produktivitätsfaktors bei diesen Leistungen. Es ist nicht ersichtlich, dass der Bewertungsausschuss mit dieser Festsetzung die Grenzen seines Gestaltungsspielraums überschritten hat. Anders verhält es sich mit der Festlegung, die Prüfzeit von 70 Minuten eigne sich auch für eine Prüfung nach **Tagesprofilen**. Aus der Eigenart der in die Prüfzeit eingerechneten Overheadzeiten folgt vielmehr, dass **die über die Kalkulationszeiten hinausgehenden Minuten nicht zum Nachweis einer tagesbezogenen Implausibilität herangezogen werden können**. Der Therapeut kann solche Zeiten etwa für Supervision oder Reflexion an Tagen mit besonders hoher Patientenzahl zurückstellen und auf andere Tage verschieben. Für den längeren Zeitraum eines **Quartalsprofils** bestehen gegen die Einrechnung dieser nicht auf einzelne Tage bezogenen Zeiten hingegen keine Bedenken. Auf dieser Grundlage ergeben sich im Fall der Kl. (B 6 KA 42/17 R) geringere Honorarkürzungen, wenn hinsichtlich der Tage mit sehr hohen Überschreitungen für die Gesprächsleistungen nur 60 Minuten angesetzt und die eine Tagesarbeitszeit von 12 Stunden übersteigenden Zeiten richtiggestellt werden. Im Fall des Kl. (B 6 KA 43/17 R) gilt das nur für die Quartale II/06 und IV/06, **während für die weiteren Quartale eine Berichtigung unter Zugrundelegung der Quartalsprofile sogar höhere Kürzungen zur Folge hätte und es damit auf die Tagesprofile insoweit nicht ankommt.** Nach BSG, Urt. v. 24.10.2018 - ***B 6 KA 45/17 R*** - ergibt sich aus § 11 IIa 1 BMV-Ä i.V.m. dem Anhang zu Abschnitt E der Laborrichtlinien der KBV, dass die **Erbringung spezieller Laboratoriumsuntersuchungen** erst nach **Erteilung einer Genehmigung** durch die KV zulässig ist. Diese Genehmigung kann nach der st. Rspr. des Senates **nicht rückwirkend** erteilt werden, da im vertragsärztlichen System bereits zu Beginn einer Behandlung feststehen muss, ob Leistungen als Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden oder als privatärztliche Leistungen anzusehen und zu vergüten sind. Das in den Laborrichtlinien enthaltene Verbot mit Erlaubnisvorbehalt ist - auch soweit es Fachärzte für Laboratoriumsmedizin erfasst - mit **höherrangigem Recht vereinbar**. Der Erlaubnisvorbehalt eröffnet der KV zur Sicherung der Qualität der Versorgung in einem bedeutsamen medizinisch-technischen Leistungsbereich eine Kontrollmöglichkeit, die effektiv nur wirken kann, wenn sie umfassend ausgestaltet und der Mitwirkung des Arztes an der Versorgung vorgeschaltet ist. Der geringe Eingriff in die Berufsausübungsfreiheit aus Art. 12 I GG, der mit dem Erfordernis einer Antragstellung bei Bestehen eines Anspruchs auf Genehmigungserteilung verbunden ist, ist zur Sicherung der Qualität der Leistungserbringung in dieser Konstellation gerechtfertigt. Die beklagte KV hatte die Kl. vor Beginn der Tätigkeit des angestellten Laborarztes ausdrücklich auf die Notwendigkeit einer Genehmigung hingewiesen, sodass der entstandene wirtschaftliche Schaden auf einem der Kl. zurechenbaren Versäumnis beruhte; über rechtliche Folgen eines Versäumnisses der KV hatte der Senat unter diesem Umständen nicht zu entscheiden. Nach BSG, Urt. v. 24.10.2018 - ***B 6 KA 34/17 R*** - bleibt § 106a II SGB V (nunmehr: § 106d II SGB V) auch nach Ablauf der vierjährigen Ausschlussfrist die maßgebliche **Rechtsgrundlage** für **sachlich-rechnerische Richtigstellungen**. Soweit der Senat in einzelnen Entscheidungen insoweit **§ 45 SGB X** als Rechtsgrundlage herangezogen hat, **hält er daran nicht fest**. Nach der bereichsspezifischen Sondervorschrift des § 106a SGB V musste die KV kein Ermessen ausüben. Aus Gründen des **Vertrauensschutzes** war eine Richtigstellung aber nur noch bei Vorliegen einer der Vertrauensausschlusstatbestände entsprechend § 45 Abs. 2 S. 3 SGB X möglich; zudem war die Jahresfrist des § 45 Abs. 4 S. 2 SGB X zu beachten. Beide Gesichtspunkte wirken sich jedoch nicht zugunsten des Kl. aus. Dieser hat zumindest grob fahrlässig nicht erkannt, dass er aufgrund der „Überweisungen“ des Neurochirurgen im Rahmen seiner Ermächtigung nicht tätig werden durfte.

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. Weiterbildungsassistent: Aufrechterhaltung eines übergroßen Praxisumfangs

SG Berlin, Urteil v. 13.09.2017 - S 83 KA 959/16 **RID 18-04-10**
juris = MedR 2018, 621
SGB V §§ 85 IV, 98 II Nr. 13, 106a, 106d; Ärzte-ZV §§ 19 III, 32 II, III

Parallelverfahren zu ***SG Berlin***, Urt. v. 13.09.2017 - S 83 KA 423/14 - RID 17-04-17 mit folgendem
Leitsatz: 1. Von einem **übergroßen Praxisumfang** i.S. des § 32 Abs. 3 Ärzte-ZV ist im Fall einer Hausarztpraxis nicht schon dann auszugehen, wenn die Fallzahlen des Vertragsarztes das Doppelte des Fachgruppendurchschnitts überschreiten.
2. Liegt ein übergroßer Praxisumfang i.S. des § 32 Abs. 3 Ärzte-ZV vor, muss die Beklagte **nachweisen**, dass die Beschäftigung des Weiterbildungsassistenten der Aufrechterhaltung des übergroßen Praxisumfangs dient.

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

2. Grundpauschale für Fachärzte für Nervenheilkunde auch bei Doppelqualifikation

LSG Hamburg, Urteil v. 02.08.2018 - L 5 KA 12/16 **RID 18-04-11**
www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 106a

Einem als **Facharzt für Neurologie** sowie als **Facharzt für Psychiatrie** zugelassenen Vertragsarzt steht auf Grund seiner berufsrechtlichen Anerkennung in diesen beiden Facharztgruppen die **Grundpauschale für Fachärzte für Nervenheilkunde und Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie** zu. Die Auslegung des EBM lässt nur diesen Schluss zu, anderenfalls wäre ein Verstoß gegen Art. 3 I GG gegeben.

Der Kl. ist Facharzt für Neurologie und Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie. ***SG Hamburg***, Urt. v. 11.05.2016 - S 27 KA 141/14 - wies die Klage ab, das ***LSG*** verurteilte die Bekl., im Quartal I/13 statt der Nr. 21210 bis 21212 EBM die Nr. 21213 bis 21215 abzurechnen.

3. Plausibilitätsprüfung: Bedeutung der Dokumentation für Nachweis der Leistungserbringung

SG München, Urteil v. 25.07.2018 - S 38 KA 645/16 **RID 18-04-12**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 106a; BMV-Ä § 57

Leitsatz: 1. Der **Dokumentation** ärztlicher Leistungen kommt große Bedeutung zu. Sie dient vor allem dem Patienten im Rahmen von Strafverfahren oder im Rahmen eines Arzthaftungsprozesses, aber auch dem Vertragsarzt im Rahmen der Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen zur Nachweisführung.
2. Erfolgt keine Dokumentation oder kann der **Nachweis einer Dokumentation** nicht geführt werden, gelten die Leistungen als nicht erbracht (vgl. LSG Bayern, Urt. v. 07.07.2004 - L 3 KA 510/02 - RID 05-01-34; SG Marburg, Urt. v. 13.09.2017 - S 12 KA 349/16 - RID 17-04-31).
3. Dokumentationen können ihre Funktion nur dann erfüllen, wenn sie gewisse **Mindestanforderungen** an Klarheit und Bestimmtheit erfüllen. Sie müssen aus sich heraus verständlich, nachvollziehbar und ohne Widersprüchlichkeiten sein (vgl. SG Stuttgart, Urt. v. 19.06.2002 - S 10 KA 2453/00 - juris).
4. Liegen derartige **Widersprüchlichkeiten** und Ungereimtheiten vor, zu denen der Kläger selbst beigetragen hat, ist es seine Aufgabe, diese zu entkräften. Hier genügt es nicht, lediglich pauschale Begründungen abzugeben.
5. Unterschiede zwischen den Anästhesiezeiten und den Schnitt-Naht-Zeiten sind nicht nachvollziehbar, da normalerweise die **Anästhesiezeit** mindestens der Schnitt-Naht-Zeit entsprechen muss, wenn sie nicht sogar länger ist, da die Anästhesie vor dem operativen Eingriff eingeleitet und erst nach dem operativen Eingriff ausgeleitet werden muss.

Im Ausgangsbescheid v. 29.04.2014 wurden die Honorarbescheide für die Quartale IV/09-II/12 aufgehoben und die Honorare unter Berücksichtigung eines zehnprozentigen Sicherheitsabschlags neu festgesetzt. Die Plausibilitätsprüfung und die ihr folgende Rückforderung beziehen sich auf Leistungen der Nr. 05330 samt Nebenleistungen (Nr. 05331 und 05350) in fünf Behandlungsfällen. Der Kl. habe keine entsprechende

Begründung abgegeben. Deshalb sei von einer fehlerhaften Abrechnung auszugehen (Präambel des Kap. 5 EBM Abschnitt 5.3). Es fehle die ICD-Kodierung mit Begründung. Der Kl. habe sog. Parallelnarkosen samt Nebenleistungen vorgenommen (Nr. 05330, 31821, 31822, 31823, 31822, 05340). In den Quartalen IV/09 und II/11 habe es zeitliche Überschneidungen der Narkosen von mehr als 5 Minuten gegeben. Dies sei nicht nachvollziehbar, da es sich um höchstpersönliche Leistungen handle, bei denen auch keine Delegation möglich sei. Es gebe auch Fälle, in denen keine Narkoseprotokolle vorliegen würden. Damit sei der Nachweis der Leistungserbringung nicht gegeben. Ferner gebe es Fälle, in denen die Schnitt-Naht-Zeiten wesentlich länger seien als die dokumentierten Anästhesiezeiten. Insofern seien Zweifel an der Richtigkeit der Narkoseprotokolle angebracht. Die Rückforderungsberechnung werde anhand von Zeitprofilen vorgenommen. Das ***SG*** wies die Klage ab.

4. Fehlende Dokumentation einer Kieferbruchbehandlung

LSG Hessen, Beschluss v. 17.09.2018 - L 4 KA 45/14 **RID 18-04-13**

SGB V § 106a; Allg. Best. EBM Nr. 6.3; Allg. Best. BEMA Nr. 4; BMV-Z § 9 I; EKV-Z § 14 I Nr. 1

Es bedarf **keiner Durchführung einer mündlichen Verhandlung** allein wegen eines bereits vier Jahre und fünf Monate anhängigen Berufungsverfahrens, wenn der Senat das Gesamtergebnis des Verfahrens zu würdigen hat und die Beteiligten hinreichend Gelegenheit hatten, sich zu den vorliegenden Beweismitteln, insb. der bereits seit dem Verwaltungsverfahren streitgegenständlichen Behandlungsdokumentation, zu äußern.

Die **Darlegungs-, Nachweis- und Dokumentationspflichten** der (Zahn-)Ärzte stellen sich im Leistungsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung als **Obliegenheiten** dar: Soweit diesen nicht hinreichend nachgekommen wird, wird der entsprechende Honoraranspruch verwirkt. **Nicht** hinreichend dargelegte, **dokumentierte** und nachgewiesene **Leistungen** (Gebührenpositionen) sind als nicht erbracht bzw. als nicht erfüllt anzusehen und können daher nicht abgerechnet werden (LSG Hessen, Urt. v. 27.05.2015 - L 4 KA 50/12 - RID 15-04-25; s.a. LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 26.11.2014 - L 3 KA 70/12 -; in diesem Sinne begründet das Fehlen der Dokumentation einer aufzeichnungspflichtigen ärztlichen Maßnahme im Arzthaftungsrecht nach st. Rspr. des BGH <z.B. BGH, Urt. v. 11.11.2014 - VI ZR 76/13> -, vgl. nunmehr auch § 630h III BGB, die Vermutung, dass die Maßnahme unterblieben ist.).

In Verfahren der sachlich-rechnerischen Berichtigung besteht anders als in den Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung mangels hinreichender Gründe **keine (allgemeine) Präklusion** des Tatsachenvortrags, der erst im Gerichtsverfahren erfolgt. Die (Zahn-)Ärzte sind daher mit neuem bzw. ergänzendem Sachvortrag im sozialgerichtlichen Verfahren gem. § 157 SGG nicht ausgeschlossen (LSG Hessen, Urt. v. 20.03.2013 - L 4 KA 60/10 - RID 13-02-21; Urt. v. 27.05.2015, aaO.). Allerdings unterliegen ein **erst im Gerichtsverfahren** nachgetragener Vortrag bzw. nachgeschobene Beweismittel vor dem Hintergrund der vertrags(zahn)ärztlichen Verpflichtung zu einer zeitnahen Dokumentation und der Verpflichtung zur umfassenden Darlegung und Dokumentation der abgerechneten Leistungspositionen im (gestuften) Abrechnungsverfahren in der Gesamtwürdigung des Einzelfalls einer verstärkten Glaubwürdigkeitskontrolle (LSG Hessen, Urt. v. 27.05.2015, aaO.).

Es fehlt am **Nachweis einer ordnungsgemäßen Leistungserbringung** im Rahmen einer **Kieferbruchbehandlung**, wenn bereits eine Fraktur des Kiefers dem Auszug aus der Patientenkartei nicht zu entnehmen, weder ein präoperativer Befund der Zähne noch des Kiefers und auch das von der Kl. behauptete Unfallereignis nicht dokumentiert ist.

Der Ansatz der **Nr. 2686 GOÄ** ist im Rahmen einer operativen Repositionierung nicht nachvollziehbar, da diese Gebührenordnungsnummer der einfachsten Methode, nämlich der manuellen Reposition, also der Wiedereinrichtung der Fraktur durch manuellen Zug oder Druck an den Fragmenten entspricht. Die **operative Reposition** und Fixation bei Bruch im Oberkieferbereich ist indessen nach **Nr. 2692 GOÄ** (Operative Reposition und Fixation durch Osteosynthese bei Kieferbruch im Mittelgesichtsbereich – ggf. einschließlich Jochbeinbruch und/oder Nasenbeinbruch –, je Kieferhälfte) abrechenbar.

Bei fehlendem Nachweis für die ordnungsgemäße Erbringung der Hauptleistung können auch die abgerechneten, mit der Hauptleistung in Zusammenhang stehenden **Neben- und Folgeleistungen**, wie das Anbringen der Verbandsplatte, die Nachbehandlung, die Antibiose und die Schmerztherapie sowie auch die Besuchsleistungen abgesetzt werden, zumal zweifelhaft erscheint, ob die Häufigkeit und die Intensität der postoperativen Behandlung ihren Grund allein in der Kieferbruchbehandlung und nicht

etwa in der zeitgleich ausgeführten und nicht genehmigten implantologischen Leistungen bzw. in der über die KV abgerechnete Nasenoperation und Vestibulumplastik lagen.
Weiterhin liegt auch ein Verstoß gegen das sog. **Splittingverbot** vor (BSG, Urt. v. 04.05.2016 - B 6 KA 16/15 R - SozR 4-5532 Allg. Nr. 2). Das Splittingverbot ist auch auf die – nicht kalendervierteljährlich – abzurechnenden Leistungen der **Kieferbruchbehandlung** anwendbar, dies jedenfalls dann, wenn – wie hier mit der streitgegenständlichen Operation – eine einheitliche Behandlung stattgefunden hat.
Bei natürlicher Betrachtungsweise handelt es sich wegen des räumlichen und zeitlichen **Zusammenhangs der Leistungserbringung** im Rahmen einer **einzigen Operation** (Nasenoperation, Kieferbruchoperation und Implantatversorgung) zwanglos um einen einheitlichen **Behandlungsfall**, der auch dem Splittingverbot unterliegen muss.

SG Marburg, Urt. v. 07.05.2014 - S 12 KA 606/13 - RID 14-02-39 wies die Klage gegen die Absetzung aller KB-Leistungen in einem Behandlungsfall im Wert von insgesamt 2.521,51 € ab, das ***LSG*** die Berufung 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. Patientenzuweisung zur Behandlung an in Vertragsarztpraxis angestellte Ärztin durch KV

LSG Thüringen, Urteil v. 06.06.2018 - L 11 KA 1312/17 **RID 18-04-14**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 72 I, 73 II, 75 I, Ia, 95 III, 105 I 1

Nach **Erledigung eines Ausgangsbescheids** kann ein Widerspruch nicht mehr sachlich beschieden werden.
Für eine **Zuweisung von Patienten** zur Behandlung an eine in einer Vertragsarztpraxis angestellte Ärztin besteht keine ausreichende rechtliche Grundlage. Auch der Vertragsarzt selbst kann als Behandler nicht herangezogen werden.
Die Verpflichtung zur Einrichtung von **Terminservicestellen** nach § 75 Ia SGB V sieht nur ein Vermittlungsverfahren für Patienten vor, die nach näherer Maßgabe der Regelung keinen Behandlungstermin bei einem Leistungserbringer erhalten. Auch wenn unter Terminvermittlung nicht zu verstehen ist, dass nur ein grundsätzlich leistungsbereiter Arzt benannt wird, sondern vielmehr eine konkrete Terminzusage i.S. einer **Behandlungsübernahmeverpflichtung** eines konkreten Arztes des ärztlichen Fachgebiets vorliegen muss, lässt die Regelung in keiner Weise erkennen, dass die **KV** die Leistungserbringer **durch Verwaltungsakt** zu einer Behandlung heranziehen kann. Findet die KV nämlich keinen leistungsbereiten Arzt, muss sie eine Krankenhausbehandlung anbieten.

Der Kl. ist Facharzt für Augenheilkunde und beschäftigt eine Fachärztin für Augenheilkunde im Umfang von 31 Wochenstunden. Die Bekl. verpflichtete den Kl. mit folgendem Schreiben v. 21.07.2014:

„**Übernahme der Behandlung** von Patienten, Sehr geehrter Herr Dr. B., augenärztliche Patienten haben sich an die Kassenärztliche Vereinigung Thüringen gewandt, da sie selbstständig keinen Augenarzt für die notwendige ärztliche Behandlung finden können. Die Patienten benötigen eine ärztliche Behandlung, weil ihnen durch die angespannte augenärztliche Versorgungssituation im Planungsbereich S.-Sch.-M. die Neuaufnahme in allen Praxen verwehrt wird und eine Augenkontrolle notwendig ist. Die Patienten haben alle Augenärzte des betroffenen Planungsbereiches selbstständig angefragt und die Behandlung wurde von allen Ärzten abgelehnt. Auch Vermittlungsversuche durch die KV-Thüringen schlugen fehl. Entsprechend der Zulassung Ihrer angestellten Ärztin, Frau Dr. G., zur vertragsärztlichen Versorgung verfügt sie über einen Versorgungsauftrag, der nach Überprüfung der Patientenzahlen ergeben hat, dass sie unterdurchschnittlich im Verhältnis zu ihrem Versorgungsauftrag tätig ist. Diese Auswahl erfolgte durch einen Vergleich der Fallzahlen ihrer Fachgruppe. Uns liegen keine Informationen vor, dass sie krankheitsbedingt oder aus anderen Gründen eingeschränkt ihrem Versorgungsauftrag nachgehen kann. Da die Patienten derzeit keine ärztliche Behandlung erhalten, haben wir nachfolgende Patienten in Ihre Praxis vermittelt. (…) Wir haben die Patienten darüber informiert, dass Frau Dr. G. die ärztliche Behandlung der oben genannten Patienten übernehmen wird. Wir bedauern sehr, dass wir derart in das Arzt-Patienten-Verhältnis eingreifen müssen. Als Kassenärztliche Vereinigung sind wir jedoch verpflichtet, den Sicherstellungsauftrag zur ärztlichen Behandlung von Patienten zu erfüllen. Dies geht nur durch die Pflicht des einzelnen zugelassenen Vertragsarztes oder medizinischen Versorgungszentrums seinem Versorgungsauftrag nachzukommen. Die Patienten werden sich in den nächsten Tagen zwecks Terminvereinbarung in Ihrer Praxis melden. Mit freundlichen Grüßen“.

Nachdem der Kl. sogleich mitgeteilt hatte, dass er diese Patienten nicht annehme, **wies die Bekl. die Patienten anderen Augenärzten zur Behandlung zu**. Der vom Kl. eingelegte Widerspruch blieb erfolglos. ***SG Gotha***, Urt. v. 14.06.2017 - S 2 KA 5743/14 - stellte antragsgemäß fest, dass der angefochtene Bescheid rechtswidrig gewesen ist, das ***LSG*** änderte auf Berufung der Bekl. das Urteil ab und wies die Fortsetzungsfeststellungsklage gegen den angefochtenen Widerspruchsbescheid ab und wies im Übrigen die Berufung zurück.

IV. Wirtschaftlichkeitsprüfung/Arzneikostenregress/Schadensersatz

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. Arzneikostenregress: Doppelte Regressfestsetzung

LSG Schleswig-Holstein, Urteil v. 20.02.2018 - L 4 KA 8/15 **RID 18-04-15**

Revision anhängig: B 6 KA 15/18 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 106

Das BSG hat bislang offen gelassen, ob eine **doppelte Regressfestsetzung** im Wege der Wirtschaftlichkeitsprüfung der Arzneimittelverordnungen überhaupt zulässig ist (vgl. BSG, Urt. v. 13.05.2015 - B 6 KA 18/14 R - SozR 4-2500 § 106 Nr. 51, Rn. 45). Es hat jedoch die Forderung aufgestellt, dass im Falle konkurrierender Prüfverfahren jedenfalls sichergestellt sein müsse, dass nicht eine doppelte Vollstreckung von Prüfbescheiden zu einer mehrfachen Durchsetzung von Forderungen wegen desselben Schadens führen dürfe (BSG, Urt. v. 28.09.2016 - B 6 KA 44/15 R - SozR 4-2500 § 106 Nr. 55, juris Rn. 24).
Festsetzungen sich betragsmäßig **überschneidender Regressforderungen**, ohne dass sie eine Einschränkung oder eine anrechnungsbeschränkende Aussage enthalten, sind unzulässig. Eine doppelte Inanspruchnahme wegen desselben Schadens darf nicht erfolgen.

Die Kl. ist eine seit dem Quartal I/07 bestehende überörtliche BAG zweier Orthopäden. Ihr Mitglied Dr. Z war von 2002 bis September 2007 im Rahmen einer Sonderbedarfszulassung für orthopädische Rheumatologie mit der Zusatzbezeichnung für Osteologie tätig, vor Gründung der Kl. in einer Einzelpraxis. Die Prüfungsstelle

setzte wegen Überschreitens des Richtgrößenvolumens für Arznei- und Verbandmitteln im Jahr 2007 einen Regress in Höhe von 1.117.102,58 € netto fest. Für die Quartale des Jahres 2007 wurden daneben Einzelfallprüfungen wegen der Arzneimittelverordnungen durchgeführt. Der Bekl. reduzierte den Regress auf 849.039,72 €. ***SG Kiel***, Urt. v. 10.09.2014 - S 16 KA 227/11 - wies die Klage ab, das ***LSG*** hob den angefochtenen Bescheid auf.

2. Richtgrößenprüfung: Vorausgehender Regress oder Beratung

SG Dortmund, Urteil v. 09.08.2017 - S 16 KA 19/13 **RID 18-04-16**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 106

Nach § 106 Ve 1 SGB V erfolgt abweichend von § 106 Va 1 SGB V bei einer erstmaligen Überschreitung des Richtgrößenvolumens um mehr als 25 % eine **individuelle Beratung**. Ein Regress kann bei künftiger Überschreitung erstmals für den Prüfzeitraum nach der Beratung festgesetzt werden (§ 106 Ve 2 SGB V). Ein **vorausgehender Regress** wegen überhöhter Kosten im Bereich der Heilmittelkosten aufgrund einer **Wirtschaftlichkeitsprüfung nach Durchschnittswerten** ist unerheblich, da es sich nicht um einen Regress wegen einer Überschreitung des Richtgrößenvolumens von mehr als 25 % handelt.
Nach der gesetzlichen Systematik reicht es sowohl in Bezug auf die „erstmalige" als auch auf die „vorangegangene" Überschreitung des Richtgrößenvolumens nicht aus, dass rein statistisch das Verordnungsvolumen um mehr 25 % überschritten worden ist, sondern es bedarf zusätzlich der **Feststellung**, dass die Überschreitungen (jeweils) nicht durch **Praxisbesonderheiten** begründet sind.

Die Kl. ist Fachärztin für Allgemeinmedizin. Sie wandte sich gegen einen aufgrund einer Richtgrößenprüfung für das Jahr 2009 festgesetzten Regress in Höhe von 1.509,29 € wegen der Verordnung von Heilmitteln. Das ***SG*** hob den am 12.09.2012 gefassten und am 06.02.2013 zugegangenen Beschl. des Bekl. auf.

3. Schadensminderungspflicht der Krankenkasse bei offensichtlichem Verstoß gegen Heilmittel-RL

SG Düsseldorf, Urteil v. 15.08.2018 - S 2 KA 27/17 **RID 18-04-17**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 106; Heilmittel-RL

Im Rahmen eines Regelfalls sind innerhalb der Diagnosegruppe EX3 maximal 10 Einheiten für **standardisierte Heilmittelkombinationen** zulässig. Sind standardisierte Heilmittelkombinationen nicht innerhalb des Regelfalls verordnet worden, können sie außerhalb des Regelfalls einmalig bis zu der im Regelfall vorgesehenen Gesamtverordnungsmenge verordnet werden (§ 12 V Heilmittel-RL).
Eine **Krankenkasse** verstößt gegen ihre **Schadensminderungspflicht** (§ 254 II BGB), wenn sie die von dem Heilmittelerbringer eingereichten Rechnungen nebst der ärztlichen Verordnungen nicht sogleich auf eventuelle Fehler **prüft** und namentlich bei Überschreiten der nach dem Heilmittel-Katalog zulässigen Verordnungsmengen je Diagnose die Vergütungsansprüche des Heilmittelerbringers zurückzuweist. Bei einer Verordnung am 05.11.2012 ist spätestens bis zum Jahresende 2013 eine Überprüfung des Sachverhalts und entsprechende Reaktion geboten.

Das ***SG*** hob den angefochtenen Bescheid (Regress in Höhe von 7.217,84 €) in Höhe von 4.611,78 € auf und wies im Übrigen die Klage ab.

4. Zahnärzte: Prüfung einer einzelnen Leistung (IP-5 BEMA-Z)

SG Hannover, Urteil v. 25.07.2018 - S 35 KA 2/16 **RID 18-04-18**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 106; BEMA-Z Nr. IP-5

Leitsatz: a) Trotz unauffälliger Überschreitung des Sparten- bzw. Gesamtfallwertes kann die **Prüfung einer einzelnen Gebührennummer** (hier IP-5 BEMA-Z) geboten sein, wenn die Prüforgane im Rahmen des ihnen zustehenden Beurteilungsspielraumes zu dem Ergebnis kommen, dass die Abrechnung nicht wirtschaftlich ist.

b) Allein in der Sphäre des Vertragszahnarztes liegende Umstände, die als **Praxisbesonderheit** Berücksichtigung finden sollen, sind vom Vertragszahnarzt substantiiert darzulegen und ggf. zu beweisen. Eine bloße Behauptung ist nicht ausreichend.
c) Die Kausalität zwischen statistischen **Mehraufwendungen** und einem **verminderten Aufwand** im Bereich einzelner Gebührennummern ist vom Vertragszahnarzt substantiiert darzulegen, insbesondere, wenn Umstände in der Sphäre des Vertragszahnarztes für die Prüforgane nicht offenkundig sind.

Der Kl. wandte sich gegen eine Honorarkürzung in Höhe von 4.863,81 € für die Quartale I/12 bis III/12 sowie I/13 bis IV/13 bei der Nr. IP-5 (Versiegelung von kariesfreien Fissuren und Grübchen der bleibenden Molaren <Zähne 6 und 7> mit aushärtenden Kunststoffen, je Zahn). Das ***SG*** wies die Klage ab.

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. Sonderbedarf an schlafmedizinischen Leistungen: Zusatzbezeichnung/Planungsbereich

SG Magdeburg, Urteil v. 18.04.2018 - S 1 KA 87/15 **RID 18-04-19**

Sprungrevision zugelassen
juris
SGB V §§ 95, 101 I Nr. 3, 140f; BedarfsplRL § 36

Leitsatz: 1. In der Bedarfsplanung zur vertragsärztlichen Versorgung dürfen die Zulassungsgremien bei ihren Erwägungen zur Prüfung eines lokalen **Sonderbedarfs an schlafmedizinischen Leistungen** als **Planungsbereich** auch den **Bezirk** der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung, also die Versorgungsebene, die der „spezialisierten fachärztlichen Versorgung" vorbehalten ist, heranziehen,

wenn diese Leistungen auf allen übrigen, räumlich kleinteiligeren Versorgungsebenen nicht angeboten werden.
2. In der Bedarfsplanung der vertragsärztlichen Versorgung kann die ärztliche **Zusatzbezeichnung „Schlafmedizin“** keine Grundlage für die Feststellung eines qualifikationsbezogenen Sonderbedarfs sein.

Das ***SG*** verurteilte den Bekl., über den Antrag der Kl., die Anstellung des Beigel. zu 8) im Wege des Sonderbedarfes als Facharzt für Innere Medizin mit vollem, hilfsweise mit halbem Versorgungsauftrag zu genehmigen, unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts erneut zu entscheiden.

2. Anforderungen an eine Versagung der Genehmigung einer Praxisverlegung

LSG Hessen, Urteil v. 06.06.2018 - L 4 KA 1/17 **RID 18-04-20**
Ärzte-ZV § 24 VII 1

Eine **Versagung der Genehmigung einer Praxisverlegung** durch den Berufungsausschuss ist rechtswidrig, wenn er bei der Beurteilung der Frage, ob Gründe der vertragsärztlichen Versorgung der Praxissitzverlegung entgegenstehen, von einem - **zwischenzeitlich - unzutreffenden Sachverhalt** ausgeht. Maßgeblich ist trotz des bestehenden Beurteilungsspielraums dabei – wie grundsätzlich bei Vornahmesachen in Zulassungsangelegenheiten – die Sach- und Rechtslage im Zeitpunkt der letzten mündlichen Verhandlung der letzten Tatsacheninstanz (BSG, Urt. v. 11.02.2015 - B 6 KA 7/14 R - SozR 4-5540 Anl. 9.1 Nr. 5 Rn. 40; BSG, Urt. v. 02.09.2009 - B 6 KA 34/08 R - BSGE 104, 116 = SozR 4-2500 § 101 Nr. 7 Rn. 26). Der Sachverhalt ist unzutreffend, wenn die Vertragspsychotherapeutin nach der Entscheidung des Berufungsausschusses mit Genehmigung des Zulassungsausschusses **ihren Sitz (innerhalb der Stadt) verlegt hat**. Diese Verlegung des Praxissitzes ist erheblich, weil die Zulassungsgremien auch zu beurteilen haben, wie sich die Versorgungslage am bisherigen Vertragsarztsitz im Verhältnis zur Versorgungslage am projektierten Sitz darstellt (BSG, Urt. v. 03.08.2015 - B 6 KA 31/15 R -SozR 4-5520 § 24 Nr. 13, juris Rn. 19).
Der Berufungsausschuss hat auch die Versorgungslage am projektierten Praxissitz in die Betrachtung einzubeziehen (BSG, Urt. v. 03.08.2015, aaO., Rn. 19) und diesbezüglich die Verkehrsanbindungen zu ermitteln.
Bei einer im Rahmen der Neubescheidung ggf. vorzunehmenden **Interessenabwägung** sind die bereits vor der Niederlassung am alten Praxisstandort bekannt gewesenen Gesichtspunkte nicht zu berücksichtigen. Bei einer **Nachfolgezulassung** muss sich im Interesse der Kontinuität des Praxisbetriebs sowie im Interesse der Eindämmung eines Zulassungshandels der Fortführungswille des übernehmenden Arztes – zunächst unabhängig von einer möglichen Sitzverlegung – regelmäßig auf einen Zeitraum von fünf Jahren beziehen (BSG, Urt. v. 11.12.2013 - B 6 KA 49/12 R - BSGE 115, 57 = SozR 4-2500 § 103 Nr. 13, Rn. 57), weshalb bei der gleichwohl möglichen Praxissitzverlegung gesteigerte Anforderungen an die geltend gemachten Gründe zu stellen sind (vgl. BSG, Urt. v. 03.08.2015, aaO-, Rn. 35).
Bei der Geltendmachung der **Pflege von Angehörigen**, was im Rahmen einer Interessenabwägung zu berücksichtigen ist, hat der Berufungsausschuss zu ermitteln, dass der Umfang der notwendig geleisteten Pflege dazu führt, dass ohne die begehrte Praxisverlegung die vertragsärztliche Tätigkeit und die Pflegetätigkeit schlechthin nicht miteinander zu vereinbaren sind. Ähnlich verhält es sich mit einer übernommenen **Pflegschaft** für einen 16-jährigen Neffen.

Die Beteiligten streiten nach einer Praxisnachfolge um die Verlegung des Vertragsarztsitzes mit hälftigem Versorgungsauftrag als Psychologische Psychotherapeutin an den Vertragsarztsitz, für den die Kl. als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin zugelassen ist. ***SG Marburg***, Urt. v. 11.01.2017 - S 12 KA 223/16 - RID 17-01-51 wies die Klage ab, das ***LSG*** verpflichtete den Bekl., die Kl. unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

3. Job-Sharing: Korrektur der Leistungsobergrenze

LSG Hessen, Urteil v. 06.06.2018 - L 4 KA 33/15 **RID 18-04-21**
SGB V § 101 I 1 Nr. 5; SGB X § 44 II; BedarfsplRL §§ 40, 42, 44

§ 44 BedarfsplRL regelt allein die Neubestimmung von Gesamtpunktzahlvolumina nach Änderung der Berechnungsgrundlage, nicht aber die Aufhebung von Anfang an rechtswidriger Verwaltungsakte. Die

Ärzte-ZV regelt nur das Widerspruchsverfahren, nicht aber Rücknahme und Widerruf. § 95 SGB V enthält keine Spezialregelung, die Rücknahme oder Widerruf für die Festlegung der Gesamtpunktzahlvolumina regeln würde. **§ 44 SGB X** ist daher anzuwenden (so im Ergebnis auch SG Düsseldorf, Urt. v. 18.03.2015 - S 2 KA 132/13 - juris Rn. 22 in einer vergleichbaren Konstellation; vgl. auch zur Anwendung von § 45 SGB X durch den Berufungsausschuss BSG, Urt. v. 09.06.1999 - B 6 KA 76/97 R - SozR 3-5520 § 44 Nr. 1; allgemein zur Anwendung von § 44 SGB X im Vertragsarztrecht BSG, Urt. v. 17.09.2008 - B 6 KA 28/07 R - BSGE 101, 235 = SozR 4-1300 § 44 Nr. 17, juris, Rn. 38 ff.).
Die **Festsetzung einer Obergrenze** im Rahmen eines Job-Sharings hat nicht für einen einzelnen Vertragsarzt, sondern für die **gesamte BAG** zu erfolgen (BSG, Urt. v. 21.03.2012 - B 6 KA 15/11 R - SozR 4-2500 § 101 Nr. 12; BSG, Urt. v. 24.01.2018 - B 6 KA 48/16 R - SozR 4 <vorgesehen> = ZMGR 2018, 181 = SGb 2018, 643).
Eine **Verzögerung der Abrechnung** durch die KV geht bei der Heranziehung von **Aufsatzquartalen** für die Bemessung einer Job-Sharing-Obergrenze zwangsläufig zu Lasten des Arztes, ist aber grundsätzlich durch die notwendige Typisierung und Pauschalierung gerechtfertigt, solange vorhandene **Härtefall- und Sonderfallregelungen** so ausgelegt werden, dass sich die mit der Typisierung und Pauschalierung einhergehenden Belastungen und Ungleichbehandlungen im angemessenen Rahmen halten. Der letztgenannte Aspekt müsste aber zwingend dazu führen, dass § 23c S. 7 BedarfsplRL so auszulegen ist, dass alle **außergewöhnlichen Entwicklungen** zu berücksichtigen sind, soweit die Berücksichtigung nicht dem Zweck zuwiderläuft, eine Leistungsausweitung mittels Job-Sharing zu verhindern. Maßgeblich für eine Aufteilung ist aber auch in Hessen **nicht** die **EHV-Quote**.
Eine **außergewöhnliche Entwicklung** ist **darin zu sehen**, dass eine vor Beginn des Job-Sharings geänderte Quote das reale Leistungsgeschehen ab diesem Zeitpunkt widerspiegeln soll, so dass ein Rückgriff auf die vorherige Aufteilung für die Frage der Gefahr einer Leistungsausweitung irrelevant sein dürfte, da die Änderung eine Zäsur darstellt.

Der kl. Kardiologe ist Mitglied einer BAG. Die BAG gab mit Datum vom 26.02.2009 gegenüber der beigel. KV an, bzgl. der Erweiterten Honorarverteilung (EHV) solle **ab 01.03.2009** der Aufteilungsprozentsatz des Kl. von 25 % auf **40 %** hochgesetzt werden. Der Zulassungsausschuss gab mit Beschluss vom 23.02.2010 dem Antrag des Kl. vom 21.12.2009 auf Beschäftigung der Kardiologin C als angestellte Ärztin mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von 40 Stunden statt. Ausweislich des von den Mitgliedern der BAG unterschriebenen Berechnungsbogens mit Datum vom 15.02.2010 ging der Zulassungsausschuss von einem EHV-Anteil des Kl. von 40 % aus, setzte diesen Prozentsatz aber bei der Berechnung der Quartalsvolumina nur für das Ausgangsquartal II/09 fest, **für die Quartale III/08 bis I/09** ging er von **25 %** aus. 2012/13 nahm die KV **Honorarrückforderungen** für die ersten beiden Leistungsjahre in Höhe von 140.909,91 € und 154.211,54 € fest, wobei sie durchgängig von einem **Leistungsanteil des Kl. von 40 %** ausging. Die BAG legte noch anhängige Widersprüche ein. ***SG Marburg***, Urt. v. 01.07.2015 - S 12 KA 430/14 - RID 15-03-57 verurteilte nach Ablehnung des Antrags auf Berichtigung der Obergrenzen den Bekl. zur Neubescheidung. Das ***LSG*** wies die Berufung des Bekl. u. der KV zurück.

Parallelverfahren:
LSG Hessen, Urteil v. 06.06.2018 - L 4 KA 34/15 **RID 18-04-22**

4. Zulassungsentziehung

a) Zulassungsentziehung erst nach wiederholter u. systemat. Falschabrechnung/Vergleichsschluss

SG Berlin, Urteil v. 18.10.2017 - S 87 KA 1109/16 **RID 18-04-23**
juris = medstra 2018, 231
SGB V § 95 VI; Ärzte-ZV § 27

Fehlt es an **wiederholt unkorrekten Abrechnungen**, die das Vertrauensverhältnis zwischen den vertragsärztlichen Institutionen und der Vertragsärztin so stören können, dass eine weitere Zusammenarbeit unzumutbar ist, so kann die Zulassung nicht entzogen werden.
Auch ein **Anamnesegespräch** fällt unter einen von Nr. 21214 EBM geforderten Kontakt. Es reicht aus, wenn das Gespräch ausschließlich darauf gerichtet ist, den Grund der Überweisung zum Nuklearmediziner zu ermitteln und insoweit eine nur eingeschränkte Anamnese enthält. Es kommt nicht darauf an, ob die Patienten ursprünglich in die Praxis der Kl. kommen wollten. Denn sie haben

zumindest bewusst ein Gespräch mit ihr als Ärztin betreffend der die Überweisung rechtfertigenden Befunde geführt.
Auch wenn die Gespräche nicht die Anforderungen an einen kurativ-ambulanten Arzt-Patienten-Kontakt erfüllen sollten und deshalb eine falsche Abrechnung vorliegen sollte, fehlt es an einer **gröblichen Pflichtverletzung**. Denn es fehlt an der von der Rechtsprechung vorausgesetzten **wiederholten und systematischen Falschabrechnung**, die das Vertrauensverhältnis zwischen den vertragsärztlichen Institutionen und der Klägerin nachhaltig zerstören könnte. Nicht jede falsche Abrechnung kann diesen Tatbestand erfüllen.
Vor einer **Überweisung** nach § 24 BMV-Ä muss nicht ein vollständiger neurologischer Status erhoben werden. Es reicht aus zu prüfen, ob eine Indikation für die Überweisung tatsächlich gegeben ist, und die Überweisung dann auch unter Angabe der bekannten Befunde, Diagnosen und Verdachtsdiagnosen auszustellen.
Unterbreitet die **KV** ein **Vergleichsangebot** „zur Vermeidung der Eröffnung und Durchführung dieser Abrechnungsprüfung sowie der Einleitung weiterer sanktionierender Maßnahmen (…)“ und kommt es zu einer Einigung und Rückerstattung des Berichtigungsbetrags, kann nicht von einer gröblichen Pflichtverletzung ausgegangen werden.

Die Kl. ist Fachärztin für Nervenheilkunde. Sie führt ihre Praxis in einer Praxisgemeinschaft mit ihrem Ehemann, einem Facharzt für Nuklearmedizin. Nach einer Plausibilitätsprüfung zu Patientenüberschneidungen für die Quartale III/09 bis II/10 und I/11 bis IV/12 setzte die KV eine Honorarrückforderung in Höhe von 36.041,54 € fest wegen falscher Abrechnung der Grundpauschalen Nr. 21214 und 21215 EBM. Die Kl. akzeptierte diese Rückforderung, ebs. für die Quartale III/10 und IV/10 in Höhe von 7.166,54 €. Das Amtsgericht erließ gegen die Kl. einen Strafbefehl, in dem eine Geldstrafe von 90 Tagessätzen zu 100 € festgesetzt wurde. Darin heißt es: „In den Sammelerklärungen für die Quartale 4/2009 bis 4/2012 gaben Sie gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) jeweils bewusst wahrheitswidrig an, dass Sie alle in der Abrechnung enthaltenen Leistungen tatsächlich erbracht hätten, obwohl dies in den aus der Tabelle ersichtlichen insgesamt 310 Fällen insoweit nicht stimmte, als die Gebührenordnungspositionen (GOP) 21214 und 21215 deswegen zu Unrecht abgerechnet worden waren, weil es sich dabei lediglich um Überweisungen an Ihren in der gleichen Praxisgemeinschaft praktizierenden Ehemann handelte, für die die vorgenannten Grundpauschalen nicht in Ansatz gebracht werden durften. Der KV (…) entstand dadurch ein Schaden in Höhe von mindestens 4.006,10 €, die Ihnen ausgezahlt wurden. Bezüglich des Differenzbetrages i.H.v. 4.029,20 € unterblieb die Auszahlung nur wegen der Überschreitung des Regelleistungsvolumens.“ Der Zulassungsausschuss beschloss die Entziehung der Zulassung, der Widerspruch blieb erfolglos. Das ***SG*** hob den Beschluss des Bekl. auf.

b) Keine Erfüllung der Fortbildungsverpflichtung mehr als 10 Jahre

LSG Bayern, Urteil v. 14.03.2018 - L 12 KA 2/17 **RID 18-04-24**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 95 VI, 95d

Die **nachträgliche Erfüllung der Fortbildungsverpflichtung** und deren Nachweis gegenüber der KV nach Ablauf der zweijährigen Nachfrist kann bei der Beurteilung, ob die Voraussetzungen für eine Zulassungsentziehung gegeben sind, keine Berücksichtigung finden (BSG, Beschl. v. 11.02.2015 - B 6 KA 37/14 B - juris Rn. 13, RID 15-02-99, sowie BSG, Beschl. v. 28.10.2015 - B 6 KA 36/15 B - juris Rn. 15, RID 16-01-85).
Ob und in welchem Umfang **eigene Veröffentlichungen** als Fortbildung anerkannt werden, obliegt der Beurteilung durch die Landesärztekammer. Dies ergibt sich aus § 2 I i.V.m. § 3 I der Fortbildungs-Regelung.
Ein Verstoß gegen die Pflicht zur Fortbildung nach § 95d I 1 SGB V und zum Nachweis der Fortbildung nach § 95d III 1 SGB V ist **gröblich**, wenn ein Vertragsarzt auf Anschreiben der KV und die vorgenommenen Honorarkürzungen nicht reagiert und auch bis zur Entscheidung des Berufungsausschusses über einen Zeitraum von mehr als 10 Jahren seiner Fortbildungspflicht nicht in ausreichendem Maß nachkommt.
Eine ausdrückliche **„Verjährungsfrist“**, die die Zulassungsgremien daran hindern würde, bereits länger zurückliegende gröbliche Pflichtverletzungen zur Begründung einer Zulassungsentziehung heranzuziehen, enthält die gesetzliche Regelung nicht. Der bei solch einem schweren Eingriff in die Berufswahlfreiheit stets zu beachtende Verhältnismäßigkeitsgrundsatz gebietet es aber, zum Zeitpunkt der Entscheidung der Zulassungsgremien bereits länger als fünf Jahre zurückliegende Pflichtverletzungen nur dann noch zur Grundlage einer Zulassungsentziehung zu machen, wenn sie

besonders gravierend waren oder aus anderen Gründen bis in die Gegenwart hinein fortwirken (BSG, Urt. v. 19.07.2006 - B 6 KA 1/06 R - SozR 4-2500 § 95 Nr. 12, Rn. 14). Maßgeblich ist der Ablauf der Nachfrist zum Erfüllung der Fortbildungspflicht nach § 95d III 4 SGB V.

SG München, Urt. v. 13.12.2016 - S 49 KA 349/16 - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück. ***BSG***, Beschl. v. 12.09.2018 - B 6 KA 12/18 B - juris verwarf die Nichtzulassungsbeschwerde als unzulässig.

VI. Sonstiges/Verfahrensrecht/Kosten/Streitwert

Nach BSG, Urt. 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 Löschungsfristen als gehemmt anzusehen. Nach BSG, Urt. 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 verpflichten darf, sofern ein Gericht im Rechtsstreit zwischen der Klägerin und dem Hausärzteverband bereits entschieden hat,** dass der Vertrag wegen rechtlicher Mängel einstweilen nicht ausgeführt werden muss; das gilt auch dann, wenn die Entscheidung noch nicht rechtskräftig ist. Hier war aber eine solche Entscheidung bei Erlass des Bescheids im Mai 2015 noch nicht ergangen. Nach den Gesamtumständen, nicht zuletzt auch wegen der ungewissen Dauer eines gerichtlichen Verfahrens des einstweiligen Rechtsschutzes, war die Aufsichtsbehörde unter dem Gesichtspunkt einer maßvollen Ausübung der Rechtsaufsicht nicht verpflichtet, zumindest den erstinstanzlichen Abschluss eines solchen Verfahrens abzuwarten. Ausreichend war, dass es ausdrücklich erklärt hat, bis zum Abschluss des gerichtlichen Eilverfahrens die Aufsichtsanordnung nicht zu vollstrecken. Eine Verletzung des Gewaltenteilungsgrundsatzes oder der Unabhängigkeit der Gerichte lag unter diesen Umständen nicht vor. Der Verpflichtungsbescheid war zudem hinreichend bestimmt und überschritt nicht die Grenzen der Rechtsaufsicht. Auch **Ermessensfehler** sind nicht ersichtlich. Das Ministerium durfte sich bei Ausübung der Aufsicht auf die Stellungnahme der Schiedsperson zur Auslegung des Vertrags stützen. Die korrekte Ausübung des Ermessens durch das Ministerium wird auch nicht dadurch in Frage gestellt, dass diese Behörde mit dem Erlass des Verpflichtungsbescheids einer nachdrücklich

artikulierten Forderung des Hausärzteverbands entsprochen hat. Allein dies macht eine Aufsichtsanordnung zur Beseitigung einer festgestellten Rechtsverletzung nicht fehlerhaft. Nach BSG, Urt. v. 21.03.2018 - ***B 6 KA 44/16 R*** - fehlt es am **Feststellungsinteresse**, ob der im Jahr 2012 von der Schiedsperson für Bayern festgesetzte Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung (HzV-Vertrag) gegen den **Grundsatz der Beitragssatzstabilität** verstoßen hat, wenn der streitbefangene **Vertrag bereits vollständig umgesetzt** und inzwischen durch einen Folgevertrag abgelöst worden ist. Da der Grundsatz der Beitragssatzstabilität für **den Bereich der hausarztzentrierten Versorgung schon seit dem 1.4.2014 nicht mehr gilt**, besteht insoweit auch keine Wiederholungsgefahr. Schadensersatzansprüche der kl. Krankenkasse gegen den bekl. Hausarztverband oder gegen teilnehmende Vertragsärzte, die mit einer Verletzung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität begründet werden könnten, kommen nicht in Betracht. Effektiven Rechtsschutz mit der Möglichkeit, auch Verstöße gegen den Grundsatz der Beitragssatzstabilität geltend zu machen, hätte die Kl. im gerichtlichen Eilverfahren erlangen können; davon hat sie keinen Gebrauch gemacht. Soweit die Kl. die Rechtswidrigkeit des HzV-Vertrags in einer Reihe weiterer Punkte geltend gemacht hat, war die Klage zwar zulässig, aber nicht begründet. Ihren weiten Gestaltungsspielraum hat die Schiedsperson bei der Ausgestaltung des Vertrags nicht verletzt. Der Umstand, dass der **HzV-Vertrag** - in der Regelversorgung nicht oder nicht in vergleichbarer Höhe vorgesehene - **Vergütungspositionen etwa für die Arzneimitteloptimierung** der Versicherten oder für die Behandlung chronisch Kranker enthält, begründet keinen Verstoß gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot. Die Einschätzung der Schiedsperson, dass damit ein besonderer Behandlungsaufwand im Rahmen der HzV abgegolten werde und dass auf eine zielgenauere und damit potenziell günstigere Verordnung von Arzneimitteln hingewirkt werde, ist jedenfalls nicht ganz fernliegend. Auch die von der Kl. geltend gemachten Verstöße u.a. gegen das Gebot der Selbsttragung des Wahltarifs und gegen datenschutzrechtliche Vorgaben liegen nicht vor. Des Weiteren bestand keine Verpflichtung der Schiedsperson, **Kinder und Jugendliche** von der Teilnahme am HzV-Vertrag auszuschließen. Zwar hat die Klägerin für Bayern einen „Vertrag zur Durchführung der pädiatrie-zentrierten Versorgung" durch Kinderärzte geschlossen. Kinder und Jugendliche werden aber nicht nur von Kinderärzten, sondern auch von Hausärzten behandelt, und gerade im ländlichen Raum besteht dafür auch ein praktisches Bedürfnis. Nach BSG, Urt. v. 24.01.2018 - ***B 6 KA 43/16 R*** - sind die Versicherten einer Krankenkasse, die ihren **Wohnsitz im Ausland** haben, nicht mehr bei der Ermittlung der Höhe der geschuldeten **Gesamtvergütungen** zu berücksichtigen, wenn nach Fusion von Krankenkassen der Sitz der neuen Krankenkasse in einem anderen KV-Bezirk liegt und die Vergütungsvereinbarungen vorsehen, dass die „Wohnausländer" nach dem Sitz der Krankenkasse zuzuordnen sind. Die Abgrenzung der Regelungszuständigkeit für Auslandsversicherte nach dem Sitz ihrer Krankenkasse entspricht dem Erfordernis einer jederzeit eindeutigen und lückenlosen territorialen Zuordnung. Eine rechtliche Regelungslücke besteht insoweit nicht.

1. Streitwert: Anstellungsgenehmigung

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 25.06.2018 - L 11 KA 66/17 B **RID 18-04-25**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

GKG § 52

Der **Streitwert** für Verfahren, in denen um die **Anstellungsgenehmigung** gestritten wird, ist nicht entsprechend der Vorgehensweise in Zulassungssachen von den zusätzlichen **Einnahmen** des Vertrags(zahn)arztes aus einer Tätigkeit des Angestellten im vertrags(zahn)ärztlichen Bereich unter Zugrundelegung eines Zeitraums von drei Jahren abzüglich der durchschnittlichen Praxiskosten und des für den Angestellten zu zahlende Gehalts abhängig zu machen, weil es grundsätzlich an einer Grundlagen für eine näherungsweise verlässliche Schätzung fehlt. In Anlehnung an den in Zulassungssachen für die Streitwertbestimmung zugrunde zulegenden Zeitraum von drei Jahren ergibt sich ein Streitwert von **12 Quartale** x 5.000 € (**Regelstreitwert**) = **60.000 €**.

SG Düsseldorf, Beschl. v. 29.07.2017 - S 14 KA 11/14 - setzte den Streitwert für die (erfolglose) Klage auf eine Anstellungsgenehmigung auf 60.000 € fest, das ***LSG*** wies die Beschwerde der Pb. des Kl. zurück.

VII. Bundessozialgericht (BSG)

1. BVerfG: Vergabe von Versorgungsaufträgen gem. der Dialysevereinbarung

BVerfG, 1. Sen. 1. Ka., Beschluss v. 15.08.2018 - 1 BvR 1780/17, 1 BvR 1781/17 **RID 18-04-26**

juris

SGB V §§ 72 II, 82 I; BMV-Ä Anl. 9.1; GG Art. 12

Die Verfassungsbeschwerden gegen ***BSG***, Urt. v. 15.03.2017 - B 6 KA 20/16 R - USK 2017-14 und ***BSG***, Urt. v. 15.03.2017 - B 6 KA 18/16 R - SozR 4-5540 Anl. 9.1 Nr. 11 werden nicht zur Entscheidung angenommen.

§ 2 VII BMV-Ä i.V.m. Anl. 9.1 BMV-Ä begegnen hinsichtlich der darauf gestützten Entscheidungen **keinen verfassungsrechtlichen Bedenken**. Die streitigen Regelungen finden in § 72 II i.V.m. § 82 I 1 SGB V insoweit eine den Anforderungen des Demokratie- und Rechtsstaatsprinzips an die Delegation von Normsetzung an die Träger funktionaler Selbstverwaltung entsprechende Grundlage. Bedenken

gegen eine ausreichende demokratische Legitimation der Vertragspartner sind nicht vorgetragen und auch sonst nicht ersichtlich.
Die Vorschriften genügen auch dem **Bestimmtheitserfordernis** und dem **Wesentlichkeitsgrundsatz**. Der Gesetzgeber hat sich in § 82 I SGB V und § 72 II SGB V seiner Rechtsetzungsbefugnis nicht völlig entäußert, sondern regelt die grundrechtlich wesentlichen Fragen in hinreichendem Maße selbst (zu den Anforderungen vgl. BVerfGE 141, 143 <170 Rn. 59> m.w.N.).
Die Regelungen der Anl. 9.1 BMV-Ä halten sich innerhalb des vorgegebenen **Ermächtigungsrahmens**. Insbesondere tragen sie dem vom Gesetzgeber hervorgehobenen Gemeinschaftsinteresse einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung hinreichend Rechnung. Sie sichern eine wohnortnahe Versorgung aller Versicherten und verhindern eine Entstehung von Ballungsgebieten. Durch die beschränkte Erteilung von Versorgungsaufträgen zur Erbringung von Dialyseleistungen und dem in ihr geregelten Mitnahmeverbot wird darüber hinaus die Wirtschaftlichkeit sowie die Qualität der Versorgung gesichert. Denn die Regelungen verhindern, dass Dialysepraxen mit geringer Auslastung betrieben werden und hierdurch aus Kostengründen an der Qualität der Versorgung gespart wird oder Fehlanreize für eine nicht qualitätsgesicherte Behandlung von Patienten entstehen. Außerdem fördern die Regelungen die gemeinsame Berufsausübung, was ebf. zur Wirtschaftlichkeit, vor allem aber zur Qualität der Leistungserbringung beiträgt.
Die Vorschriften beachten auch den **Verhältnismäßigkeitsgrundsatz**.
Soweit die Bf. als milderes Mittel vorschlagen, die **Genehmigung** zur Übernahme eines Versorgungsauftrags nicht der **Dialysepraxis**, sondern **dem Vertragsarzt** selbst zu erteilen sowie die Mitnahme des Versorgungsauftrags zu gestatten, wenn der Arzt die Praxis mit seiner vertragsärztlichen Zulassung verlasse, und zugleich die Genehmigung zur Übernahme des zweiten Versorgungsauftrags nur noch bedarfsabhängig zu erteilen, so dass es zu keiner Vermehrung von Versorgungsaufträgen kommen könne, ist eine solche Regelung schon abstrakt betrachtet **kein gleich geeignetes Mittel**. Sie stellte die beabsichtigte Förderung der gemeinsamen Leistungserbringung und die Erhaltung einer wohnortnahen Versorgung sowie die damit zusammenhängende Qualität der Versorgung nicht in gleichem Maße sicher.
Die angegriffenen Regelungen der Anl. 9.1 BMV-Ä sind auch angemessen. Im Rahmen der Abwägung ist zu berücksichtigen, dass das Vertragsarztrecht zwar grundsätzlich an das Berufsrecht anknüpft, in seinen Anforderungen aber mit ihm nicht notwendig deckungsgleich ist. Vielmehr können sich aus dem System der gesetzlichen Krankenversicherung Besonderheiten ergeben, die geeignet sind, **weiterreichende Einschränkungen zu rechtfertigen**. Leistungserbringer innerhalb der vertragsärztlichen Versorgung profitieren einerseits von den Vorteilen des öffentlich-rechtlichen Systems des Vertragsarztrechts, müssen im Interesse der Funktionsfähigkeit und Finanzierbarkeit des Systems unter Umständen aber auch Einschränkungen hinnehmen, die ihnen das Berufsrecht nicht abverlangt (vgl. BVerfG, 1. Sen. 2. Ka., Beschl. v. 16.07.2004 - 1 BvR 1127/01 - juris Rn. 28).
Vorliegend ist bei der Abwägung zwischen der Schwere des Eingriffs und dem Gewicht der ihn rechtfertigenden Gründe die **Grenze der Zumutbarkeit** nicht überschritten. Der Arzt wird in seinem Tätigkeitsfeld nur in Bezug auf die Methodenanwendung der Dialyse und dies auch nur in örtlicher Hinsicht beschränkt. Es handelt sich daher nicht um einen Eingriff in den **Status** der betroffenen Ärzte (vgl. BVerfG, 1. Sen. 2. Ka., Beschl. v. 16.07.2004 - aaO., Rn. 21).

BVerfG, 1. Sen. 1. Ka., Beschl. v. 20.12.2017 - 1 BvR 1780/17 - RID 18-01-47 und BVerfG, 1. Sen. 1. Ka., Beschl. v. 20.12.2017 - 1 BvR 1781/17 - RID 18-01-48 hatten die Wirkung der BSG-Urteile zunächst für die Dauer von sechs Monaten, längstens bis zur Entscheidung über die Hauptsache, ausgesetzt.

2. Honorarverteilung

a) Regelleistungsvolumen

aa) Bildung einer Obergrenze für Wachstumsärzte in BAG

BSG, Urteil v. 24.01.2018 - B 6 KA 2/17 R **RID 18-04-27**

SozR 4-2500 § 87b Nr. 13 = MedR 2018, 823

Leitsatz: Bei einer Vergütung nach **Regelleistungsvolumina** ist einer **Berufsausübungsgemeinschaft**, die sich selbst in der **Aufbauphase** befindet und der ein Vertragsarzt in der Aufbauphase angehört, ein praxisbezogenes festes Regelleistungsvolumen und nicht lediglich eine fallzahlabhängige Obergrenze als Grundlage für die Honorarbemessung zuzuordnen.

bb) Vergütung des RLV mit „festen Punktwerten" (Quartale II u. III/05)

BSG, Beschluss v. 08.08.2018 - B 6 KA 76/17 B **RID 18-04-28**

juris

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen ***LSG Hessen***, Urt. v. 26.09.2017 - L 4 KA 46/15- RID 18-02-10 wird zurückgewiesen.

BSG, Urt. v. 05.06.2013 - B 6 KA 32/12 R - BSGE 113, 298 = SozR 4-2500 § 85 Nr. 76 hat klargestellt, dass die Regelung in § 85 IV 7 SGB V (i.d.F. des GMG), nach der das festzulegende **RLV mit „festen Punktwerten"** zu vergüten ist, einschränkend dahingehend zu interpretieren sei, dass es ausreiche, wenn die Gewährung eines festen Punktwerts dem Grunde nach sichergestellt sei und es nicht regelhaft zu einer Abweichung komme. BSG, Urt. v. 15.06.2016 - B 6 KA 18/15 R - SozR 4-2500 § 85 Nr. 87 Rn. 34 ff., 37 - hat die Rspr. zur damaligen Rechtslage zusammengefasst und bekräftigt, es genüge, wenn Honorarverteilungsregelungen sicherstellten, dass die Vertragsärzte mit „in etwa" festen Punktwerten kalkulieren könnten.

Weiterer Klärungsbedarf besteht auch nicht zu der Frage, bis zu welchem Ausmaß eine Quotierungsregelung für RLV-Punktwerte noch eine ausreichende Nähe zu den gesetzlichen Vorgaben aufweist bzw. ab wann sie „in einen Gesetzesverstoß umkippt". Insoweit ist zu berücksichtigen, dass die hierfür maßgebliche gesetzliche Regelung in § 85 IV 7 SGB V (i.d.F. des GMG) zum 31.12.2011 außer Kraft getreten ist.

cc) Eigene RLV-Gruppe der schmerztherapeutischen Vertragsärzte

BSG, Beschluss v. 08.08.2018 - B 6 KA 15/18 B **RID 18-04-29**

juris

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen ***LSG Baden-Württemberg***, Urt. v. 18.04.2018 - L 5 KA 3561/17 - wird zurückgewiesen.

Die Ermittlung eines eigenen Fallwertes für die RLV-relevanten schmerztherapeutischen Leistungen derjenigen Haus- und Fachärzte, die schwerpunktmäßig diese Leistungen erbringen - hier: Quartale I bis IV/14 -, ist mit den Vorgaben des § 87b I SGB V vereinbar. Die Bekl. hat damit an die bundesweit geltenden Vorgaben für die Honorarverteilung in den Jahren 2009 bis 2012 angeknüpft. Nach § 87b II SGB V in der Fassung des GKV-WSG waren arzt- und praxisbezogene RLV festzulegen; die Grundsätze dazu hatte der Bewertungsausschuss vorzugeben (§ 87b IV SGB V; näher BSG SozR 4-2500 § 87b Nr. 4). Auf dieser Grundlage hatte der Bewertungsausschuss am 26.03.2010 u.a. beschlossen, dass eine **eigene RLV-Gruppe der ausschließlich bzw. weit überwiegend schmerztherapeutischen Vertragsärzte** gemäß der Präambel Kapitel 30.7 Nr 6 EBM zu bilden war (Anlage 2 zu Teil F des Beschlusses vom 26.03.2010). Damit hat der Bewertungsausschuss der Besonderheit Rechnung getragen, dass für die Leistungserbringung im Bereich der speziellen Schmerztherapie die Qualifikation nach der Schmerztherapievereinbarung nachgewiesen sein muss, dass aber die entsprechend qualifizierten Ärzte unterschiedlicher Arztgruppen dieselben schmerztherapeutischen Leistungen erbringen können. Da sowohl die Anästhesisten wie die Orthopäden und Neurologen, die häufig als Fachärzte Schmerztherapie erbringen, als auch die Hausärzte, die in großem Umfang schmerztherapeutische Leistungen anbieten, in das System der RLV einzubeziehen waren, war es sachgerecht, zur Verhinderung von Verwerfungen im Bereich der

Vergütung schmerztherapeutischer Leistungen für alle beteiligten Ärzte ein einheitliches RLV mit einem einheitlichen Fallwert vorzugeben.
Zwar war der Bewertungsausschuss nicht verpflichtet, durch vergütungsrechtliche Vorgaben dafür Sorge zu tragen, dass jede einzelne schmerztherapeutische Leistung mit dem selben Wert honoriert wird, unabhängig davon, ob sie in der **hausärztlichen oder in der fachärztlichen Versorgung** erbracht wird. Das hat jedoch nicht zur Folge, dass es dem Bewertungsausschuss nicht gestattet gewesen wäre, im Interesse der Schaffung von gleichen Vergütungsbedingungen bei identischen, nicht speziell fachgebundenen Leistungen ein einheitliches RLV für Schmerztherapie zu schaffen.
Wenn eine entsprechende Regelung des Bewertungsausschusses als für die KVen verbindliche Verteilungsvorgabe nach dem bis Ende 2011 geltenden Recht zulässig war, spricht alles dafür, dass **KVen**, deren **Gestaltungsspielräume** mit Inkrafttreten des GKV-VStG gegenüber dem vorangegangenen Zeitraum deutlich gestärkt werden sollten, bei Fortführung von RLV eine entsprechende Regelung auf der Grundlage des § 87b I SGB V vorsehen dürfen.

b) Psychotherapeuten

aa) Psychotherapeutenvergütung 2011

BSG, Urteil v. 11.10.2017 - B 6 KA 8/16 R **RID 18-04-30**
Verfassungsbeschwerde anhängig: 1 BvR 518/18
juris = SozR 4-2500 § 87b Nr. 14

Die **Vergütung** genehmigungspflichtiger **psychotherapeutischer Leistungen** ist in den **Quartalen I bis IV/11** insofern rechtswidrig, als bei der Neubewertung der Leistungen im Hinblick auf das ab dem 01.01.2009 geltende Recht an das Honorarvolumen für das Jahr 2007 angeknüpft wurde. Die Festsetzungen für die Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen im Jahr 2007 waren - wie der Senat am 28.06.2017 entschieden hat - nicht rechtmäßig. Dieser Mangel einer teilweise rechtswidrigen Berechnung des Honorarvolumens darf nicht fortgeschrieben werden. Im Übrigen hat das SG richtig gesehen, dass der EBewA eine angemessene Bewertung der Leistungen unter der Geltung des bundeseinheitlichen Orientierungswertes hinreichend gewährleistet hat. Der den Festsetzungen zugrundeliegende Rechenweg ist grundsätzlich nicht zu beanstanden.

bb) Psychotherapeutenvergütung 2013/Strukturpauschale

BSG, Urteil v. 11.10.2017 - B 6 KA 37/17 R **RID 18-04-31**
Verfassungsbeschwerde anhängig: 1 BvR 699/18 -
BSGE = SozR 4-2500 § 87 Nr. 35

Leitsatz: 1. Der Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 22.9.2015 zur Bewertung der antrags- und genehmigungspflichtigen **psychotherapeutischen Leistungen** im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für die ärztlichen Leistungen ist im Wesentlichen nicht zu beanstanden.
2. Der Beschluss ist nur insoweit rechtswidrig, als teilweise zu weitgehende **Bereinigungen der Erträge der Vergleichsgruppen** vorgenommen und Änderungen im zugrunde gelegten Tarifvertrag nicht berücksichtigt wurden.

Parallelverfahren:
BSG, Urteil v. 11.10.2017 - B 6 KA 36/17 R **RID 18-04-32**
juris
BSG, Urteil v. 11.10.2017 - B 6 KA 35/17 R **RID 18-04-33**
Verfassungsbeschwerde anhängig: 1 BvR 732/18
juris = MedR 2018, 704

3. Zuständigkeit der Prüfungsgremien für Verordnung von Impfstoffen

BSG, Urteil v. 21.03.2018 - B 6 KA 31/17 R **RID 18-04-34**

SozR 4-2500 § 132e Nr. 1 = KrV 2018, 113 = GesR 2018, 664

Leitsatz: 1. Die Krankenkassen und ihre Verbände können durch Verträge mit den Kassenärztlichen Vereinigungen die Versorgung der Versicherten mit **Impfleistungen** in den Strukturen des **vertragsärztlichen Versorgungssystems** regeln, obwohl der **Sicherstellungsauftrag** für die Versorgung mit Impfleistungen seit dem 1.4.2007 bei den Krankenkassen und nicht bei den Kassenärztlichen Vereinigungen liegt.
2. Die Rechtmäßigkeit eines **Regresses** wegen der **Verordnung von Impfstoff**, der tatsächlich wegen fehlender Nachfrage der Versicherten nicht genutzt worden ist, hängt auch davon ab, ob der Vertragsarzt zum **Zeitpunkt der Verordnung** die ihm möglichen Sicherungen zur Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots getroffen hat.

4. Zulassung (eines MVZ): Aktuelle Rechtslage/Selbstständigkeit als Vertrags(zahn)arzt

BSG, Urteil v. 29.11.2017 - B 6 KA 31/16 R **RID 18-04-35**

BSGE = SozR 4-2500 § 95 Nr. 33 = GesR 2018, 375 = ZMGR 2018, 187

Leitsatz: 1. **Rechtsänderungen** nach Stellung eines **Antrags** auf Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung sind nur zu berücksichtigen, wenn sie sich zugunsten des Antragstellers auswirken.
2. Einem Vertragsarzt in einem Medizinischen Versorgungszentrum fehlt es an der erforderlichen **Selbstständigkeit**, wenn er weder über die Mitwirkung an der Geschäftsführung noch als Gesellschafter **Einfluss auf den Betrieb der Praxis** nehmen kann.

5. Gesamtvergütung: Erhöhter regionaler Punktwert/Kriterien einer prospektiven Schätzung

BSG, Urteil v. 29.11.2017 - B 6 KA 42/16 R **RID 18-04-36**

SozR 4 = GesR 2018, 468

Zwar kann eine in Relation zum Bundesdurschnitt **niedrigere Fallzahl in einem KV-Bezirk** zur Begründung eines überdurchschnittlichen Kostenniveaus herangezogen werden. Es treten dann nämlich die vom Bewertungsausschuss der Festsetzung des Orientierungswertes zugrunde gelegten Kostenvorteile bei hohen Fallzahlen nicht oder jedenfalls in geringerem Umfang ein. Ein **Rückgang der Fallzahl je Arzt um 0,24% in Relation zum Bundesdurchschnitt ist jedoch eine zu vernachlässigende Größe**, die von vornherein keinen Anlass geben kann, einen Zuschlag auf den Orientierungswert festzusetzen. Hinsichtlich des **Verbraucherpreisindexes** ist nicht begründet worden, inwieweit Hessen hier vom Bundesdurchschnitt abweicht, und dafür ist auch nichts ersichtlich. Die Daten, die der Beklagte zum Beleg einer überdurchschnittlichen Kostenstruktur in Hessen angeführt hat, sind teilweise - bezogen auf 2013 - nicht aktuell und im Übrigen nicht aussagekräftig. Jedenfalls erreichen alle genannten Faktoren keine Größenordnung, die einen Zuschlag um 1,1 % auf den Orientierungswert rechtfertigen könnte.

B. KRANKENVERSICHERUNGSRECHT

I. Vertrags(zahn)ärztliche Behandlung

1. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden: Einsatz eines Bewegungstrainers

LSG Schleswig-Holstein, Beschluss v. 20.08.2018 - L 5 KR 127/18 B ER **RID 18-04-37**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 27, 135 I; SGG § 86b II

Der **Einsatz eines Bewegungstrainers** „Innowalk medium“ der Fa. made for movement stellt eine „neue“ Behandlungsmethode im Sinne des § 135 I SGB V dar, zu der unstreitig noch keine Richtlinienempfehlung des GBA vorliegt. Der Innowalk soll in der ambulanten Behandlung die herkömmliche Physiotherapie nicht ersetzen, sondern zusätzlich zu dieser u.a. eine Besserung der Motorik bewirken.

SG Schleswig, Beschl. v. 24.05.2018 - S 6 KR 12/18 ER - lehnte den Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das ***LSG*** wies die Beschwerde zurück.

2. Bakteriophagentherapie bei rezidivierenden Harnwegsinfekten und multiresistenten Bakterien

SG Detmold, Urteil v. 27.04.2018 - S 3 KR 411/14 **RID 18-04-38**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 2 Ia, 13 IIIa, 27, 31

Durch die **Genehmigungsfiktion** des § 13 Abs. 3 a Satz 6 SGB V gilt die Genehmigung der beantragten Leistungen durch einen fingierten Verwaltungsakt als erlassen.
Kann jederzeit eine **Nierenbeckenentzündung** und eine **Urosepsis** mit jeweils hohem Sterblichkeitsrisiko drohen, dann liegt eine wertungsmäßig mit einer **lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlich verlaufenden vergleichbare Erkrankung** vor. Da die Kl. jederzeit mit schweren Infektionen und den daraus resultierenden nachhaltigen Beeinträchtigungen ihrer Lebensqualität rechnen muss, ist hier (ausnahmsweise) eine - grundrechtskonforme - Ausweitung des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung gerechtfertigt.

Die 1962 geb. Kl. ist querschnittgelähmt und leidet unter rezidivierenden Harnwegsinfekten bei neurogener Blasenentleerungsstörung mit rezidivierenden Blaseninfektionen. Sie beantragte am 18.09.2013 erfolglos die Kostenübernahme für eine Bakteriophagentherapie. Beigefügt war eine Bescheinigung des behandelnden Urologen Dr. L v. 16.09.2013, der ausführte, seit 2009 bildeten sich bei der Kl. immer wieder multiresistente Bakterien, die nur noch mit dem Antibiotikum Carbapenem behandelbar seien. Hierdurch komme es jedoch zu schweren Nebenwirkungen. Eine Bakteriophagentherapie sei wirksam und nebenwirkungsfrei. Das ***SG*** verurteilte die Bekl., der Kl. die Kosten für die Bakteriophagentherapien in Höhe von 5.280 € zu erstatten und sie in Höhe von 8.400 € freizustellen; darüber hinaus, die Kosten zukünftiger Bakteriophagentherapien nach Vorlage einer entsprechenden ärztlichen Verordnung als Sachleistung zu übernehmen.

II. Stationäre Behandlung

Nach BSG, Urt. v. 24.04.2018 - ***B 1 KR 10/17 R*** - SozR 4-2500 § 137c Nr. 10 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 - SozR 4-2500 § 137e Nr. 1 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. Postbariatrische Straffungsoperationen: Kein regelwidriger Körperzustand

LSG Hessen, Beschluss v. 05.09.2018 - L 8 KR 254/17 **RID 18-04-39**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 27 I 1

Liegt im Bereich der Oberschenkel, Brust, Flanken, Gesäß und Schamhügel kein **regelwidriger Körperzustand** vor, so besteht kein Anspruch auf postbariatrische Straffungsoperationen.

SG Wiesbaden, Urt. v. 08.05.2017 - S 2 KR 72/15 - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

2. Bariatrische Operation nach Maßgabe der Adipositasleitlinie

SG Würzburg, Urteil v. 19.01.2018 - S 17 KR 190/15 **RID 18-04-40**
juris
SGB V §§ 12 I, 27 I

Liegen die Voraussetzungen nach der **Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie** - Chirurgische Arbeitsgemeinschaft für Adipositastherapie (CA-ADIP) „Chirurgie der Adipositas“ - vor, besteht ein Anspruch auf Übernahme der Kosten für eine bariatrische Operation zur Gewichtsreduzierung mit postoperativer Nachsorge.

Das ***SG*** verurteilte die Bekl., dem Kl. eine bariatrische Operation zur Gewichtsreduktion als Sachleistung zur Verfügung zu stellen, einschließl. der postoperativen Nachsorge.

3. Liposuktion bei Lipödem: Potenzial einer erforderlichen Behandlungsalternative

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 10.04.2018 - L 4 KR 266/15 **RID 18-04-41**
Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 32/18 R
juris
SGB V §§ 27 I 1, 137e

Der Anspruch auf Versorgung mit einer stationären Liposuktion ist nicht deshalb ausgeschlossen, weil es sich um eine noch nicht etablierte Behandlungsmethode handelt (vgl. LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 22.03.2016 - L 4 KR 438/13 - RID 16-03-101; LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 05.01.2017 - L 4 KR 359/15 - RID 17-02-99).

Der GBA hat am 20.07.2017 beschlossen, in die Anl. II im Abschnitt B unter Ziff. 3.1 die Liposuktion bei Lipödem aufzunehmen und das Beratungsverfahren zur Richtlinie zur Erprobung gem. § 137e SGB V der Liposuktion bei Lipödem einzuleiten. Voraussetzung hierfür ist gewesen, dass der GBA zu der Feststellung gelangt ist, dass die Methode das **Potenzial einer erforderlichen Behandlungsalternative** bietet (vgl § 137e I 1 SGB V). Der Begriff Potenzial einer erforderlichen Behandlungsalternative ist in diesem Zusammenhang derselbe wie in § 137c III 1 SGB V.

Eine Leistungserbringung kommt dabei nicht lediglich durch die an der Erprobungsrichtlinie teilnehmenden Krankenhäuser in Betracht. Ein solches Ausschlussverhältnis lässt sich dem Gesetz nicht entnehmen. Im Gegenteil: § 137e II 3 SGB V setzt die Möglichkeit der **Leistungserbringung** durch **nicht an der Erprobung teilnehmende Krankenhäuser** voraus. Nach dieser Vorschrift kann der GBA für solche Krankenhäuser Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringung regeln. Das Gesetz geht also davon aus, dass parallel zur Erprobung entsprechende Leistungen auch gem. § 137c III SGB V erbracht werden können.

SG Braunschweig, Urt. v. 19.06.2015 wies die Klage ab, das ***LSG*** verurteilte die Bekl., die Kl. mit einer stationären Liposuktion an beiden Beinen zu versorgen.

III. Kostenerstattung

Nach BSG, Urt. v. 11.09.2018 - ***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 und ruht der Anspruch aus § 13 IIIa 6 SGB V nicht gem. § 16 I 1 Nr. 1 SGB V aufgrund seines Aufenthalts im Ausland. Die von dem Kl. in der Türkei selbst beschaffte Operation entsprach der genehmigten Leistung in medizinischer Hinsicht. Weitere Anforderungen bestanden insofern nicht. Insb. war der Kläger aufgrund der rechtswidrigen Leistungsablehnung durch die Bekl. **weder verpflichtet, sich die genehmigte Leistung lediglich im Inland zu verschafften noch bei einer Selbstverschaffung im Ausland die Bedingungen einer Auslandsversorgung zu Lasten der GKV einzuhalten**.

Nach BSG, Urt. v. 24.04.2018 - ***B 1 KR 29/17 R*** - SozR 4-2500 § 2 Nr. 11 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) Mitteilung über Einholung eines Gutachtens des MDK innerhalb von drei Wochen

SG Gelsenkirchen, Urteil v. 24.01.2018 - S 46 KR 1668/15 **RID 18-04-42**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 13 IIIa

Durch **Einholung eines Gutachtens des MDK** wird nicht die **Frist** von fünf Wochen nach § 13 IIIa 1 SGB V ausgelöst, wenn der Versicherten nicht innerhalb der Frist von drei Wochen mitgeteilt wird, dass ein Gutachten eingeholt wird. Die Drei-Wochen-Frist ist auch dann maßgebend, wenn die Krankenkasse den Leistungsberechtigten nicht über die (tatsächlich erfolgte) Einholung einer gutachterlichen Stellungnahme innerhalb dieser Frist unterrichtet (BSG, Urt. v. 08.03.2016 - B 1 KR 25/15 R - BSGE 121, 40 = SozR 4-2500 § 13 Nr. 33).

Das ***SG*** verurteilte die Bekl., die Kl. von den für eine bariatrische Operation entstandenen Kosten in Höhe von 8.197,43 € freizustellen.

b) Fehlende Bestimmtheit/Fristenbeginn bei Abgabe in deutschem Konsulat im Ausland

LSG Niedersachsen-Bremen, Beschluss v. 30.08.2018 - L 16 KR 362/18 B ER **RID 18-04-43**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 13a

Die **Genehmigungsfiktion** – also dass die Leistungsversorgung als genehmigt gilt – greift nur dann, wenn der Antrag so **bestimmt** gestellt ist, dass die auf Grundlage des Antrags fingierte Genehmigung

hinreichend bestimmt ist. Hieran fehlt es, wenn Befundberichte/Arztbriefe sowie ein Attest über ein vorliegendes Lipödem vorgelegt werden, aber kein Kostenvoranschlag über die voraussichtlichen Kosten der Operation und keine ärztlichen Bescheinigungen, aus denen hervorgeht, wie viele Operationen geplant sind und in welchen Schritten diese vorgenommen werden sollen.
Das Fristenregime des § 13 IIIa SGB V gilt bei einer **Antragseinreichung** über ein **deutsches Konsulat im Ausland** nach seinem Sinn und Zweck nicht ab Antragsabgabe.

SG Stade, Beschl. v. 27.06.2018 - S 15 KR 21/18 ER - lehnte den Antrag auf Kostenübernahme für eine Liposuktion im Rahmen des einstweiligen Rechtsschutzes ab, das ***LSG*** wies die Beschwerde zurück.

c) Kein Widerruf einer Genehmigungsfiktion (Lymphdrainagegerät)

SG Düsseldorf, Urteil v. 28.06.2018 - S 8 KN 1459/17 KR **RID 18-04-44**
Sprungrevision anhängig: B 3 KR 14/18 R
juris
SGB V § 13 IIIa; SGB X §§ 44 ff.

Bei Eintritt der Genehmigungsfiktion nach § 13 VI SGB V besteht ein Anspruch auf Versorgung mit einem **Lymphdrainagegerät**.
Der **Widerruf einer Genehmigungsfiktion** ist nur für den Fall rechtmäßig, dass die Voraussetzungen für den Eintritt der Genehmigungsfiktion nicht vorgelegen haben (vgl. zuletzt BSG, Urt. v. 7.11.2017 - B 1 KR 24/17 R - BSGE = SozR 4-2500 § 13 Nr. 39 und - B 1 KR 15/17 R - KHE 2017/77).
Im Hinblick auf BSG, Urt. v. 11.05.2017 - B 3 KR 30/15 R - BSGE 123, 144 = SozR 4-2500 § 13 Nr. 34 Rn. 50 ff. hat das Gericht die Sprungrevision zugelassen.

Das ***SG*** verurteilte die Bekl., die Kosten für ein Lymphdrainagegerät - lympha-mat 300 mit 12-Kammer-System und Ganzbeinmanschetten - zu übernehmen.

d) Rücknahme einer Genehmigungsfiktion: Einstweiliger Rechtsschutz

SG Duisburg, Beschluss v. 10.08.2018 - S 9 KR 596/18 ER **RID 18-04-45**
juris
SGB V § 13 IIIa; SGG § 86a II Nr. 3

Vorliegend verkennt das Gericht nicht das enorme **finanzielle Interesse** an einer sofortigen Vollziehung der Aufhebung der Genehmigungsfiktion und der damit zumindest vorläufigen Aufhebung der Leistungspflicht der Ag. Auf der anderen Seite steht jedoch das **existenzielle Interesse des Ast.**, dass das Fortschreiten des Muskelabbaus (Duchenne Muskeldystophie) verzögert wird und er durch das im Streit stehende Arzneimittel die kleine Chance behält, möglichst lange seine Arme bewegen zu können und wenigstens tagsüber ohne Beatmungsgerät auszukommen. Eine weitere Leistungsverzögerung ist in diesem Fall ein nicht ausgleichbarer Leistungsverlust.
Eine **Rücknahme**, Aufhebung oder anderweitige Erledigung der Genehmigungsfiktion ist nur dann möglich, wenn die Voraussetzungen der Genehmigungsfiktion nicht mehr vorliegen (BSG, Urt. v. 08.03.2016 - B 1 KR 25/15 R - BSGE 121, 40 = SozR 4-2500 § 13 Nr. 33; BSG, Urt. v. 07.11.2017 - B 1 KR 24/17 R - BSGE = SozR 4-2500 § 13 Nr. 39; BSG, Urt. v. 07.11.2017 - B 1 KR 2/17 R - SozR 4-1500 § 171 Nr. 2).

Das ***SG*** ordnete die aufschiebende Wirkung der Klage gegen den Bescheid (Aufhebung der Genehmigungsfiktion) bis zur Erledigung des Hauptsacheverfahrens in erster Instanz an.

IV. Arzneimittel/Hilfsmittel

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.

Nach BSG, Urt. v. 15.03.2018 - ***B 3 KR 4/17 R*** - SozR 4-2500 § 33 Nr. 52 kann ein Versicherter die Übernahme von **Entsorgungskosten für** das ihm gewährte **Inkontinenzmaterial** nicht beanspruchen. Zwar gehört Inkontinenzmaterial bei Erwachsenen nicht zu den von der Leistungspflicht ausgeschlossenen Gebrauchsgegenständen des täglichen Lebens (st.

Rspr., z.B. BSG SozR 3-2500 § 33 Nr. 22 S. 129 f.). Aus den einschlägigen Rechtsgrundlagen für Hilfsmittel ergibt sich indessen nach Wortlaut, Gesetzessystematik, Entstehungsgeschichte sowie Sinn und Zweck kein Anspruch auf die Beteiligung der Krankenkassen an der Entsorgung. Der Wortlaut von § 27 I 2 Nr. 3 und § 33 I 1 SGB V spricht nur von der „Versorgung" mit Hilfsmitteln, nicht von deren „Entsorgung". § 33 I 4 SGB V a.F. nennt zwar ausdrücklich einzelne Nebenleistungen der Hilfsmittelversorgung, die Entsorgung aber nicht. Nach der Gesetzesbegründung zu § 27 SGB V (BT-Drs. 11/2237, S. 170) sollte dieser in Abkehr von der früheren Rechtslage den Leistungsinhalt „abschließend beschreiben". Einen gesetzlichen oder übergesetzlichen Anspruch auf alles, was an Mitteln zur Erhaltung oder Wiederherstellung der Gesundheit verfügbar ist, gibt es nicht. Die Rechtsprechung zu „hilfsmittelbezogenen Nebenleistungen im Rahmen des bestimmungsgemäßen Gebrauchs" (z.B. Stromkosten für bestimmte Hilfsmittel) lässt sich für die Entsorgung von Inkontinenzmaterial nicht mit Erfolg heranziehen. Das Gesetz enthält zur Hilfsmittelversorgung sehr differenzierte Einzelregelungen, z.B. werden „zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel" bei § 33 VIII 3 Halbs. 2 SGB V ausdrücklich genannt, jedoch nur (begünstigend) bei der Begrenzung der Höhe des 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. Kabelloses Fußhebersystem mit Neurostimulation

LSG Schleswig-Holstein, Urteil v. 28.06.2018 - L 5 KR 183/17 **RID 18-04-46**

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 3 KR 59/18 B
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 12, 33 I

Es besteht ein Anspruch auf ein **kabelloses Fußhebersystem mit Neurostimulation**, wenn dieses zum **unmittelbaren Behinderungsausgleich** beim Gehen wegen einer ausgeprägten Gangstörung aufgrund einer Halbseitenlähmung links und nicht als Trainingsmodus im Rahmen einer Krankenbehandlung dient.

SG Schleswig, Gerichtsb. v. 06.10.2017 - S 5 KR 121/16 - gab der Klage statt, das ***LSG*** wies die Berufung der Bekl. mit der Maßgabe zurück, dass die Bekl. zur Versorgung der Kl. mit dem Bioness L 300 oder einem für die Kl. gleichwertigen, ebf. kabellosen Fußhebersystem mit Neurostimulation verurteilt wird.

2. Elektrostimulationsgerät (Handrehabilitationssystem)

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 10.08.2018 - L 4 KR 3328/16 **RID 18-04-47**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 13 III, 33 I, 135 I

Leitsatz: Eine Versicherte, die als Folge eines Schlaganfalls an einer **Hemiparese** links mit Spastik leidet, hat keinen Anspruch auf Versorgung mit dem **Elektrostimulationsgerät** „NESS H200" (Handrehabilitationssystem) als Hilfsmittel der gesetzlichen Krankenversicherung. Dieses dient in diesem Fall der Krankenbehandlung und bedarf der (fehlenden) Bewertung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss.

Zwischen den Beteiligten ist die Erstattung von Kosten für ein mittlerweile angeschafftes sog. Elektrostimulationsgerät „NESS H200" (Handrehabilitationssystem) der Fa. Bioness in Höhe von 5.656,14 € streitig. ***SG Heilbronn***, Urt. v. 13.07.2016 - S 2 KR 2268/15 - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

3. SmartDrive

SG Fulda, Urteil v. 17.05.2018 - S 11 KR 4/15 **RID 18-04-48**

Berufung anhängig: LSG Hessen - L 8 KR 489/18 -
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 33

Kann eine Versicherte einen Rollstuhl mit **kraftverstärkendem Zusatzantrieb** e-motion aufgrund eingeschränkter Beweglichkeit nicht **selbstständig an- und abbauen**, besteht ein Anspruch auf Versorgung mit einem Antriebssystem, das hinten zwischen den Rädern des Greifreifenrollstuhls eingehängt wird (SmartDrive).

Das ***SG*** verurteilte die Bekl., die Kl. mit dem Antriebssystem SmartDrive in der aktuellen Version zu versorgen.

4. Duschrollstuhl in stationärer Einrichtung der Behindertenhilfe

LSG Sachsen, Urteil v. 12.09.2018 - L 1 KR 193/15 **RID 18-04-49**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 33

Leitsatz: 1. Die Pflicht der gesetzlichen Krankenversicherung zur Versorgung der Versicherten mit Hilfsmitteln endet nach der Konzeption des SGB V und des SGB XI dort, wo bei **vollstationärer Pflege** die **Pflicht des Heimträgers auf Versorgung** der Heimbewohner mit Hilfsmitteln einsetzt (BSG, Urt. v. 10.02.2000 - B 3 KR 17/99 R - SozR 3-2500 § 33 Nr. 36). Dies gilt auch, wenn sich der Versicherte nicht in einem vollstationären Pflegeheim, sondern in einer vollstationären oder teilstationären Einrichtung i. S. von §§ 43a, 71 Abs. 4 SGB XI befindet.
2. Ist das Profil der Einrichtung - nach den vertraglichen Vorgaben - auf geh- bzw. stehbehinderte Personen ausgerichtet, hat der Einrichtungsträger zur Sicherstellung der angemessenen Grundpflege für den beschriebenen Personenkreis einen **Duschrollstuhl** in der Regel vorzuhalten.
3. Bei einem handelsüblichen Duschrollstuhl handelt es sich nicht um ein individuell angepasstes und nur für eine Person verwendbares Hilfsmittel im Sinne der Rechtsprechung des BSG, Urt. v. 10.02.2000 - B 3 KR 26/99 R - BSGE 85, 287 = SozR 3-2500 § 33 Nr. 37.

SG Dresden, Urt. v. 24.06.2015 - S 18 KR 470/14 - RID 15-03-113 verurteilte die Bekl., den Kl. mit einem Duschrollstuhl mit Becken- und Brustgurt zu versorgen. Das ***LSG*** wies die Klage ab.

5. Aussetzung der Vollstreckung: Prothesenkniegelenk

LSG Bayern, Beschluss v. 04.09.2018 - L 20 KR 374/18 ER **RID 18-04-50**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 13 IIIa, 33; SGG § 199

Für ein **Prothesenkniegelenk** kommt eine **Genehmigungsfiktion** gemäß § 13 IIIa 6 SGB V nicht in Betracht (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 - juris).
Macht eine Krankenkasse unter Darlegung der **Einkommensverhältnisse** des Versicherten (monatliche Rente in Höhe von 558,42 € brutto) geltend, dass im Falle eines Erfolgs der Berufung mit einer erfolgreichen Geltendmachung einer **Rückforderung** in Höhe von etwas über 26.000 € für das beantragte RHEO KNEE nicht gerechnet werden kann, steht dem zwar der Einwand entgegen, dass einer Rückgabe des RHEO KNEE nach einem negativen Ausgang des Berufungsverfahrens erfolgen kann. Zu berücksichtigen ist aber, dass die Krankenkasse mit einem zurückgegebenen RHEO KNEE mangels weiterer Verwendbarkeit bei einem anderen Versicherten nichts anfangen kann.
Eine Rechtsgrundlage für eine **Sicherheitsleistung** zur Kompensation der Ausgaben der Krankenkasse für ein RHEO KNEE ist nicht ersichtlich.
Ein dringendes und unaufschiebbares Bedürfnis für eine **Vollstreckung** der erstinstanzlichen Entscheidung besteht nicht, wenn ein Versicherter mit einem **Hilfsmittel versorgt** ist, das einen Beitrag zu einem adäquaten Behinderungsausgleich liefert (hier: mit einem Prothesenkniegelenk mit Prothesenfuß).

SG Würzburg, Urt. v. 04.07.2016 - S 11 KR 8/16 - verurteilte die Bekl., den Kl. mit der Leistung „RHEO Knie für die vorhandene Oberschenkelprothese am rechten Bein“ gem. dem Kostenvoranschlag Nr. 263171 vom 17.03.2015 des Sanitätshauses K. zu versorgen. Auf Antrag der Bekl. setzte das ***LSG*** die Vollstreckung aus dem Urteil bis zur Erledigung des Rechtsstreits in der Berufungsinstanz aus.

6. Kindertherapiesicherheitsbett

SG Berlin, Urteil v. 11.01.2018 - S 111 P 433/16 **RID 18-04-51**
juris
SGB V § 33 I

Schlafen ist ein elementares **Grundbedürfnis**.
Ein krankheitsbedingt aufgrund des bei ihm bestehenden **Smith-Magenis-Syndroms** in seinem **Schlaf** stark gestörtes Kind hat Anspruch auf Versorgung mit einem **Kindertherapiesicherheitsbett**, wenn es dadurch in die Lage versetz wird, ruhiger und ohne größere Störungen zu schlafen und damit auch im Alltag entspannter und weniger aggressiv zu sein.

Eine Verpflichtung des **Heimträgers**, ein derart individuelles Hilfsmittel zum Behinderungsausgleich wie ein Kindertherapiebett vorzuhalten, besteht nicht.

Das ***SG*** verurteilte die Bekl., die Kosten für ein Kindertherapiesicherheitsbett entsprechend dem Kostenvoranschlag des Fachbetriebes für Rehabilitation M. vom 11.12.2017 zu übernehmen.

7. Hochwertiges Hörgerät wegen Baustellenlärms

LSG Hessen, Urteil v. 13.09.2018 - L 1 KR 229/17 **RID 18-04-52**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 33 I

Leitet die **Rentenversicherung** den Antrag des Versicherten innerhalb der gesetzlichen Frist weiter, ist die **Krankenversicherung** allein zuständig und muss auch aufgrund rentenversicherungsrechtlicher Vorschriften leisten. Danach besteht ein Anspruch auf Hörgeräte, soweit der Versicherte aufgrund der typischen **Anforderungen seiner Berufstätigkeit** hierauf angewiesen ist. Dies ist der Fall bei einem **Projektleiter**, der für die **Bauleitung** und die Bauüberwachung in den Bereichen Messe-, Steuer- und Regelungstechnik zuständig ist und insb. bei Baubesprechungen auf Großbaustellen wechselnden Geräuschkulissen ausgesetzt ist, die hohe Anforderungen an sein Hörvermögen stellten. Die getesteten anteilsfreien Hörgeräte sind nicht geeignet, da sie sich bei einer Änderung der Geräuschkulisse nicht automatisch anpassen.

SG Darmstadt, Gerichtsb. v. 22.09.2016 - S 18 KR 317/15 - verurteilte die Bekl., dem Kl. das Hörgerät als Sachleistung zur Verfügung zu stellen, das ***LSG*** wies die Berufung des beigel. Rentenversicherungsträgers zurück.

V. Häusliche Krankenpflege

1. Häusliche Krankenpflege u. Integrationshilfe zum Besuch des Kindergartens

LSG Baden-Württemberg, Beschluss v. 25.07.2018 - L 4 KR 1746/18 ER-B **RID 18-04-53**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 27 I 2 Nr. 4, 37 II; SGB XII §§ 53 I 1, 54 I Nr. 1

Leitsatz: Zum (vorläufigen) Anspruch auf **Begleitung beim Besuch eines Kindergartens** für ein unter anderem an Diabetes mellitus Typ I erkranktes Kind.

SG Mannheim, Beschl. v. 09.05.2018 - S 15 KR 739/18 ER - lehnte den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das ***LSG*** verpflichtete die Ag., vorläufig die Kosten für die vollumfängliche Begleitung des Ast. beim Besuch des Kindergartens durch eine Krankenschwester v. 25.07.2018 bis einschließlich 14.09.2018, längstens bis zur Bestandskraft des Bescheides vom 22.03.2018, zu tragen.

VI. Beziehungen zu Krankenhäusern

Nach BSG, Urt. v. 11.09.2018 - B 1 KR 36/17 R - durfte das **Arzneimittel Avastin mangels indikationsbezogener Zulassung nicht zu Lasten der GKV angewendet werden**. Die Voraussetzungen eines **Off-Label-Use lagen nicht vor**. Eine Behandlungspflicht der Kl. entsprechend dem Leistungsanspruch des Versicherten folgte auch nicht aus grundrechtsorientierter Leistungsauslegung i.S. von § 2 Ia SGB V. Die Norm begründet keinen Anspruch auf Fertigarzneimittel für eine Indikation, für die EMA eine Genehmigung in einem Zulassungsverfahren abgelehnt hat. Dazu genügt, dass der Ständige Ausschuss für Humanarzneimittel - wie hier bei Avastin für die Indikation des rezidivierenden Glioblastoms - ein im Ergebnis ablehnendes Gutachten erstellt, ohne dass der Hersteller das Verfahren weiterverfolgt. Mit neuem Tatsachenvortrag - der im Übrigen auch in der Sache nicht zu einer anderen Entscheidung führen würde - und Verfahrensrügen ist die Kl. im Verfahren der Sprungrevision ausgeschlossen. Nach BSG, Urt. v. 11.09.2018 - ***B 1 KR 10/18 R*** - steht einem Krankenhausträger ein Vergütungsanspruch zu, wenn der Versicherte im Zeitpunkt der streitgegenständlichen Behandlung aufgrund seines **Beitritts nach Bezug von Alg II-Leistungen versicherungspflichtiges Mitglied der Krankenkasse** war. Dem steht die **frühere Mitgliedschaft** bei einer anderen Krankenkasse - zuletzt im Rahmen einer Auffangversicherung nach § 5 I Nr. 13 SGB V - nicht entgegen, da diese mit dem Beginn der (erneuten) Versicherungspflicht als Alg II-Bezieher kraft Gesetzes endet, ohne dass es einer Kündigung bedarf.

Nach BSG, Urt. v. 19.06.2018 - ***B 1 KR 38/17 R*** u. ***B 1 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 1 KR 30/17 R - SozR 4-5562 § 9 Nr. 9 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 1 KR 32/17 R*** - 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. 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 **Knie-TEP** als vom Versorgungsauftrag **„Chirurgie“** erfasst angesehen. Nach BSG, Urt. v. 19.06.2018 - ***B 1 KR 26/17 R*** - ist die **ärztliche Krankenhauseinweisung keine Voraussetzung** für die **stationäre Behandlungsbedürftigkeit** sowie für die Abrechenbarkeit stationärer Vergütungsansprüche. Sie hat grundsätzliche 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 riefe 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 1 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 Resteklassen „sonstige Krankheiten des autonomen Nervensystems“ zu kodieren. Nach den Feststellungen des LSG waren deren Voraussetzungen durch die Fehlsteuerung des Sympathikusnervs erfüllt. Symptomdiagnosen wie „Hyperhidrose, umschrieben“ kommen nur in Betracht, wenn keine genauere Diagnose möglich ist. Nach BSG, Urt. v. 19.12.2017 - ***B 1 KR 19/17 R*** - SozR 4-1500 § 120 Nr. 3 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 1 KR 17/17 R*** - SozR 4-5562 § 6 Nr. 1 ist die Implantation von Coils eine **experimentelle, dem Qualitätsgebot nicht entsprechende Behandlungsmethode außerhalb des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung**. Die Voraussetzungen grundrechtsorientierter Leistungsauslegung sind ebenfalls nicht erfüllt. Die **NUB-Vereinbarung** begründet kein schutzwürdiges **Vertrauen** auf einen Vergütungsanspruch. Sie regelt die Vergütungshöhe lediglich für den Fall, dass der Patient Anspruch auf die Behandlung hat, weder aber den Grund des Anspruchs noch die Vereinbarkeit der Therapie mit dem Qualitätsgebot. Nach BSG, Urt. v. 19.12.2017 - ***B 1 KR 18/17 R*** - SozR 4-5562 § 9 Nr. 8 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 Sauerstoffinsufflation noch das Wiederauftreten einer Tachypnoe aufgrund einer Sepsis.

1. Kündigung eines Versorgungsvertrages

SG Ulm, Urteil v. 13.02.2018 - S 15 KR 1863/16 RID 18-04-54

juris

SGB V §§ 109, 110, 111; KHG § 1 I; GewO § 30; GG Art. 12 I

Bei einer **Kündigung eines Versorgungsvertrages** hat, wie bei der Frage des Abschlusses eines Versorgungsvertrages, eine umfassende **Bedarfs- und Krankenhausanalyse** zu erfolgen, um festzustellen, ob und gegebenenfalls in welcher Höhe ein Bettenfehlbestand oder ein Bettenüberhang besteht (s. VG Freiburg, Urt. v. 20.02.2002 - 1 K 148/00 - juris). Die Bedarfsfeststellung muss fachlich strukturiert und räumlich gegliedert werden. In der Bedarfsanalyse ist der tatsächlich vorhandene und in Zukunft zu erwartende Bedarf zu erheben. Eine planerische Gestaltung und Steuerung steht der Behörde im Rahmen einer zweiten Entscheidungsstufe zu, wenn dem festgestellten Bedarf ein Überangebot an bedarfsgerechten leistungsfähigen und wirtschaftlichen Krankenhäusern gegenübersteht und im Wege der **Auswahl** zu entscheiden ist, mit welchen Krankenhäusern der Bedarf zu decken ist (vgl. VGH Baden-Württemberg, Urt. v. 16.04.2002 - 9 S 1586/01). Dieser Bettenbedarf kann nach der konkretisierten Hill-Burton-Methode ermittelt werden.
Die Anforderungen an die Ermittlungen zur **Bedarfsgerechtigkeit** werden nicht ausreichend erfüllt, wenn keine ausreichenden Angaben zur konkret bestehenden Bettenanzahl (hier: im Bereich Gefäßchirurgie/Chirurgie) vorgelegt werden und die Behörde sich darauf beschränkt, den

tatsächlichen **Auslastungsgrad des Krankenhauses** anhand der Hill-Burton-Formel zu ermitteln. Der tatsächliche Auslastungsgrad ist lediglich ein wichtiges Indiz, jedoch kein Beweis für die Bedarfsgerechtigkeit. Die erforderliche Analyse des tatsächlichen Bedarfs und der Auslastung der ebenfalls im Versorgungsgebiet tätigen Kliniken ist unverzichtbar für die Prüfung der Bedarfsgerechtigkeit.

Streitgegenstand ist die Teilkündigung des Versorgungsvertrages, der zwischen der Kl. und den Landesverbänden der Krankenkassen und des Verbandes der Ersatzkassen, den Bekl., geschlossen wurde. Das ***SG*** hob den angefochtenen Bescheid auf.

2. Vergütungsanspruch/Fälligkeit

a) Nachweis von Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit

LSG Mecklenburg-Vorpommern, Urteil v. 18.10.2018 - L 6 KR 62/13 **RID 18-04-55**
juris
SGB V §§ 39 I 2, 112 II 1

Leitsatz: Der **Krankenhausträger** trägt die **objektive Beweislast** für die Erforderlichkeit auch der Dauer der stationären Behandlung (BSG, Urt. v. 30.06.2009 - B 1 KR 24/08 R - BSGE 104, 15 = SozR 4-2500 § 109 Nr. 17); ohne ausreichende **Dokumentation** in der Patientenakte ist der Nachweis von Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit regelmäßig ausgeschlossen.

SG Schwerin, Urt. v. 06.08.2013 - S 20 KR 137/11 - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

b) Notwendigkeit teilstationärer Behandlung

LSG Hamburg, Urteil v. 23.08.2018 - L 1 KR 47/17 **RID 18-04-56**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 39

Wenn nach einem stationären Aufenthalt nach kurzer Zeit die Versicherte wieder dekompensiert, kann dies zeigen, dass die Behandlung offensichtlich immer noch nicht durchgreifend zum Erfolg geführt hat. Eine **fehlende Motivation** kann Teil des Krankheitsbildes sein. Sie zu ändern, kann Teil der Behandlung sein.
Qualitative Mängel werden erst dann relevant, wenn durch sie aus der teilstationären Behandlung im Sinne eines aliuds eine ambulante Versorgung geworden ist.

SG Hamburg, Urt. v. 18.05.2017 - S 2 KR 2292/13 - gab der Klage statt, das ***LSG*** wies die Berufung zurück.

c) Teilstationäre Krankenhausbehandlung wegen depressiver Störung nach stationärer Behandlung

SG Hamburg, Urteil v. 18.05.2017 - S 2 KR 2292/13 **RID 18-04-57**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 27 I, 39 I

Eine **teilstationäre Krankenhausbehandlung** kann bereits vier Wochen nach zehnwöchiger stationärer Behandlung **erforderlich** sein, wenn wegen einer rezidivierenden **depressiven Störung** - schwere Episode - die ärztliche Erfahrung unter den gegebenen Umständen gegen einen hinreichenden medizinischen Erfolg einer kurzen Krisenbehandlung spricht.

Das ***SG*** verurteilte die Bekl., an die Kl. 4.194,05 € nebst Zinsen zu zahlen.

d) Ambulantes Operieren: Aufrechnung/Thermokoagulation setzt Zusatz-Weiterbildung voraus

SG Aachen, Urteil v. 31.07.2018 - S 14 KR 305/17 **RID 18-04-58**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 39 I, 109, 115b, 135 II

Nach BSG, Urt. v. 01.07.2014 - B 1 KR 1/13 R - BSGE 116, 146 = SozR 4-2500 § 115b Nr. 5, Rn. 23 schließt das spezielle **Prüfregime** der **Vergütung ambulanter Operationen** nach § 115b SGB V die Anwendung des § 275 Ic SGB V aus.
Die **Aufrechnung** war auch nicht gem. § 15 IV 2 des zwischen der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen einerseits und verschiedenen Krankenkassen sowie Landesverbänden der Krankenkasse andererseits geschlossenen Vertrages nach § 112 II Nr. 1 SGB V ausgeschlossen, da ambulante Operationen vom Vertrag nicht erfasst werden (anders LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 30.10.2017 - L 16 KR 780/16 NZB - RID 18-02-153).
Die **Thermokoagulation** unterfiel im maßgeblichen Zeitraum (Jahr 2015) nicht dem Leistungskatalog des § 115b I 1 Nr. 1 SGB V.
Nach der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie kann ein **Denervationsverfahren** nur von Fachärzten mit operativen Weiterbildungsinhalten und der **Zusatz-Weiterbildung** „spezielle Schmerztherapie“ durchgeführt werden. Ein Vertragsarzt, der diese fachliche Anforderung nicht erfüllt, darf die entsprechenden Leistungen weder erbringen noch abrechnen (§ 135 II 1 SGB V).

In 53 Fällen wurde im M.-hospital B. durch einen Vertragsfacharzt für Neurochirurgie, mit dem der Kl. einen Kooperationsvertrag geschlossen hatte, im Jahr 2015 an bei der Bekl. gesetzlich Krankenversicherten zur Behandlung chronischer Rückenschmerzen die Leistung der Thermokoagulation als ambulante Operation erbracht. Der Bekl. beglich die geforderten 13.795,19 €, rechnete diesen Betrag aber später auf. Das ***SG*** wies die Klage ab.

e) Aufrechnung: Genaue Bezeichnung des Leistungsanspruchs

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 26.04.2018 - L 5 KR 593/17 **RID 18-04-59**

Revision anhängig: B 1 KR 31/18 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 69 I 3; BGB §§ 366, 387, 389

Eine **Aufrechnung** genügt nicht den in § 9 PrüfvV 2015 normierten Voraussetzungen, wenn es sich um eine Aufstellung handelt, in der eine Vielzahl von Behandlungsfällen Versicherter der Krankenkasse bei dem kl. Krankenhausträger aufgelistet werden, aus denen sich Forderungen (Leistungsansprüche) der Kl. in gewisser Höhe, in anderen Behandlungsfällen aber auch Gegenforderungen (Erstattungsansprüche) der Bekl. ergeben. Damit wird der Leistungsanspruch, auf den sich die Aufrechnung beziehen soll, überhaupt nicht **bezeichnet**.

SG Aachen, Urt. v. 22.08.2017 - S 13 KR 175/17 - RID 17-04-123 verurteilte die Bekl. antragsgemäß zur Zahlung von 830,23 €, das ***LSG*** wies die Berufung zurück.

f) Aufrechnungsverbot bei Bestreiten der Richtigkeit der Abrechnung

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 11.07.2018 - L 11 KR 492/17 **RID 18-04-60**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
Landesvertrag NRW § 15 II 2

Der bereits am 08.04.2003 gekündigte, aber aufgrund Vereinbarung der Vertragspartner bis zu einer bisher nicht erfolgten Neuregelung weiter anzuwendende und auch für Krankenkassen außerhalb Nordrhein-Westfalens geltende **Landesvertrag** lässt in § 15 IV 2 eine **Aufrechnung** nur in bestimmten Fällen zu (LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 18.12.2013 - L 11 KR 378/12 - RID 14-02-165; LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 06.12.2016 - L 1 KR 358/15 - RID 17-01-145). § 112 II 1 Nr. 1 b SGB V ermächtigt ausdrücklich zur Vereinbarung von Regelungen auch über die Abrechnung von Entgelten. Dies schließt die Möglichkeit von Vereinbarungen über die Zulässigkeit und Grenzen von Aufrechnungen mit ein.
Es gilt das **Aufrechnungsverbot** des § 15 II 2 Landesvertrag („Bei Beanstandungen rechnerischer Art sowie nach Rücknahme der Kostenzusage und, falls eine Abrechnung auf vom Krankenhaus zu vertretenden unzutreffenden Angaben beruht, können überzahlte Beträge verrechnet werden.“), wenn die **Richtigkeit der Abrechnung** bestritten wird. Die Frage, ob die Wertung durch die Abrechnung zutreffend ist, macht die Bekanntgabe des Wertungsprozesses durch Zuordnung einer Fallpauschalennr. oder eines Zusatzentgelts nicht zu einer „unzutreffenden Angabe“ wie z.B. die Angabe einer falschen Verweildauer, eines falschen Befundes oder einer nicht durchgeführten

Behandlungsmaßnahme (s. z.B. LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 01.09.2011 - L 16 KR 212/08 - RID 12-02-153).

SG Detmold, Urt. v. 30.06.2017 - S 24 KR 19/17 - verurteilte die Bekl. antragsgemäß zur Zahlung von 3.509,80 €, das ***LSG*** wies die Berufung zurück.

g) Rechnungskorrektur durch Krankenhausträger nach MDK-Prüfung

LSG Rheinland-Pfalz, Beschluss v. 13.08.2018 - L 5 KR 155/18 NZB **RID 18-04-61**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 275 Ic; KHG § 17c

Leitsatz: Verlangt ein Krankenhausträger nach einer **Prüfung durch den MDK** auf dieser Grundlage eine **höhere Vergütung** von der Krankenkasse, steht diesem Begehren § 7 Abs. 5 PrüfvV in der bis zum 31.12.2016 geltenden Fassung (a.F.) nicht entgegen.

SG Mainz, Urt. v. 17.04.2018 - S 3 KR 172/17 - verurteilte die Bekl. zur Zahlung einer weiteren Vergütung von 681,09 € nebst Zinsen, das ***LSG*** wies die Nichtzulassungsbeschwerde der Bekl. zurück.

h) Rechnungskorrektur nach MDK-Gutachtenerstellung innerhalb der 5-Monatsfrist

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 22.02.2018 - L 16 KR 445/17 NZB **RID 18-04-62**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = KRS 2018, 371

SGB V § 109 IV

Eine **Rechnungskorrektur** ist auch **nach Abschluss der Prüfung durch den MDK**, aber noch **vor Ablauf der 5-Monatsfrist** des § 7 V 2 PrüfvV in der zum 01.09.2014 mit Wirkung für Behandlungsfälle ab dem 01.09.2015 in Kraft getretenen Fassung möglich. Soweit die PrüfvV vom 03.02.2016, in Kraft getreten mit dem 01.01.2017, in § 7 V 3 nunmehr vorsieht, dass bei Beendigung der Begutachtung vor Ablauf der 5-Monatsfrist eine Korrektur oder Ergänzung von Datensätzen nur bis zum Ende der Begutachtung durch den MDK möglich ist, kommt die entsprechende Auslegung der bis zum 31.12.2016 geltenden Regelungen der PrüfvV nicht in Betracht.

SG Duisburg, Gerichtsb. v. 27.04.2017 - S 17 KR 187/17 - RID 18-03-129 verurteilte die Bekl., an die Kl. 356,86 € nebst Zinsen zu zahlen, das ***LSG*** wies die Nichtzulassungsbeschwerde zurück.

i) Korrigierte Rechnung aufgrund MDK-Prüfung

SG Freiburg, Urteil v. 01.08.2018 - S 15 KR 3663/17 **RID 18-04-63**

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: LSG Baden-Württemberg - L 5 KR 2993/18 NZB -

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

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

Nachträgliche Rechnungskorrekturen sind bis zum Abschluss des nachfolgenden Haushaltsjahres möglich (vgl. nur BSG, Urt. v. 05.07.2016 - B 1 KR 40/15 R - SozR 4-2500 § 109 Nr. 58, juris Rn. 21).

Der nachträglichen Rechnungskorrektur steht auch § 7 V 2 PrüfvV entgegen, wonach der MDK eine einmalige Korrektur oder Ergänzung von Datensätzen nur dann in seine Prüfung einzubeziehen hat, wenn sie innerhalb von fünf Monaten nach Einleitung des MDK-Prüfverfahrens nach § 6 II PrüfvV an die Krankenkasse erfolgt. Dabei kann vorliegend dahinstehen, ob für eine solche **Ausschlussfrist** überhaupt eine wirksame Ermächtigungsgrundlage besteht (verneinend u.a. SG Detmold, Urt. v. 20.04.2018 - S 24 KR 863/17, juris Rn. 27; SG Dortmund, Urt. v. 05.05.2017 - S 49 KR 580/16 - juris Rn. 43; SG Kassel, Urt. v. 25.11.2016 - S 12 KR 512/15 - juris, Rn. 49). Liegt das MDK-Gutachten - wie im vorliegenden Fall - zum Zeitpunkt der Rechnungskorrektur bereits vor, kann es zu keinen Verzögerungen im Prüfverfahren kommen, die die PrüfvV verhindern will. Durch die muss der MDK nicht nochmals mit einer Prüfung befasst werden, wenn die Rechnung gerade auf dem Ergebnis des MDK-Gutachtens beruht.

Das ***SG*** verurteilte die Bekl., an die Kl. 710,33 € nebst Zinsen zu zahlen.

3. Fallpauschalen

a) Verlegung und planungsrechtliche Vorgaben

SG Wiesbaden, Gerichtsbescheid v. 14.08.2018 - S 18 KR 226/16 **RID 18-04-64**

Berufung anhängig: LSG Hessen - L 8 KR 631/18 -
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

Wird das Gebot der **Wirtschaftlichkeit** in **Verlegungsfällen** durch die Zulassungsbegrenzung bei der Krankenhausplanung i.S.d. § 108 SGB V und im Weiteren abstrakt-generell in der Fallpauschalenvereinbarung normvertraglich konkretisiert, ist diese **Regelung abschließend**.

Das ***SG*** verurteilte die Bekl., an die Kl. 18.679,27 € nebst Zinsen zu zahlen.

b) Nachholung der Begründung für OPS-Code

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 30.01.2018 - L 16 KR 383/16 **RID 18-04-65**

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 33/18 R
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

Es ist nicht entscheidend, ob die ursprüngliche Dokumentation ausreichend war. Denn jedenfalls durch eine **nachgeholte Begründung** können die Voraussetzungen des OPS-Codes nachvollziehbar dargelegt werden. Streitet ein Krankenhaus über die sachlich-rechnerische Richtigkeit der Vergütung und legt es hierbei den vollständigen Behandlungsablauf offen, kann es nicht gehindert sein, im Laufe des Rechtsstreits zur Begründung seiner Forderung eine nach dem tatsächlichen Ablauf unzutreffende Kodierung gegen eine zutreffende Kodierung auszutauschen, soweit nicht gesetzeskonformes Vertragsrecht entgegensteht (BSG, Urt. v. 23.06.2015 - B 1 KR 13/14 R - SozR 4-5560 § 17b Nr. 6, juris Rn. 21; bestätigt in BSG, Urt. v. 23.05.2017 - B 1 KR 27/16 R - SozR 4-2500 § 109 Nr. 62, juris Rn. 14, 15).

SG Oldenburg, Urt. v. 20.06.2016 wies die Klage ab, das ***LSG*** verurteilte die Bekl., an die Kl. 867,77 € nebst Zinsen zu zahlen und wies im Übrigen die Berufung zurück.

c) Aufteilung einer stationäre Krankenhausbehandlung: Fallsplitting

LSG Mecklenburg-Vorpommern, Urteil v. 14.12.2017 - L 6 KR 21/13 **RID 18-04-66**

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

Leitsatz: Wird eine **stationäre Krankenhausbehandlung** ohne zwingenden medizinischen Grund in **zwei Abschnitte aufgeteilt**, liegt ein unzulässiges **Fallsplitting** mit der Folge vor, dass keine separate Vergütung des ersten Krankenhausaufenthalts verlangt werden kann.

SG Rostock, Urt. v. 19.09.2012 - S 1 KR 25/07 - verurteilte die Bekl., an sie 1.760,55 € zzgl. Zinsen zu zahlen, das ***LSG*** wies die Klage ab. ***BSG***, Beschl. v. 08.08.2018 - B 1 KR 30/18 B - juris verwarf die Nichtzulassungsbeschwerde als unzulässig.

d) Stillung einer Blutung nach diagnostischer Bronchoskopie

LSG Hamburg, Urteil v. 26.06.2018 - L 3 KR 19/17 **RID 18-04-67**

Rechtskräftig (Revision zugelassen)
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 **diagnostische Bronchoskopie**, nachdem ein zuvor durchgeführtes CT den Verdacht auf ein Lungenkarzinom bestätigt hat, zur Abklärung der Histologie des Tumors wird mit den Prozeduren OPS 1-843 und 1-430.1 korrekt kodiert. Die **Stillung** der aufgrund dieses Eingriffs eingetretenen **Blutung** ist ebf. hierdurch abgegolten und nicht mit OPS 5-320.0 und 5-985.0 zu kodieren.

SG Hamburg, Urt. v. 19.01.2017 - L 3 KR 19/17 - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

e) Unterbrechung des Monitoring auf spezieller Schlaganfallabteilung (Stroke Unit)

LSG Saarland, Urteil v. 25.01.2017 - L 2 KR 64/14 **RID 18-04-68**

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

Wird das **Monitoring** während der Nachtschicht **mehrfach unterbrochen**, dann ist dies für die Kodierung des OPS 8-981.1 schädlich, denn ein **Toilettengang** des Patienten ist keine spezielle Untersuchung und Behandlung, sondern eine ggf. grundpflegerisch zu begleitende Maßnahme. Auch wenn es seltsam erscheinen mag, den Erlös einer recht aufwändigen Krankenhausbehandlung davon abhängig zu machen, ob ein Patient eigenständig oder mit Hilfe einen Toilettengang macht oder beispielsweise die Körperpflege eigenständig durchführt und diese eigentlich erstrebenswerten Ziele einer Krankenhausbehandlung sich als ertragsschädlich erweisen, ist alleine vom Wortlaut und allenfalls ergänzend von systematischen Erwägungen auszugehen.

SG für das Saarland, Gerichtsbescheid v. 14.02.2014 - S 15 KR 662/12 - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück. BSG, Beschl. v. 21.02.2018 - B 1 KR 13/17 B - juris verwarf die Nichtzulassungsbeschwerde als unzulässig.

f) Frührehabilitative geriatrische Komplexbehandlung

SG Osnabrück, Urteil v. 13.06.2018 - S 34 KR 554/16 **RID 18-04-69**

juris

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

Leitsatz: 1. Im Sinne des OPS-Kodes 8-550 liegt der **Beginn der Behandlung** als Zeitraum (nicht: Zeitpunkt) für die Durchführung eines **standardisierten geriatrischen Assessments** in mindestens 4 Bereichen, sodass die Tests nicht an einem Tag durchgeführt werden müssen.
2. Die Anforderungen an die **Dokumentation** der **aktivierend-therapeutischen Pflege** sind normativer Art und mithin einem Sachverständigenbeweis nicht zugänglich.
3. Dem **OPS-Kode 8-550** können keine Anforderungen an die Dokumentation der aktivierend-therapeutischen Pflege entnommen werden.
4. Es ist nicht erforderlich, dass alle Felder der **aktivierend-therapeutischen Pflege** bedient werden.
5. Die Steuerung der Prozesse und die Pflegeplanung bedürfen über die im OPS-Kode 8-550 normierten Merkmale (Teambesprechungen) hinaus keiner eigenen **Dokumentation**.

Das ***SG*** verurteilte die Bekl., an die Kl. 556,16 € nebst Zinsen zu zahlen.

4. Aufwandspauschale: Keine Rückforderung bereits gezahlter Aufwandspauschale

SG Aachen, Urteil v. 04.09.2018 - S 14 KR 94/18 **RID 18-04-70**

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, Gerichtsb. v. 23.02.2018 - S 4 KR 255/16 - RID 18-03-148, juris Rn. 16).

Das ***SG*** verurteilte die Bekl., an die Kl. 300 € nebst zu zahlen und wies die Widerklage ab.
S. zuletzt auch SG Aachen, Urt. v. 10.07.2017 - S 14 KR 515/17 - RID 18-03-149.

VII. Beziehungen zu Leistungserbringern und Arzneimittelherstellern

Nach BSG, Urt. v. 25.10.2018 - ***B 3 KR 10/16 R*** - hat ein pharmazeutisches Unternehmen gegen die bekl. Bundesrepublik (vertreten durch das zuständige Bundesamt für Wirtschaft und Ausfuhrkontrolle) keinen Anspruch darauf, dass der von ihr wirtschaftlich zu tragende, den Krankenkassen zu Gute kommende - verfassungskonforme - Abschlag auf den Arzneimittelabgabepreis (**Herstellerrabatt**) für den noch streitigen Zeitraum vom 01.08. 2010 bis 28.02.2011 von 16 % auf 6 % reduziert wird. Eine Ausnahme von den gesetzlich vorgesehenen Herstellerrabatten kann nach § 130a Abs. 4 S. 2 bis 8 SGB V i.V.m. Art. 4 der sog Transparenz-Richtlinie EWGRL 89/105 nur gewährt werden, wenn dies durch „besondere Gründe" gerechtfertigt ist. Diese Gründe sind im Antrag hinreichend darzulegen. Solche „besonderen Gründe" setzen - wie sich schon aus den Gesetzesmaterialien ergibt - eine die **wirtschaftliche Existenz des Unternehmens gefährdende unzumutbare finanzielle Belastung** voraus, die ursächlich auf die gesetzliche Rabattregelung zurückzuführen ist und nicht durch unternehmensinterne Maßnahmen abgewendet werden kann. Die in der Gewährung einer Ausnahme von der (vollständigen) Erhebung der Herstellerabschläge liegende ungleiche Privilegierung eines Unternehmens ist nur unter diesen engen Voraussetzungen gerechtfertigt und auch nur in dieser strikten Beschränkung mit EU-Recht vereinbar. Bei einer GmbH wie der Kl., deren **Alleingesellschafter zugleich** der **Geschäftsführer** ist und die **über Beschäftigte nicht verfügt**, hat es allein der Gesellschafter-Geschäftsführer in der Hand, die aus dem Geschäftsbetrieb erwirtschafteten **Erträge zwischen den Geschäftsführerbezügen und dem ausgewiesenen GmbH-Gewinn aufzuteilen und im Bedarfsfall nach seinem Ermessen zu verschieben**. Deshalb erfüllt eine solche Kapitalgesellschaft ihre Pflicht bzw. Obliegenheit zur hinreichenden Darlegung ihrer existenzgefährdenden finanziellen Belastung im Sinne des Arzneimittelpreisrechts nicht schon mit der **Darstellung eines bilanzierten Verlusts**, wenn es bei einer nach den Umständen vorzunehmenden **angemessenen Reduzierung der Geschäftsführerbezüge** zu einer positiven GmbH-Bilanz gekommen wäre. Ausgehend davon musste die Kl. mit ihrem Begehren scheitern. Im streitigen Zeitraum boten die hohen Geschäftsführerbezüge im Unternehmen der Kl. hinreichend Spielraum, die durch die Herstellerabschläge hervorgerufene finanzielle Belastung in zumutbarer Weise aufzufangen. Die Beklagte verletzte bei ihrer Entscheidung über den Antrag der Kl. auch nicht die gesetzlich und nach der EWGRL 89/105 vorgesehene 90-Tage-Frist, unbeschadet der Frage, ob schon allein daraus ein Reduzierungsanspruch folgen würde. Die von der Kl. in Bezug auf den Rechtsstreit in den Vorinstanzen erhobenen Verfahrensrügen greifen nicht durch.

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 sollen. 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

Anhaltpunkte 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. Pharmazeutische Unternehmer: Maßgebliche Spitzenorganisation auf Bundesebene

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 24.05.2018 - L 9 KR 303/15 KL **RID 18-04-71**

Revision anhängig: B 3 KR 16/18 R
juris
SGB V § 130b

Der Verband der Arzneimittel-Importeure Deutschlands e.V. stellt eine für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildete maßgebliche Spitzenorganisation der pharmazeutischen Unternehmer auf Bundesebene dar.

Das ***LSG*** hob den angefochtenen Schiedsspruch der Bekl. zu 5) auf und verpflichtete diese, festzustellen, dass der Kl. eine für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildete maßgebliche Spitzenorganisation der pharmazeutischen Unternehmer auf Bundesebene i.S.v. § 130b V 1 SGB V ist.

2. Hilfsmittelerbringer: Kein sozialgerichtl. Rechtsweg bei Ausschreibungen gesetzl. Krankenkassen

LSG Thüringen, Beschluss v. 17.08.2018 - L 6 KR 708/18 B ER **RID 18-04-72**

Weitere Beschwerde zum BSG anhängig: B 3 SF 1/18 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 69 III, 127 I 6

Europaweite Ausschreibungen gesetzlicher Krankenkassen als öffentliche Auftraggeber unterliegen der Sonderzuweisung des § 69 III SGB V. Der **Rechtsweg zu den Sozialgerichten** ist nicht eröffnet. Eine Verweisung an die zuständige Vergabekammer nach § 98 SGG i.V.m. § 17a II GVG kann aus rechtlichen Gründen nicht erfolgen (Anschluss an LSG Bayern, Beschl. v. 21.03.2018 - L 5 KR 81/18 B ER - RID 18-02-173).

Die Ast. und Bf. begehrte im erstinstanzlichen Verfahren, die Ag. und Bg. im Wege des Erlasses einer einstweiligen Anordnung zu verpflichten, eine europaweite Ausschreibung über Hilfsmittel zur Stomaversorgung der Produktgruppe 29 des Hilfsmittelverzeichnisses und den ggf. in diesem Zusammenhang erforderlichen Hilfsmitteln zur Inkontinenz der Produktgruppe 15 des HVM nach § 127 I SGB V zu unterlassen. ***SG Gotha***, Beschl. v. 18.12.2017 - S 9 KR 3990/17 ER - erklärte den beschrittenen Rechtsweg für unzulässig und verwies den Rechtsstreit an das OLG Düsseldorf, das ***LSG*** hob den Beschluss insoweit auf, als eine Verweisung des Rechtsstreits an das OLG Düsseldorf erfolgt ist, und wies im Übrigen die Beschwerde zurück.

3. Unternehmen häuslicher Krankenpflege

a) Abschluss einer Vergütungsvereinbarung

LSG Hessen, Beschluss v. 06.09.2018 - L 8 KR 554/18 B ER **RID 18-04-73**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 132a

Ein **Vergütungsanspruch** ergibt sich nicht aus § 5 III des Rahmenvertrages nach § 132a SGB V über die Erbringung häuslicher Krankenpflege in Hessen v. 01.05.2006. Danach übernimmt die

Krankenkasse vom ärztlich festgelegten Leistungsbeginn an die Kosten für die vertragsärztlich verordneten, von ihr genehmigten und vom Pflegedienst erbrachten Leistungen. Hierbei handelt es sich nicht um eine Vergütungsvereinbarung, da § 5 III des Rahmenvertrages keine Regelungen zur Vergütungshöhe und zu den einzelnen Bedingungen für die Vergütung enthält.

Ohne solche **vertraglichen Regelungen** zwischen dem Krankenversicherungsträger und dem Leistungserbringer kommt ein Vergütungsanspruch für Leistungen der häuslichen Krankenpflege nur in besonderen Ausnahmefällen in Betracht. Denkbar sind solche Ausnahmefälle z.B. in Notfällen oder für den Zeitraum zwischen der Kündigung eines Vergütungsvertrages und dem Abschluss neuer Preisvereinbarungen (BSG, Urt. v. 20.04.2016 - B 3 KR 18/15 R - SozR 4-2500 § 132a Nr. 9, juris Rn. 29).

Der **Abschluss einer Vergütungsvereinbarung** ist zwischen den Beteiligten bislang an den unterschiedlichen Auffassungen bzgl. des Nachweises der Qualifikation der vom Pflegedienst eingesetzten Pflegekräfte sowie an der Höhe der Stundensätze gescheitert. Dabei erscheint es nicht willkürlich, wenn seitens der Krankenkasse die Forderung einer Vergütung, welche rund 25 % über den bereits abgeschlossenen Vergütungsvereinbarungen mit vergleichbaren Pflegediensten liegt, nicht akzeptiert wird und sie zudem fordert, dass seitens des Unternehmens der Nachweis über die Qualifikation der eingesetzten Pflegekräfte durch das zur Verfügung stellen entsprechender Dokumente unter namentlicher Bezeichnung der betreffenden Personen geführt wird. Hierbei handelt es sich um Verhandlungspositionen, die sich im Rahmen des der Krankenkasse zustehenden Verhandlungsspielraums bewegen.

SG Fulda, Beschl. v. 12.07.2018 - S 4 KR 109/18 ER - gab der Ag. im Wege der einstweiligen Anordnung auf, für die häusliche Krankenpflege ihrer Versicherten C., D., E., F. und G. im Zeitraum 01.01.2017 bis 30.04.2018 vorläufig eine Vergütung in Höhe von 366.451 € an die Ast. zu zahlen, das ***LSG*** lehnte den Antrag ab.

b) Unterlassungsklage einer ambulanten Pflegeeinrichtung gegen Krankenkassen

LSG Bayern, Urteil v. 27.07.2018 - L 4 KR 428/16 **RID 18-04-74**

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 3 KR 67/18 B
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 197a; BGB §§ 241 II, 823 II, 1004; StGB § 186

Leitsatz: Das **Rechtsschutzbedürfnis** für eine gegen eine Krankenkasse gerichtete Leistungsklage auf **Unterlassung einer Information weiterer Krankenkassen** über das Ergebnis eines staatsanwaltschaftlichen Ermittlungsverfahrens und die Möglichkeit der Aufrechnung fehlt, wenn die Information bereits erfolgt ist und keine Wiederholungsgefahr besteht.

SG München, Urt. v. 06.07.2016 - S 17 KR 985/14 - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

VIII. Angelegenheiten der Krankenkassen

Nach BSG, Urt. v. 11.09.2018 - ***B 1 KR 6/18 R*** - begründet das SGB IX, wenn ein Reha-Träger auf Reha-Antrag hin seine Zuständigkeit gegenüber dem Versicherten prüft und bejaht, dessen nachrangige Zuständigkeit für das Erstattungsverhältnis zwischen den Trägern, wenn er nach den Zuständigkeiten außerhalb von § 14 SGB IX unzuständig, ein anderer Träger aber zuständig gewesen wäre. Dies gilt auch dann, wenn - wie hier - der erstangegangene Träger zunächst zuständig ist, als zuständiger Träger die Leistung bewilligt und vor Erfüllung der Leistungspflicht nach der Zuständigkeit außerhalb von § 14 SGB IX seine Zuständigkeit verliert. Die weiteren Voraussetzungen des Zahlungsanspruchs sind nach dem Inhalt des geschlossenen Teilvergleichs erfüllt. Nach BSG, Urt. v. 11.09.2018 - ***B 1 KR 7/18 R*** - hat eine private Auslandskrankenversicherung keinen Anspruch gegen eine gesetzliche Krankenkasse auf Erstattung von Geldleistungen, die sie Versicherten für Krankenbehandlungen im Ausland gewährt hat. Die **Regelungen über die GKV sind abschließend**. Nur soweit das Gesetz Öffnungen vorsieht, sind Dritte einbeziehbar. Daran fehlt es. Die gesetzliche Regelung der GKV sieht grds. keine Rechtsbeziehung im Leistungsrecht der Versicherten zwischen Krankenkassen und privaten Krankenversicherern vor. Haben Krankenkassen rechtswidrig eine Leistung aus dem System abgelehnt, können Dritte die Funktion des Kreditgebers bei der Selbstbeschaffung der Versicherten übernehmen. Sie können sich jedoch zur Absicherung lediglich die von der Krankenkasse oder dem Gericht bereits festgestellten Kostenerstattungsansprüche übertragen lassen. Dies schließt es auch aus, die für den Ausgleich zwischen privaten Schadensversicherungen geltenden Regelungen des VVG analog anzuwenden oder aus dem Rechtsgedanken des § 421 BGB ein Gesamtschuldverhältnis zwischen Krankenkasse und privatem Auslandskrankenversicherer abzuleiten.

Nach BSG, Urt. v. 20.03.2018 - ***B 1 A 1/17 R*** - SozR 4-2400 § 35a Nr. 5 stellt die Aufsichtsbehörde bei der Prüfung einer Vergütungserhöhung für den Vorstandsvorsitzenden einer Krankenkasse gesetzeskonform auf den Durchschnitt von Krankenkassen vergleichbarer Größe gezahlte Vorstandsvergütungen ab und sieht einen Aufschlag hierauf vor, um dem Einschätzungsspielraum der Krankenkasse Rechnung zu tragen. Zu Unrecht berücksichtigte sie dabei jedoch lediglich die

Grundvergütung und nicht **alle Vergütungsbestandteile**, **wie z.B. Prämien und Altersversorgung**. Die **Grenzlinien** sind zudem im **Arbeitspapier selbst klar zu umschreiben, etwa mit bestimmten Prozentsätzen der Abweichung von der Trendlinie**. Der Prüfung ist außerdem das Verhältnis der Vergütung zum **Aufgabenbereich des Vorstandsmitglieds - nicht der Krankenkasse** - zugrunde zu legen. Der **Arbeitgeberanteil zur gesetzlichen Rentenversicherun**g ist dagegen nicht einzubeziehen, da er im Rechtssinne keine Vergütung des Vorstandsmitgliedes ist.

1. Satzungsregelung: Zusätzliche Leistungen nur bei ungekündigter Mitgliedschaft

LSG Bayern, Urteil v. 20.03.2018 - L 5 KR 394/16 KL **RID 18-04-75**

Revision anhängig: B 1 A 1/18 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 2, 11 VI, 19, 65a, 194 II, 195 I

Leitsatz: Der **Satzung einer Krankenkasse** ist die **Genehmigung** zu versagen, wenn diese Ansprüche auf **zusätzliche Leistungen** gemäß § 11 Abs. 6 SGB V an eine **ungekündigte Mitgliedschaft** bindet.

Die Kl., eine bundesweit auftretende gesetzliche Krankenkasse gem. § 4 SGB V mit ca. 26.500 Versicherten, beantragte bei dem Bekl. die Genehmigung eines Nachtrags zu ihrer Satzung mit mehreren Änderungen, u.a. die Verknüpfung der Kostenerstattung bei Leistungen nach § 11 VI SGB V an eine ungekündigte Mitgliedschaft sowie eine Mehrleistung, namentlich die Unterbringung von Begleitpersonen im Familienzimmer. Der Satzungsnachtrag wurde mit Ausnahme der vorgenannten Änderungen genehmigt. Das ***LSG*** wies die Klage gegen die Teilablehnung der Genehmigung ab.

2. Unzulässigkeit von Wahltarifen/Unterlassungsanspruch

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 14.06.2018 - L 16 KR 251/14 **RID 18-04-76**

Revision anhängig: B 1 KR 34/18 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 13, 53 IV

Einer **gesetzlichen Krankenkasse** ist es nicht erlaubt, ihren Versicherten Versicherungsleistungen in Form von **Kostenerstattungstarifen für Zusatzleistungen** – mit Ausnahme von Vorsorgeleistungen zur Zahn-Gesundheit und häuslichen Krankenpflege – anzubieten. Grundsätzlich ist es ihr als Teil der öffentlichen Hand verwehrt, über das zur Aufrechterhaltung der Gesundheitsfürsorge Gebotene und verfassungsmäßig Zulässige hinaus Leistungen zu erbringen. Mit dem Angebot dieser **Wahltarife** wird teilweise der Rahmen des vom Gesetzgeber vorgesehenen Leistungsumfanges der gesetzlichen Krankenversicherung überschritten und in unzulässiger Weise in den Bereich der privaten beruflichen Betätigung Dritter zu deren Nachteil eingegriffen.

Mit dem GKV-WSG räumte der Gesetzgeber 2007 den Krankenkassen die Befugnis ein, in ihren Satzungen vorzusehen, dass Mitglieder für sich und ihre mitversicherten Angehörigen Tarife für Kostenerstattung wählen. Die bekl. Krankenkasse führte daraufhin neue Tarife zur Kostenerstattung für Leistungen im Ausland, Krankenhauszuzahlung, Ein- oder Zwei-Bett-Zimmer im Krankenhaus sowie bei Zahnersatz und später für Vorsorgeleistungen zur Zahn-Gesundheit, häusliche Krankenpflege, Brillen und kieferorthopädische Behandlungen ein. Die kl. private Krankenversicherung erhob Klage mit dem Ziel, der Bekl. das Angebot dieser Versicherungsleistungen im geschäftlichen Verkehr zu untersagen. ***SG Dortmund***, Urt. v. 26.02.2014 - S 40 KR 234/08 - wies die Klage ab, das ***LSG*** verurteilte die Bekl., es zu unterlassen, im geschäftlichen Verkehr ihren Versicherten Versicherungsleistungen in Form von Kostenerstattungstarifen für Zusatzleistungen anzubieten und/oder anbieten zu lassen und/oder zu bewerben und/oder bewerben zu lassen, wie dies in der Satzung der Bekl. jeweils in der zum 01.01.2018 in Kraft getretenen Fassung vorgesehen ist. Im Übrigen wies es die Berufung zurück.

3. Unlauterer Wettbewerb: Einbeziehung von Arbeitgebern zur Abwerbung/Beitragsvergleiche

LSG Hessen, Beschluss v. 05.06.2018 - L 8 KR 204/18 B ER **RID 18-04-77**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 4 III 2; UWG § 12

Krankenkassen können einem **unlauteren Wettbewerb** auch im Wege einer **Abmahnung** entgegentreten. **Einstweilige Verfügungen** können auch ohne die Darlegung und Glaubhaftmachung der sonst im gerichtlichen Verfahren erforderlichen **Voraussetzungen** erlassen werden.

Die **Einbeziehung von Arbeitgebern zur Abwerbung** ihrer bei anderen Krankenkassen versicherten Arbeitnehmer stellt eine unsachliche Werbemaßnahme dar.
Mit den Wettbewerbsgrundsätzen ist es auch nicht zu vereinbaren, mit **Beitragsvergleichen** zu werben, in denen nicht über die Leistungsunterschiede der verglichenen Krankenkassen aufgeklärt wird.

SG Frankfurt a. M., Beschl. v. 08.03.2018 - S 18 KR 71/18 ER - wies den Antrag ab, das ***LSG*** untersagte der Ag. im Wege der einstweiligen Anordnung unter Androhung eines Ordnungsgeldes, im geschäftlichen Verkehr zu Wettbewerbszwecken in der Bundesrepublik Deutschland a) an Unternehmen in ihrer Funktion als Arbeitgeber heranzutreten und diese aufzufordern, die Krankenkassen-Leistungen der Ag. den Beschäftigten des Unternehmens zu empfehlen sowie b) mit Beitragsvergleichen zu werben, in denen nicht über die Leistungsunterschiede der verglichenen Krankenkassen aufgeklärt wird. Im Übrigen wies es die Beschwerde der Ast. zurück.

4. Vergabeausschreibung von Stomaartikeln: Aufsichtsverfügung

LSG Hamburg, Beschluss v. 25.09.2018 - L 1 KR 34/18 KL ER **RID 18-04-78**

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 127; SGB IV § 89; SGG § 86b I 1 Nr. 2

Die Ag. hat sich auf eine Normverletzung von § 127 I 1 i.V.m. S. 6 SGB V berufen. Sie ist der Meinung, wegen des in dieser Vorschrift normierten Postulats der **Zweckmäßigkeit**, unter der die Entscheidung für eine öffentliche Ausschreibung stehe, sei die Entscheidung der Ast. für eine öffentliche Ausschreibung der fraglichen Hilfsmittel rechtswidrig, da sie aufgrund ihres hohen **Dienstleistungsanteils** nicht zweckmäßig sei. Dies ist unter zwei Aspekten rechtlich zweifelhaft: 1. mit Blick auf die Vorgaben des GWB bezüglich der Ausschreibungsverpflichtung bei Überschreiten des **Schwellenwertes** nach § 106 GWB und 2. dürften selbst bei Zugrundelegung der vom Senat zuvor dargelegten und priorisierten Rechtsauffassung, dass die Verpflichtung zur Ausschreibung nicht alleine nach den Vorgaben des GWB zu erfolgen hat, sondern einer **Zweckmäßigkeitsprüfung im sozialrechtlichen Sinne** nachgelagert ist, die Tatbestandsvoraussetzungen dafür, der Antragstellerin zu verbieten, die fragliche Hilfsmittelversorgung durch eine öffentliche Ausschreibung sicher zu stellen, nicht mit der für eine Aufsichtsmaßnahme erforderlichen Klarheit vorliegen.

Das ***LSG*** ordnete die aufschiebende Wirkung der Klage der Ast. gegen den Bescheid der Ag. bis zur rechtskräftigen Entscheidung im Hauptsacheverfahren zum Aktenzeichen L 1 KR 35/18 KL an.

5. Schadensersatzanspruch gegen Rentenversicherung wegen verspäteter Information

LSG Saarland, Urteil v. 29.08.2018 - L 2 KR 92/15 **RID 18-04-79**

juris

BGB §§ 195, 199, 276, 823 II; SGB IV §§ 38f II, 28p III, 28r III; StGB § 266a

Leitsatz: 1. Informiert eine Rentenversicherung eine Krankenkasse von Ermittlungen und abgeschlossenen Strafverfahren gegen einen ehemaligen Geschäftsführer einer insolventen GmbH erst nach Ende der dreijährigen Verjährungsfrist für Beitragszahlungsansprüche gegen diesen Geschäftsführer und ist daher der zuständigen Krankenkasse eine gerichtliche Geltendmachung dieser Ansprüche nicht mehr möglich, hängt ein **Schadensersatzanspruch der Krankenkasse** gegen die Rentenversicherung nach § 28r Abs. 3 SGB IV wegen Pflichtverletzung davon ab, ob die (zu?) späte Information schuldhaft zurückgehalten wurde.
2. **Schuldhaft** handelten die Bediensteten der Rentenversicherung dann nicht, wenn alle Sozialversicherungsträger bis dato davon ausgegangen waren und davon ausgehen durften, dass es für den Verjährungsbeginn für Ansprüche der Krankenkassen gegen säumige Geschäftsführer im Sinne von § 199 Abs. 1 Nr. 2 BGB auf die Kenntnis der Mitarbeiter der Krankenkassen als Einzugsstellen und nicht auf die der Rentenversicherung als Gläubiger ankommt.
3. Dass im in der sozialrechtlichen Literatur kritisierten **Urteil des BGH vom 12.05.2009**, VI ZR 294/08, in diesen Verhältnissen erstmals als Gläubiger im Sinne von § 199 Abs. 1 Nr. 2 BGB die Mitarbeiter der Rentenversicherung angesehen wurden und daher die Verjährung der Ansprüche gegen Geschäftsführer schon mit deren Kenntnis beginnt, kann allenfalls Einfluss auf die Frage des schuldhaften Verhalten nach Veröffentlichung dieses Urteils haben, nicht aber für Zeiträume zuvor.

SG Saarland, Urt. v. 30.09.2015 - KR 1138/12 - verurteilte die Bek., an die Kl. 33.599,93 € nebst Zinsen zu zahlen und wies im Übrigen die Klage ab, das ***LSG*** wies die Klage insgesamt ab.

6. Fehlende Zustimmung der Aufsichtsbehörde zur Vorstandsvergütungsanpassung

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 05.09.2018 - L 5 KR 4364/17 KL **RID 18-04-80**
Revision anhängig: B 1 A 2/18 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB IV § 35a 1

Leitsatz: Die Entscheidung des Beklagten als **Aufsichtsbehörde** über die Zustimmung zum Abschluss, zur Verlängerung oder zur Änderung eines **Vorstandsdienstvertrags** ist eine **Ermessensentscheidung**, weshalb auch die Genehmigung einer automatischen Bezügeanpassung im Ermessen der Behörde steht. Übt die Beklagte dieses Ermessen ohne zulässigen Grund nicht aus, etwa weil sie jegliche automatische Bezugsanpassung für rechtswidrig erachtet, führt dies zur Aufhebung und Verpflichtung zur Neubescheidung.
Eine **Ermessensreduzierung** auf Null und damit einen zulässigen Grund für die Nichtausübung des Ermessens stellt hingegen eine **automatische Bezugsanpassung** mittels dynamischer Verweisung dar, da diese nicht genehmigungsfähig ist.

Das ***LSG*** hob den Bescheid der Bekl. hinsichtlich der Zustimmung zur Änderungsvereinbarung zu dem Vorstandsdienstvertrag zwischen der Kl. und dem Vorstandsvorsitzenden Dr. H. auf und verpflichtete die Bekl., den Antrag auf Zustimmung gemäß § 35a VIa 1 SGB IV zu der mit Schreiben vom 26.07.2017 zur Zustimmungserteilung vorgelegten Änderungsvereinbarung zu dem Vorstandsdienstvertrag zwischen der Klägerin und dem Vorstandsvorsitzenden Herrn Dr. H. neu zu bescheiden. Im Übrigen wies es die Klage ab.

7. Erstattung

a) Kostentragung einer Adaptionsmaßnahme

SG Hamburg, Urteil v. 24.09.2018 - S 46 KR 890/15 **RID 18-04-81**
www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB IX § 14 IV; SGB V §§ 27, 40

Eine Zuständigkeit für Krankenkassen für die **Kostentragung einer Adaptionsmaßnahme** besteht nur dann, wenn die Voraussetzungen nach den §§ 9 bis 11 SGB VI nicht vorliegen, die Voraussetzungen der §§ 27 und 40 SGB V hingegen erfüllt sind (BSG, Urt. v. 26.06.2007 - B 1 KR 36/06 R - BSGE 98, 277 = SozR 4-2500 § 40 Nr. 4).
Eine **Adaptionsmaßnahme** von 13 Wochen bei Drogenabhängigen stellt keine medizinische Rehabilitation im Sinne des Leistungsrechts der gesetzlichen Krankenversicherung dar, wenn im Vordergrund der Maßnahme die **berufliche und soziale Teilhabe** des Versicherten und nicht eine positive **Einwirkung auf sein Krankheitsbild** steht.

Das ***SG*** wies die Klage des Rentenversicherungsträgers gegen die Krankenkasse ab.

Parallelverfahren:
SG Hamburg, Urteil v. 24.09.2018 - S 46 KR 889/15 **RID 18-04-82**
www.sozialgerichtsbarkeit.de

b) Bewilligung medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen und Rentenantragstellung

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 29.06.2018 - L 1 KR 308/16 **RID 18-04-83**
Revision anhängig: B 1 KR 29/18 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 40; SGB VI §§ 9 I, 12 I Nr. 2 u. 4a; SGB X §§ 103 I, 104 I

Ein **Rentenversicherungsträger** hat gegen einen **Krankenversicherungsträger** für die Gewährung **medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen** bis zur Stellung eines Rentenantrags keine Erstattungsansprüche. Nach Rentenantragstellung fällt der Anspruch des Versicherten gegen den Rentenversicherungsträger weg, wenn die Rente (später) bewilligt wird. Mit der Stellung eines Antrages auf eine Altersrente erübrigt sich das Ziel, ein vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben verhindern zu wollen. § 12 I SGB VI stellt eine „Wegfallregelung“ dar, die bewirkt,

dass der Leistungsanspruch gegen den Rentenversicherungsträger entfällt. § 12 SGB VI stellt negative Anspruchsvoraussetzungen zusammen, die Leistungen eines Rentenversicherungsträgers zur Teilhabe ausschließen.
§ 14 SGB IX bewirkt eine nachrangige **Zuständigkeit** im Sinne des § 104 SGB X (vgl. BSG, Urt. v. 26.06.2007 - B 1 KR 34/06 R - BSGE 98, 267 = SozR 4-3250 § 14 Nr. 4, juris-Rn. 10 ff. für einen ähnlichen Fall, in welchem der Rentenversicherungsträger seine Zuständigkeit von Anfang an nur irrtümlich angenommen hat).

SG Berlin, Urt. v. 10.05.2016 - S 143 KR 1768/15 - wies die auf Zahlung von zunächst 10.216,94 € gerichtete Klage ab, das ***LSG*** verurteilte die Bekl., an die Kl. 12.865,59 € zu zahlen und wies im Übrigen die Berufung des kl. Rentenversicherungsträgers zurück.

8. Vollstreckung durch Krankenkasse nach VwVG

LSG Baden-Württemberg, Beschluss v. 31.08.2018 - L 11 KR 2654/18 ER-B **RID 18-04-84**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGG § 86b; SGB X § 66; AO §§ 249, 257

Leitsatz: Vollstreckt eine **Krankenkasse** nach dem VwVG, ist zuständige **Vollstreckungsbehörde** für Geldforderungen das Hauptzollamt. Gegen Vollstreckungsmaßnahmen des Hauptzollamtes sind die **Rechtsbehelfe** von Abgabenordnung und Finanzgerichtsordnung gegeben.

SG Mannheim, Beschl. v. 22.06.2018 - S 15 KR 1266/18 ER - lehnte den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das ***LSG*** wies die Beschwerde zurück.

IX. Sonstiges/Verfahrensrecht

1. Rechtsweg in Vergabeverfahren: Aufsichtsrechtliche Entscheidung/Verweisung

LSG Hessen, Beschluss v. 03.05.2018 - L 8 KR 31/18 B ER **RID 18-04-85**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 69; SGG § 51 III

Ein vom **Vergabeverfahren** abgetrenntes, einer Überprüfung durch die Sozialgerichtsbarkeit zugängliches Verfahren ist auch dann nicht anzunehmen, wenn – wie vorliegend – eine **aufsichtsrechtliche Entscheidung** ergangen ist. Ein Anspruch auf Unterlassung und Versagung der Umsetzung einer Ausschreibung wegen Unzweckmäßigkeit und Rechtswidrigkeit der Ausschreibung ist allein im Rahmen des Wettbewerbsverfahrens vor der Vergabekammer bzw. vor dem Vergabesenat des OLG Düsseldorf zu prüfen.
Eine **Verweisung** ist gem. § 17 Buchst. a II 1 GVG nur an ein Gericht des zulässigen Rechtswegs vorgesehen; die **Vergabekammer** ist jedoch ein Verwaltungsorgan und kein Gericht. Eine Verweisung an den Vergabesenat würde eine Umgehung des vergaberechtlich vorgesehenen Verfahrens beinhalten (vgl. LSG Mecklenburg-Vorpommern, Beschl. v. 28.02.2018 - L 6 KR 4/18 B ER -).

SG Wiesbaden, Beschl. v. 20.12.2017 - S 17 KR 524/17 ER - sah für den Erlass der beantragten einstweiligen Anordnung den Rechtsweg zu den Sozialgerichten als nicht eröffnet an und lehnte eine Verweisung des Rechtsstreits an die Vergabekammer des Bundes bzw. an das OLG Düsseldorf Vergabesenat ab. Das ***LSG*** wies die Beschwerde zurück.

2. Zuständigkeit der Zivilgerichte: Schadensersatzanspruch bei Wahl von Kostenerstattung

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 26.09.2018 - L 11 KA 15/18 B **RID 18-04-86**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 13 II; SGG § 51 I Nr. 2 II

Bei der **Wahl von Kostenerstattung** nach § 13 II 1 SGB V gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung erfolgt eine **zahnärztliche Behandlung** durch Abschluss eines **privatrechtlichen Vertrages** mit dem Leistungserbringer. Mögliche Anspruchsgrundlagen der streitbefangenen Ansprüche sind zivilrechtlicher Natur - resultieren insb. aus den §§ 630a ff. BGB - und von Zivilgerichten zu beur-

teilen. Es liegt keine Angelegenheit der gesetzlichen Krankenversicherung vor. Zuständig für zivilrechtliche Schadensersatzansprüche gegenüber einem Zahnarzt sind die Zivilgerichte.
Allein der Umstand, dass die Kl. **gesetzlich krankenversichert** ist und es sich beim Bekl. um einen **Vertragsarzt** handelt, macht den Rechtsstreit ohne ausdrückliche Rechtswegzuweisung zu den Sozialgerichten nicht kraft Sachzusammenhangs zu einer Angelegenheit der Krankenversicherung i.S.v. § 51 I Nr. 2 oder II SGG (vgl. LSG Thüringen, Beschl. v. 04.12.2017 - L 1 SV 1411/17 B -).

SG Dortmund, Beschl. v. 17.01.2018 - S 11 SV 101/17 - erklärte sich für unzuständig und verwies den Rechtsstreit an das AG Kamen. Das ***LSG*** wies die Beschwerde der Kl. zurück.

3. Keine Abänderung eines LSG-Beschlusses

LSG Baden-Württemberg, Beschluss v. 11.07.2018 - L 4 KR 4901/17 ER **RID 18-04-87**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGG § 86

Leitsatz: Ein Antrag auf Abänderung des den Erlass einer einstweiligen Anordnung ablehnenden Beschlusses ist nicht zulässig.

LSG Baden-Württemberg, Beschl. v. 27.09.2016 - L 5 KR 3441/16 ER-B - wies die Beschwerde gegen einen eine einstweilige Anordnung auf Erteilung sog. Einzelfallbestätigungen ablehnenden Beschluss zurück. Das ***LSG*** lehnte eine Abänderung dieses Beschl. ab.

X. Bundessozialgericht (BSG)

1. Zurücknahme einer fingierten Genehmigung

BSG, Urteil v. 07.11.2017 - B 1 KR 24/17 R **RID 18-04-88**
BSGE = SozR 4-2500 § 13 Nr. 39 = KHE 2017/75 = GesR 2018, 237 = KrV 2018, 32

Leitsatz: 1. Ansprüche auf Leistungen, die Versicherte aufgrund **fingierter Genehmigung** erlangen, gehören zum **Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung**.
2. Erhalten Versicherte Leistungen aufgrund fingierter Genehmigung, gelten dieselben **Sorgfalts-, Informations- und Schadensersatzpflichten**, die ärztliche Behandler bei der Leistungserbringung auch sonst zu beachten haben.
3. Ficht ein Versicherter die Entscheidung seiner Krankenkasse an, eine Leistung trotz fingierter Genehmigung abzulehnen, und nimmt die Krankenkasse während des **Berufungsverfahrens** die fingierte Genehmigung zurück, gilt die **Rücknahme** als vor dem LSG angefochten.

Parallelverfahren:
BSG, Urteil v. 07.11.2017 - B 1 KR 15/17 R **RID 18-04-89**
juris = KHE 2017/77

2. Mehrkosten durch die Entsorgung von Inkontinenzmaterialien

BSG, Urteil v. 15.03.2018 - B 3 KR 4/17 R **RID 18-04-90**
SozR 4-2500 § 33 Nr. 52

Leitsatz: Versicherte, die von ihrer Krankenkasse mit **Inkontinenzmaterial** versorgt werden, können nicht auch die Freistellung von den **Kosten** für dessen **Entsorgung** beanspruchen.

3. Beziehungen zu Krankenhäusern: Fallpauschalen/Maschinelle Beatmung

BSG, Urteil v. 19.12.2017 - B 1 KR 18/17 R **RID 18-04-91**
SozR 4-5562 § 9 Nr. 8 = ZMGR 2018, 123 = KRS 2018, 176 = KHE 2017/97

Leitsatz: Ein Krankenhaus darf für die Vergütung der **Zeit maschineller Beatmung** Versicherter Zeiten **beatmungsfreier Spontanatmung** nur in Phasen gezielter methodischer Entwöhnung nach Gewöhnung an maschinelle Beatmung einbeziehen.

C. ENTSCHEIDUNGEN ANDERER GERICHTE

I. Ärztliches Berufsrecht

1. Widerruf/Ruhen/Wiedererteilung der Approbation/Berufserlaubnis

a) Ruhen der Approbation

aa) Kein Ruhen bei Strafverfahren wegen betrügerischer Abrechnungsmethoden

OVG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 03.08.2018 - 13 B 826/18 **RID 18-04-92**
juris
BÄO § 6 I Nr. 1; VwGO § 80b; GG Art. 12 I

Bei der nach § 80 V VwGO vorzunehmenden Interessenabwägung ist zu berücksichtigen, dass die auf § 6 I Nr. 1 BÄO gestützte Anordnung des **Ruhens der Approbation** eine **Präventivmaßnahme** nach Art eines **vorläufigen Berufsverbots** darstellt, durch die schwerwiegend in das Grundrecht aus Art. 12 I GG eingegriffen wird.
Das Ruhen der Approbation kann bereits dann angeordnet werden, wenn gegen den Arzt wegen des Verdachts einer Straftat, aus der sich seine Unwürdigkeit oder Unzuverlässigkeit zur Ausübung des ärztlichen Berufs ergeben kann, ein **Strafverfahren eingeleitet** ist; eine strafrechtliche Verurteilung jedoch noch nicht vorliegt. Die Ruhensanordnung muss sich deshalb insb. auch unter Berücksichtigung der **Schwere der Straftaten**, die Gegenstand der Anschuldigung sind, der **Verurteilungswahrscheinlichkeit** und des zu **erwartenden Strafmaßes** als verhältnismäßig erweisen. **Betrügerische Abrechnungsmethoden**, deren Fortsetzung nicht zu befürchten ist, macht den Vollzug der Ruhensanordnung als Präventivmaßnahme nicht erforderlich.

bb) Fehlende Sprachkenntnisse/Einstweiliges Anordnungsverfahren

OVG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 08.10.2018 - 13 B 1234/18 **RID 18-04-93**
juris
ZHG § 5 I Nr. 4

Der Gesetzgeber geht davon aus, dass **Sprachkenntnisse** zur Abwehr von Gesundheitsgefahren erforderlich sind, um insb. eine sorgfältige Anamnese zu erheben, Patienten über die festgestellte Erkrankung zu informieren und die verschiedenen Aspekte des Verlaufs und der Behandlung darzustellen. Als Erteilungsvoraussetzung für die Approbation als Zahnarzt setzt § 2 I 1 Nr. 5 ZHG deshalb voraus, dass der(Zahn-)Arzt über die für die Ausübung der Berufstätigkeit erforderlichen Kenntnisse der deutschen Sprache verfügt. Gleichwohl hat der Gesetzgeber aber in den Fällen, in denen der (Zahn-)Arzt bereits **im Besitz einer Approbation** ist und deshalb regelmäßig davon ausgegangen werden kann, dass er sich in seinem Beruf bereits bewährt hat, bei Fehlen der erforderlichen Sprachkenntnisse nicht zwingend den Erlass einer Ruhensanordnung vorgesehen. Vielmehr hat er den zuständigen Behörden insoweit ein **Ermessen** eingeräumt. Dies, wie auch der Umstand, dass fehlende Sprachkenntnisse keinen Grund für einen Widerruf oder eine Rücknahme der Approbation darstellen (vgl. § 4 ZHG), belegen, dass der Gesetzgeber nicht stets und zwingend von einer nicht hinnehmbaren, weil abstrakt ohnehin niemals auszuschließenden Gesundheitsgefährdung infolge mangelhafter oder fehlender Sprachkenntnisse ausgeht.
Da die Anordnung des Ruhens der Approbation zur Folge hat, dass der Zahnarzt seinen zahnärztlichen Beruf nicht mehr ausüben darf (§ 5 III ZHG), bedarf es wegen des mit der Ruhensanordnung verbundenen erheblichen Eingriffs in Art. 12 I GG einer **besonderen Rechtfertigung**.
Ist offen, ob die Sprachkenntnisse in einem solchen Ausmaß mangelhaft sind, dass konkrete **Gefahren für die Patienten** zu befürchten sind, ist eine hiervon unabhängig vorzunehmende Abwägung der Interessen vorzunehmen (hier: zu Gunsten des Ast.).

b) Widerruf: Maßnahme zur Abwehr der Gefahren vor Überschreitung der Strafbarkeitsgrenze

OVG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 03.08.2018 - 13 A 1535/17 **RID 18-04-94**
juris
BÄO § 6 I; GG Art. 12 I

Ein **Widerruf der Approbation** als Arzt wegen **Unwürdigkeit** zur Ausübung des ärztlichen Berufs setzt nicht voraus, dass ein schwerwiegendes berufswidriges Verhalten die **Grenze der Strafbarkeit** überschreitet. Der Widerruf der Approbation ist eine **Maßnahme zur Abwehr der Gefahren**, die von der Tätigkeit eines unzuverlässigen oder zur Berufsausübung unwürdigen Arztes ausgehen. Er stellt deshalb keine (weitere) Bestrafung dar und setzt dementsprechend auch kein strafbares Verhalten voraus.

Vorausgehend: VG Köln, Beschl. v. 15.02.2016 - 7 L 100/16 - RID 16-02-192 lehnte den Eilantrag bzgl. des Ruhens ab, OVG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 03.05.2016 - 13 B 275/16 - RID 16-02-193 stellte die aufschiebende Wirkung der Klage wieder her; VG Köln, Urt. v. 31.05.2016 - 7 K 257/16 - RID 16-03-203 wies die Klage bzgl. des Ruhens der Approbation ab, das OVG Nordrhein-Westfalen verurteilte den Kl. zur Tragung der Kostenlast in beiden Instanzen; ***VG Köln***, Urt. v. 30.05.2017 - 7 K 1352/17 - RID 17-03-241 wies die Klage gegen den Widerruf der Approbation ab. Das ***OVG*** lehnte den Antrag des Kl. auf Zulassung der Berufung ab.

c) Berufserlaubnis: Gleichwertigkeit des Ausbildungsstands in der Ukraine

VGH Bayern, Beschluss v. 18.09.2018 - 21 CE 18.1100 **RID 18-04-95**
juris
BÄO § 10 III; VwGO §§ 123, 146

Gem. § 27 I 4 Nr. 19 ÄApprO sind - vor dem zweiten Abschnitt der ärztlichen Prüfung - **Leistungsnachweise** in dem Fach psychosomatische Medizin und Psychotherapie und gem. § 27 I 5 Nr. 7, 13 und 14 ÄApprO in den Querschnittsbereichen „Medizin des Alterns und des alten Menschen“ (Geriatrie), „Palliativmedizin“ und „Schmerzmedizin“ zu erbringen. Das spricht entschieden dafür, dass es sich insoweit um **wesentliche Studieninhalte** handelt.

2. Gleichwertigkeit des ausländischen medizinischen Ausbildungsstandes (Serbien)

VG Gelsenkirchen, Urteil v. 07.02.2018 - 7 K 6774/16 **RID 18-04-96**
juris
BÄO § 3 II, III

Leitsatz: Eine wesentliche Abweichung einer **im Ausland erworbenen ärztlichen Ausbildung** von der deutschen Ausbildung kann zumindest dann angenommen werden, wenn anhand der vorgelegten Unterlagen nicht nachvollzogen werden kann, dass in dem in Rede stehenden Fach für die praktische berufliche Tätigkeit in diesem Fachbereich wesentliche Krankheitsbilder Gegenstand der Ausbildung waren.

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

OVG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 21.09.2018 - 13 A 300/17 **RID 18-04-97**
juris
RöV § 18a IV

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen ***VG Köln***, Urt. v. 13.12.2016 - 7 K 5410/14 - RID 17-01-181 wird zurückgewiesen.

Nach § 18a IV RöV können **Kurse** für die Erlangung und Aktualisierung der Fachkunde bzw. Kenntnisse im Strahlenschutz nach § 18a I 1, II und III 2 RöV von der für die Kursstätte zuständigen Stelle nur **anerkannt** werden, wenn die Kursinhalte geeignet sind, das für den jeweiligen Anwendungsbereich erforderliche Wissen im Strahlenschutz zu vermitteln, und die Qualifikation des Lehrpersonals und die Ausstattung der Kursstätte eine ordnungsgemäße Wissensvermittlung gewährleisten. Die Regelung räumt der Behörde kein **Ermessen** ein. Für eine gegenteilige Annahme

gibt die Verwendung des Wortes „kann“ nichts her, weil mit dieser Formulierung vorliegend nur die Einräumung einer Entscheidungskompetenz verbunden ist.
§ 18a IV RöV erfordert das Vorhandensein eines **Kurses**. Hierbei handelt es sich um eine Lehrveranstaltung, in der der zu vermittelnde Stoff (Kursinhalt) den Kursteilnehmern durch hierzu qualifizierte Lehrkräfte planmäßig geordnet vermittelt wird. Die Wissensvermittlung in Kursform ist abzugrenzen von sonstigen Möglichkeiten, sich das für die Erlangung und Auffrischung erforderliche Wissen anzueignen. Wie das Erfordernis der ordnungsgemäßen Ausstattung der Kursstätte zeigt, sind die Kurse als Präsenzkurse auszugestalten bzw. müssen Präsenzanteile enthalten. Hätte der Verordnungsgeber reine online-Kurse zulassen wollen, hätte es des Erfordernisses einer ordnungsgemäß ausgestatteten Kursstätte nicht bedurft.
Die Entscheidung der Bekl., für den streitgegenständlichen Grundkurs zum Erwerb der Fachkunde für Ärzte bei einer Gesamtstundenzahl von nur 18 Zeitstunden einen Präsenzanteil von 50 % zu fordern und den streitgegenständlichen Kurs der Kl. wegen eines **Präsenzanteils von nur 30 %** nicht anzuerkennen, ist nicht zu beanstanden.

4. Widerruf einer strahlenschutzrechtlichen Genehmigung

VGH Bayern, Beschluss v. 17.08.2018 - 22 ZB 18.581 **RID 18-04-98**
juris
StrlSchV §§ 7 I 1, 9 I Nr. 1, 31, 83

Eine rechtsfehlerhaft verkürzte Prüfung und Begründung eines **Widerrufs** einer **strahlenschutzrechtliche Genehmigung zum Umgang mit radioaktiven Stoffen und zu deren Anwendung am Menschen** liegen nicht vor, wenn das Gericht auf den angefochtenen Bescheid Bezug nimmt, in dem nicht nur dargestellt wird, dass der Kl. über Jahre hinweg Grund zu Beanstandungen seiner Arztpraxis gegeben habe, dass die Berechtigung dieser Beanstandungen (soweit sie Gegenstand verwaltungs- oder amtsgerichtlicher Verfahren gewesen sind) sogar rechtskräftig festgestellt worden sei und dass durch die beanstandeten Mängel teilweise auch die Gesundheit von Patienten gefährdet gewesen und - weil keine Besserung in Aussicht sei - auch weiterhin gefährdet sei.

5. Nabelschnurgewebeentnahme

VG Bayreuth, Beschluss v. 11.06.2018 - B 7 K 16.95 **RID 18-04-99**
juris
AMG §§ 13, 20b; TPG § 8d I

Die Kl. hatte bis zur Einstellung der **Nabelschnurgewebeentnahme** in Deutschland einen **Anspruch auf Feststellung**, dass nach dem mit Schreiben vom 07.08.2015 beim Bekl. angezeigten Konzept eine angemessen ausgebildete Person mit der erforderlichen Berufserfahrung (verantwortliche Person i.S.d. § 20b I 3 Nr. 1 AMG) vorhanden ist, die nach § 20b I 3 Nr. 4 AMG i.V.m. § 8d I 1 TPG geforderte Bestellung eines Arztes in der Entnahmeeinrichtung vorliegt, die Vorgaben zur Feststellung der Spendereignung nach § 20b I 3 Nr. 4 AMG i.V.m. § 8d I 2 Nr. 2 TPG i.V.m. § 3 II u. I TPG-GewV und Anlage 2 zum TPG-GewV, die Voraussetzungen für das Anlegen und Führen der Spenderakte gem. § 20b I 3 Nr. 4 AMG i.V.m. § 8d II TPG und § 5 TPG-GewV sowie nach § 41 II 1 AMWHV und die Regelungen zur Freigabe des Gewebes zur weiteren Verarbeitung nach § 20b I 3 Nr. 4 AMG i.V.m. § 8d I 2 Nr. 4 TPG sowie nach § 34 VII 5 AMWHV nicht entgegenstehen.

6. Aufbereitung von Medizinprodukten: Gefahr/Ausbildung zum zahnmedizinischen Fachangestellten

VG Neustadt (Weinstraße), Urteil v. 16.01.2018 - 5 K 376/17.NW **RID 18-04-100**
juris
MPBetreibV §§ 5, 8; MPG §§ 14, 26, 28, 37

Leitsatz: Die nicht bestimmungsgemäße **Aufbereitung von Medizinprodukten** kann ein **gesundheitsbehördliches Einschreiten** rechtfertigen, denn bereits darin liegt eine drohende **Gefahr** für die Patienten, Anwender und Dritte. Auf die Frage, ob sich die Gefahr für die Gesundheit der

Patienten realisiert hat, kommt es nicht an. Angesichts des hohen Stellenwerts des Schutzgutes der persönlichen Unversehrtheit genügt insoweit die Möglichkeit der Gefahrenrealisierung.
Die **Ausbildung zum zahnmedizinischen Fachangestellten** für die Tätigkeit der Aufbereitung von Medizinprodukten in Zahnarztpraxen stellt eine geeignete Ausbildung im Sinne von § 5 Nr. 1 MPBetreibV dar.

7. Strafrecht

a) Tötung auf Verlangen/Straflose Beihilfe zur Selbsttötung

LG Berlin, Urteil v. 08.03.2018 - (502 KLs) 234 Js 339/13 (1/17), 502 KLs 1/17 **RID 18-04-101**
juris = NStZ-RR 2018, 246
StGB §§ 13, 216, 323c

Weder das Verschreiben und Verschaffen des Phenobarbitals noch das Verabreichen von Metoclopramid und Buscopan im komatösen Zustand oder die Telefonate mit den Verwandten und Freunden der Verstorbenen lassen sich als ein **aktives Tun** unter § 216 I StGB fassen.
Dass der Angeklagte der Verstorbenen **eine tödliche Menge** des Medikaments Phenobarbital **verschrieb**, ihr davon in der Apotheke mindestens eine Packung holte und ihr diese **Packung** schließlich **überließ**, ist kein aktives Tun im Sinne des § 216 StGB, sondern lediglich eine nach dem Willen des Gesetzgebers straflose Beihilfe zur Selbsttötung.
Denkbar wäre weiter ein Handeln des Angeklagten durch die Verabreichung der Medikamente Metoclopramid und Buscopan, als die Verstorbene bereits in einem komatösen Zustand war. Hierbei handelt es sich jedoch um eine **neutrale Handlung**, die nicht tatbestandlich i.S.d. § 216 I StGB war, sondern letztlich allenfalls eine straflose Beihilfe zum Suizid darstellt.
Der Angeklagte hat sich auch nicht wegen **Tötung auf Verlangen durch Unterlassen** nach §§ 216 I, 13 I StGB strafbar gemacht. Er hat – dem Wunsch der Verstorbenen entsprechend und diesen respektierend – während des länger als zwei Tage andauernden komatösen Zustands der Verstorbenen zu keiner Zeit **Rettungsbemühungen** unternommen. Hierzu war er auch nicht verpflichtet.
Das Selbstbestimmungsrecht des Einzelnen lässt die **Garantenpflicht eines langjährigen Hausarztes** bei einem **freiverantwortlichen Suizid** entfallen.
Eine einmal getroffene freiverantwortliche Entscheidung zur Selbsttötung ist daher auch bei **Eintritt der Bewusstlosigkeit des Suizidenten** bindend.
Eine Strafbarkeit nach § 323c I StGB scheitert bereits daran, dass bei einer **freiverantwortlichen Selbsttötung** wie im vorliegenden Fall **kein Unglücksfall** im Sinne dieser Vorschrift vorliegt.

b) Werbung für den Abbruch der Schwangerschaft durch Hinweis auf Homepage

AG Gießen, Urteil v. 24.11.2017 - 3 Ns 406 Js 15031/15 **RID 18-04-102**
juris = medstra 2018, 126 = ZfL 2018, 38 = GesR 2018, 309 = NStZ 2018, 416 =NJ 2018, 433
StGB § 219a; GG Art, 1 I, 12 I 2

Der Hinweis einer Ärztin auf ihrer Homepage, dass in ihrer **Praxis Schwangerschaftsabbrüche** vorgenommen werden, erfüllt den Tatbestand des § 219a StGB. Selbst eine **aufklärende Information** erfüllt den Tatbestand des § 219a StGB, wenn das Anbieten mit der Leistung verknüpft ist. Dabei ist es entgegen der amtlichen Überschrift des §§ 219a StGB nicht notwendig, dass diese Informationen einen besonderen **werbenden Charakter** besitzen.
Da das Recht des Arztes auf freie Berufsausübung gem. Art. 12 I 2 GG das in Art. 1 GG verfassungsrechtlich geschützte Recht des ungeborenen Lebens beeinträchtigt, ist insoweit die Einschränkung des Informationsrechts hinzunehmen.

Das ***AG*** befand die angekl. Allgemeinmedizinerin für schuldig der Werbung für den Abbruch der Schwangerschaft und verhängte eine Geldstrafe von 40 Tagessätzen zu je 150 €. ***LG Gießen***, Urt. v. 12.10.2018 - 3 Ns 406 Js 15031/15 - wies die Berufung zurück.

8. Berufspflichten: Verletzung der ärztlichen Aufklärungspflicht/Überdiagnostik (Mapping-Biopsie)

VG Gießen, Urteil v. 25.04.2018 - 21 K 5529/15.GI.B **RID 18-04-103**
juris
BO Hessen §§ 8, 11, 22; HeilBerufsG Hessen § 50

Ein Arzt verletzt seine **berufsrechtlichen Pflichten** dadurch, dass er seinen Patienten über den Eingriff nicht hinreichend **aufklärt** und dem Patienten einen Eingriff empfiehlt, der sich als unverhältnismäßige **Überdiagnostik** - hier: Mapping-Biopsie - darstellt.

9. Heranziehung zum ärztlichen Notdienst

a) Teilnahmeverpflichtung am ärztlichen Notdienst auch nach Entzug der Kassenzulassung

OVG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 05.03.2018 - 13 A 13/17 **RID 18-04-104**
juris
HeilberufsG NRW § 30 Nr. 2, 31

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen ***VG Düsseldorf***, Gerichtsb. v. 21.11.2016 - 7 K 3288/16 - RID 17-01-187 wird zurückgewiesen.
Die **Verpflichtung zur Teilnahme** an dem gemeinsam von der KV Nordrhein und der Ärztekammer Nordrhein organisierten ärztlichen **Notfalldienst** folgt aus § 30 Nr. 2, 31 I HeilBerG NRW u. der Gemeinsamen Notdienstordnung (NDO), denn der Kl. ist als privatärztlich praktizierender Arzt in einer Gemeinschaftspraxis tätig.
Der **Entzug der kassenärztlichen Zulassung** lässt die Verpflichtung zur Teilnahme am ärztlichen Notfalldienst nicht unmittelbar entfallen, wenn der Arzt nicht förmlich vom Notfalldienst ausgeschlossen wurde. Nach der NDO entscheidet der Vorstand der Ärztekammer nach Ermessen. Eine Ermessensreduzierung auf Null liegt hier nicht vor, weil der Arzt seiner Pflicht zur Teilnahme am ärztlichen Notfalldienst auch durch die Bestellung eines Vertreters genügen kann und im Übrigen die Gründe für die Entziehung der Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung - hier Unregelmäßigkeiten bei der Abrechnung - nicht stets zwingend die fachliche und/oder persönliche Gewähr für eine ordnungsgemäße und qualifizierte Durchführung des Notfalldienstes in Frage stellen müssen.

b) Praxis zur OP-Vorbereitung

VG Gelsenkirchen, Beschluss v. 30.08.2018 - 7 L 478/18 **RID 18-04-105**
juris
HeilBerG NRW § 30; VwGO § 80 V

Leitsatz: 1. Ein Arzt ist an der **ambulanten Versorgung der Bevölkerung beteiligt**, wenn er in unmittelbarer Nähe zu einem Krankenhaus Räumlichkeiten unterhält, in denen er Patienten etwa zur Beratung, OP-Vorbereitung, OP-Besprechung, Risikoaufklärung und zu Nachschauen empfängt, und ist daher grundsätzlich zur **Teilnahme am Notfalldienst** verpflichtet.
2. Hinsichtlich der Anwendbarkeit des § 2 Abs. 3 der Gemeinsamen Notfalldienstordnung der Ärztekammer Westfalen-Lippe und der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe - wonach Ärzte zur Teilnahme am Notfalldienst am weiteren Tätigkeitsort grundsätzlich nicht verpflichtet sind - bestehen mangels insoweit gegebener Selbstverwaltungs- und Satzungshoheit Zweifel, wenn der Praxissitz und der weitere Tätigkeitsort oder jedenfalls letzterer außerhalb des **Zuständigkeitsbereichs** der Satzungsgeberinnen liegen.

10. Wettbewerbsrecht/Heilmittelwerberecht

a) Irreführende Werbung für Kur

LG Köln, Urteil v. 12.07.2018 - 81 O 30/18 **RID 18-04-106**
juris = Magazindienst 2018, 671
UWG §§ 3, 5, 8 III Nr. 2, IV

Wirkungsaussagen für eine **Kur** sind **irreführend**, wenn die Methode und die im Rahmen dieser Methode eingesetzten **Behandlungsmittel umstritten** sind und die Werbenden nicht belegt haben, dass diese Methode und die Behandlungsmittel gesicherter **wissenschaftlicher Erkenntnis** entsprechen.

b) Kein Hinweis auf MKG-Chirurgie ohne Facharzt

LG Heidelberg, Urteil v. 12.06.2018 - 11 O 50/17 KfH **RID 18-04-107**
juris
UWG § 5

Die **Erwähnung der Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie** neben der Oralchirurgie in einem Internetauftritt lässt berechtigterweise darauf schließen, die Bekl. verfüge über verschiedene Abteilungen, neben der Oralchirurgie auch der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie mit der Folge, dass vor Ort Fachärzte der Bekl. angehören, die über eine **entsprechende Facharztausbildung** der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie verfügen und daher in der Lage sind, Erkrankungen fachgerecht zu behandeln.

c) Irreführende Werbung: „Zahnärzte für Endodontie"/„Zahnärzte für Implantologie"

LG Flensburg, Urteil v. 29.12.2017 - 6 HKO 51/17 **RID 18-04-108**
juris = Magazindienst 2018, 241
UWG §§ 2 I Nr. 1, 3, 5 I Nr. 3, 8, 12 I 2; GG Art. 12

Die **Werbung** in einem Online-Branchenverzeichnis und im Telefonbuch für eine **Zahnarztpraxis** unter den **Kategorien „Zahnärzte für Endodontie"** und **„Zahnärzte für Implantologie"** stellt eine zur Täuschung geeignete Angabe dar, weil sie geeignet ist, bei einem erheblichen Teil der Patienten, die nach einem Zahnarzt suchen, den falschen Eindruck zu vermitteln, es handele sich um einen **Fachzahnarzt**. Eine Werbung, die die Gefahr einer Verwechslung mit Berufs- oder Zusatzbezeichnungen, die nur bei Vorliegen der satzungsrechtlich vorgesehenen besonderen Anerkennungsvoraussetzungen verliehen werden, in sich birgt, ist irreführend. Die Angabe eines Fachgebietes oder von Schwerpunkten der Berufsausübung dürfen aber nicht zu Verwechslungen mit Facharztbezeichnungen führen.

11. Internet-Bewertungsportal

a) Löschungsanspruch bzgl. einer negativen Bewertung gegen Betreiber

LG Frankfurt a. M., Urteil v. 13.09.2018 - 2-03 O 123/17 **RID 18-04-109**
juris
BGB §§ 823 I, 1004 I 2; GG Art. 1 I, 2 I

Leitsatz: 1. Der **Suchmaschinenbetreiber** ist zur Vermeidung einer Haftung als mittelbarer Störer zwar grundsätzlich nicht verpflichtet, die von den **Nutzern** in das Bewertungsportal gestellten Beiträge vor der Veröffentlichung auf evtl. **Rechtsverletzungen** zu überprüfen. Er ist aber **verantwortlich**, sobald er Kenntnis von einer Rechtsverletzung erlangt.
2. Der **Suchmaschinenbetreiber** wäre im vorliegenden Fall verpflichtet gewesen, nach Erhalt des **Abmahnschreibens der Hautärztin**, spätestens aber nach Zustellung der Klageschrift, den Sachverhalt weiter zu ermitteln und anschließend zu bewerten. Hat er dies wie hier - nicht getan und

sich insbesondere auch nicht um einen Kontakt mit dem jeweiligen Verfasser der Bewertung bemüht, hat er hierdurch seine Prüfpflichten verletzt.
3. Bei den streitgegenständlichen Bewertungen handelt es sich um **unzulässige Meinungsäußerungen**, wenn prozessual zugrunde zu legen ist, dass für sie keine hinreichenden **tatsächlichen Anknüpfungspunkte** - also kein beruflicher Kontakt im weiteren Sinne - bestehen.

b) Unterlassung einer negativen Bewertung auf Ärzteportal

LG Frankenthal, Urteil v. 18.09.2018 - 6 O 39/18 **RID 18-04-110**
juris
BGB §§ 823, 1004; GG Art. 1, 2, 12

Nach **Beanstandung** hat der Plattformbetreiber das **sog. Prüfverfahren** durchzuführen. Er hat den Bewertenden auffordern, den angeblichen Behandlungskontakt möglichst genau zu beschreiben und Indizien zu übermitteln, z.B. Terminkarten, Eintragungen in Bonushefte, Rezepte oder sonstige Indizien. Er hat dem kl. Arzt sodann diejenigen Informationen und Unterlagen, eventuell geschwärzt weiterleiten, zu deren Weiterleitung er ohne Verstoß gegen § 12 I TMG in der Lage ist (BGH, GRUR 2016, 855).
Der Bewertende genügt seiner **sekundären Darlegungslast** nicht, wenn er weder in der angegriffenen Bewertung, noch in seiner Stellungnahme im Prüfverfahren irgendeine Anknüpfungstatsache schildert, er im Gegenteil ausdrücklich darauf verweist, dass er dies nicht tun werde. Die Veröffentlichung der Bewertung ist dann zu unterlassen.

12. Arbeitsrecht

a) EuGH: Ordentliche Kündigung eines Chefarztes nach Ehescheidung und erneuter Heirat

EuGH, Urteil v. 11.09.2018 - C-68/17 **RID 18-04-111**
juris
EGRL 78/2000 Art. 4 II

1. Art. 4 Abs. 2 Unterabs. 2 der Richtlinie 2000/78/EG des Rates vom 27. November 2000 zur Festlegung eines allgemeinen Rahmens für die Verwirklichung der **Gleichbehandlung** in Beschäftigung und Beruf ist dahin auszulegen, dass
– zum einen eine **Kirche** oder eine andere Organisation, deren Ethos auf religiösen Grundsätzen oder Weltanschauungen beruht und die eine **in Form einer privatrechtlichen Kapitalgesellschaft gegründete Klinik** betreibt, nicht beschließen kann, an ihre leitend tätigen Beschäftigten je nach deren Konfession oder Konfessionslosigkeit unterschiedliche Anforderungen an das loyale und aufrichtige Verhalten im Sinne dieses Ethos zu stellen, ohne dass dieser Beschluss gegebenenfalls Gegenstand einer wirksamen **gerichtlichen Kontrolle** sein kann, damit sichergestellt wird, dass die in Art. 4 Abs. 2 der Richtlinie genannten Kriterien erfüllt sind, und
– zum anderen bei Anforderungen an das loyale und aufrichtige Verhalten im Sinne des genannten Ethos eine Ungleichbehandlung zwischen Beschäftigten in leitender Stellung je nach deren Konfession oder Konfessionslosigkeit nur dann mit der Richtlinie im Einklang steht, wenn die Religion oder die Weltanschauung im Hinblick auf die Art der betreffenden beruflichen Tätigkeiten oder die Umstände ihrer Ausübung eine berufliche Anforderung ist, die angesichts des Ethos der in Rede stehenden Kirche oder Organisation wesentlich, rechtmäßig und gerechtfertigt ist und dem **Grundsatz der Verhältnismäßigkeit** entspricht, was das nationale Gericht zu prüfen hat.
2. 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 allgemeinen Grundsätzen des Unionsrechts wie insbesondere dem nunmehr in Art. 21 der Charta der Grundrechte der Europäischen Union niedergelegten **Verbot der Diskriminierung wegen der Religion** oder der Weltanschauung erwachsenden **Rechtsschutz** zu gewährleisten und für die volle Wirksamkeit der sich daraus ergebenden Rechte zu sorgen, indem es erforderlichenfalls jede entgegenstehende nationale Vorschrift unangewendet lässt.

Die Parteien streiten über die Wirksamkeit einer ordentlichen Kündigung. Die Vorinstanzen haben der Klage stattgegeben. Mit ihrer Revision verfolgt die Beklagte ihren Antrag weiter, die Klage abzuweisen. ***BVerfG***, Beschl. v. 22.10.2014 - 2 BvR 661/12 - RID 15-01-174 hob ***BAG***, Urt. v. 08.09.2011 - 2 AZR 543/10 - BAGE 139, 144, RID 12-04-155, mit welcher die Revision der Bekl. zurückgewiesen worden war, auf und verwies die Sache an das BAG zurück. ***BAG***, Beschluss v. 28.07.2016 - 2 AZR 746/14 (A) - BAGE 156, 23, RID 17-01-200 richtete ein Vorabentscheidungsersuchen an den EuGH.

b) Rechtsweg: Freistellung eines ermächtigten Krankenhausarztes wegen KV-Rückforderung

LAG Mecklenburg-Vorpommern, Beschluss v. 09.07.2018 - 3 Ta 20/18 **RID 18-04-112**
juris
ArbGG § 2; SGB V §§ 116, 120

Leitsatz: Von einem **rechtlichen Zusammenhang** i. S. von § 2 Abs. 1 Nr. 4 a ArbGG ist dann auszugehen, wenn der Anspruch auf dem Arbeitsverhältnis beruht oder durch das Arbeitsverhältnis bedingt ist. Ein **unmittelbarer wirtschaftlicher Zusammenhang** i. S. § 2 Abs. 1 Nr. 4 a ArbGG ist dann gegeben, wenn ein Anspruch zwar nicht aus dem Arbeitsverhältnis resultiert, aber doch nur im Hinblick auf das Arbeitsverhältnis bestehen kann. Der Zusammenhang muss derart sein, dass das Rechtsverhältnis, aus dem die Streitigkeit folgt, ohne das Arbeitsverhältnis nicht zustande gekommen wäre.

13. Sozialversicherungspflicht

a) Facharzt für Innere Medizin/Kardiologe in Klinik

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 24.01.2018 - L 2 R 495/17 **RID 18-04-113**
Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 12 R 20/18 R
juris
SGB IV § 7a I 3; SGB III § 25 I 1

Es liegt ein **abhängiges Beschäftigungsverhältnis** vor, wenn ein **Facharzt für Innere Medizin/Kardiologe** in den Betrieb des Krankenhauses integriert, das Krankenhaus eine verlässliche Erledigung der ihm übertragenen Arbeiten, insb. der ihm zugeteilten Patienten erwartet, und er bei der Auswahl der Patienten, die er behandeln bzw. untersuchen soll, nicht frei ist.
Aus dem (allgemeinen) Risiko, außerhalb der Erledigung einzelner Aufträge zeitweise die eigene Arbeitskraft ggfs. nicht verwerten zu können, folgt hingegen kein **Unternehmerrisiko** bzgl. der einzelnen tatsächlich erbrachten Einsätze.

b) Rückerstattung von Beiträgen: Gefälschte Facharztanerkennung

LSG Mecklenburg-Vorpommern, Urteil v. 20.09.2018 - L 6 KR 25/13 **RID 18-04-114**
juris
SGB IV § 26

Leitsatz: Beiträge sind im Sinne von § 26 SGB IV zu Unrecht entrichtet und zu **erstatten**, wenn der „Beschäftigte“ die Unrechtmäßigkeit (hier durch **betrügerische Vortäuschung der Einstellungsvoraussetzungen**) selbst veranlasst hat und der Dienstvertrag sowohl wegen Verstoßes gegen ein gesetzliches Verbot als auch wegen Arglist-Anfechtung nichtig ist. Die Grundsätze des faktischen Arbeits- und Beschäftigungsverhältnisses finden dann keine Anwendung.

14. Justizvergütungs- und Entschädigungsgesetz (JVEG)

a) Anforderungen an einen Befundbericht/Abgrenzung zu Computerausdruck

LSG Thüringen, Beschluss v. 30.07.2018 - L 1 JVEG 1321/16 **RID 18-04-115**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
JVEG § 4

Was ein **Befundbericht** (oder Befundschein nach dem JVEG) ist, ergibt sich mangels gesetzlicher Definition aus der gezielten **Anforderung** (ggf. ausgelegt nach § 133 BGB) sowie dem Gegenstand der Anforderung. Nicht relevant ist, was der behandelnde Arzt aus der Anforderung macht. Üblicherweise handelt es sich bei dem Befundbericht um ein Formblatt mit standardisierten Fragen zu der erhobenen Anamnese, den Befunden, ihre epikritische Bewertung und Stellungnahme zur Therapie anhand der vorliegenden Behandlungsunterlagen. Der behandelnde Arzt soll über Tatsachen berichten, die er aufgrund seiner besonderen Fachkunde als sachverständiger Zeuge (§ 414 ZPO) festgestellt hat (vgl. BSG, Urt. v. 26.11.1991 - 9a RV 25/90 - juris; LSG Thüringen, Beschl. v. 30.11.2005 - L 6 SF 738/05 - juris). Das ist aber nicht durch eine Wiedergabe von gespeicherten Aufzeichnungen möglich, denn neben der Mitteilung von Tatsachen zieht der sachverständige Zeuge auch Schlussfolgerungen (BSG, Urt. v. 26.11.1991, aaO.).
Ein Befundbericht hat sich dezidiert mit den konkret vom Gericht vorgegebenen **Fragestellungen** auseinanderzusetzen. Es reicht nicht aus, dass dem Bericht im Ergebnis auf alle durch das Gericht gestellten Fragen entsprechende Antworten entnommen werden können, wenn dies eine eigene Herausarbeitung durch den Richter erfordert, es dem Richter überlassen bleibt, die jeweiligen Antworten aus dem Gesamtbericht herauszusuchen und den gestellten Fragen zuzuordnen sowie dabei Unwesentliches und Nichterfragtes zu trennen. Dies zu vermeiden, ist gerade Aufgabe eines Befundberichtes mit dem der Ersteller als sachverständiger Zeuge konkret und individuell auf die richterlich gestellten Fragen eingeht.
Für einen **unbearbeiteten Computerausdruck** wird ein Aufwendungsersatz für Kopien und Portoauslagen nach § 7 II JVEG geleistet (LSG Thüringen, Beschl. v. 26.09.2013 - L 6 SF 1107/13 - juris).

b) Anforderung an eine kurze gutachtliche Äußerung

LSG Thüringen, Beschluss v. 24.08.2018 - L 1 JVEG 1494/17 **RID 18-04-116**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
JVEG § 4

Eine höher zu entschädigende kurze **gutachtliche Äußerung** nach Nr. 202 der Anlage 2 zu § 10 I 1 JVEG setzt voraus, dass aus bestimmten Tatsachen konkrete Schlussfolgerungen gezogen, Kenntnisse von Erfahrungssätzen oder mit besonderem Fachwissen Tatsachen festgestellt werden (vgl. LSG Thüringen, Beschl. v. 04.01.2010 - L 6 SF 53/09 - juris).
Der Anspruch auf Vergütung nach dem JVEG hängt nicht davon ab, wie der Arzt seinen **Auftrag** verstanden hat, sondern wie er ihn verstehen durfte. Denn behördliche und gerichtliche Verlautbarungen sind grundsätzlich immer so zu verstehen, wie dies verständige Empfänger unter Würdigung aller ihnen bekannten Umstände aufzufassen pflegen (vgl. LSG Thüringen, Beschl. v. 04.01.2010, aaO.).

c) Voraussetzungen einer außergewöhnlich umfangreichen Leistung

LSG Thüringen, Beschluss v. 24.08.2018 - L 1 JVEG 141/18 **RID 18-04-117**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
JVEG § 4

Der **Umfang der Ausführungen** kann nur als Indiz für das Vorliegen einer **außergewöhnlich umfangreichen Leistung** herangezogen werden (vgl. LSG Thüringen, Beschl. v. 27.02.2008 - L 6 B 134/07 SF - m.w.N.); in der Hauptsache ist auf das Ausmaß der für die Erstellung des Befundscheins erforderlichen und ersichtlichen Arbeit abzustellen (ebenso LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 28.02.2001 - L 10 SB 50/00 - juris; SG Braunschweig, Beschl. v. 07.01.2011 - S 36 R 287/09 - juris).

Eine **außergewöhnlich umfangreiche Leistung** liegt in der Praxis in der Regel nur selten vor. Eine umfangreiche **inhaltliche Würdigung des Befundberichtes** hat nicht zu erfolgen, weil dies dem Ziel einer einfachen Kostenfestsetzung zuwiderliefe. Abzustellen ist darauf, dass in dem ärztlichen Befundbericht über Behandlungen in einem Zeitraum von fast 5 Jahren in allgemeiner Form unter Benennung der gestellten Diagnosen und erhobenen Befunde unter Hinweis auf in Kopie beigefügte Berichte berichtet worden ist. Dies und der Umfang des Befundberichtes von 2 Seiten in Verbindung mit der Tatsache, dass sonstige Gesichtspunkte für einen erhöhten Leistungsaufwand nicht ersichtlich sind, rechtfertigt es nicht, eine außergewöhnlich umfangreiche Leistung anzuerkennen.

d) Außergewöhnlich umfangreiche Leistung/Schreibaufwendungen/Kein Verböserungsverbot

SG Karlsruhe, Beschluss v. 18.10.2018 - S 1 KO 3265/18 **RID 18-04-118**
juris
JVEG §§ 4 I 1, 7 II 1, 19 I 1 Nr. 3

Leitsatz: Die **gerichtliche Festsetzung** der Entschädigung eines **sachverständigen Zeugen** kann auch geringer ausfallen als eine vorherige Festsetzung durch den Kostenbeamten.
Für die Bewertung einer schriftlichen Auskunft als **„außergewöhnlich umfangreich“** sind nur die Ausführungen des sachverständigen Zeugen maßgebend, die sich auf den vom Gericht konkret erfragten Zeitraum beziehen. Dies gilt auch für die Entschädigung von in Kopie vorgelegten Arztunterlagen.
Kein Anspruch auf gesonderte Entschädigung von **Schreibaufwendungen** eines sachverständigen Zeugen für Leistungen nach Nr. 200 - 203 der Anlage 2 zu § 10 Abs. 1 JVEG.

e) Kürzung der Sachverständigenvergütung bei erheblicher Überschreitung des Kostenvorschusses

SG Karlsruhe, Beschluss v. 17.09.2018 - S 1 KO 2459/18 **RID 18-04-119**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
JVEG §§ 4 I 1, 8a I, V

Leitsatz: Eine **erhebliche Überschreitung des Kostenvorschusses** liegt jedenfalls bei einer Überschreitung der beanspruchten Vergütung von 20% oberhalb des Kostenvorschusses vor.
Hat der gerichtliche Sachverständige auf die Überschreitung schuldhaft, d.h. vorsätzlich oder fahrlässig, nicht rechtzeitig **hingewiesen**, ist seine Vergütung auf die Höhe des Kostenvorschusses zu kürzen.

15. Versorgungswerk: BVerwG/Satzung eines Versorgungswerks kein revisibles Recht

BVerwG, Beschluss v. 11.07.2018 - 10 B 22/17 **RID 18-04-120**
juris
Ärzteversorgung Nordrhein

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen ***OVG Nordrhein-Westfalen***, Urt. v. 14.07.2017 - 17 A 681/16 - RID 17-03-292 wird zurückgewiesen.
Der Kl. meint der Sache nach, es müsse geklärt werden, ob eine Aufgabe der ärztlichen Tätigkeit im Sinne des § 10 I der Satzung der Bekl. nur vorliege, wenn ein bestehendes Arbeitsverhältnis beendet sei, oder ob es ausreiche, dass das Arbeitsverhältnis durch dauernde Arbeitsunfähigkeit ausgehöhlt sei. Dieser Vortrag führt schon deswegen nicht auf eine Frage rechtsgrundsätzlicher Bedeutung, weil die **Satzung** der Bekl. **nicht zum revisiblen Recht** gehört.

II. Arzthaftung

1. BGH: Sicherstellung der Kenntnisnahme von Arztbriefen

BGH, Urteil v. 26.06.2018 - VI ZR 285/17 **RID 18-04-121**
juris
BGB § 823

Leitsatz: 1. Der Arzt hat sicherzustellen, dass der Patient von **Arztbriefen mit bedrohlichen Befunden** - und gegebenenfalls von der angeratenen Behandlung - Kenntnis erhält, auch wenn diese nach einem etwaigen **Ende des Behandlungsvertrags** bei ihm eingehen. Der Arzt, der als einziger eine solche Information bekommt, muss den Informationsfluss aufrechterhalten, wenn sich aus der Information selbst nicht eindeutig ergibt, dass der Patient oder der diesen weiterbehandelnde Arzt sie ebenfalls erhalten hat.
2. Zur Bewertung eines **Behandlungsfehlers** als grob.

2. Behandlungsfehler

a) Unterlassen der Weiterleitung eines Arztbriefes durch Hausarzt

OLG Düsseldorf, Urteil v. 22.06.2018 - 8 U 78/15 **RID 18-04-122**
juris
BGB § 823

Auch wenn man trotz des Umstandes, dass die bekl. Hausärztin zwischen dem letzten Termin im August 2008 bis zum 17.05.2010 in keinem Behandlungsverhältnis mit dem Kl. stand, zu Gunsten des Klägers davon ausgeht, dass das Unterlassen der Weiterleitung des Arztbriefes des Klinikums E. vom 09.01.2009 oder einer entsprechenden Information an den Kläger einen **Sicherungsaufklärungsfehler** darstellt, ist die Klage unbegründet, weil der Kl. den ihm **obliegenden Beweis** nicht hat führen können, dass dieser **Fehler ursächlich** für den weiteren Verlauf seiner Erkrankung war.

b) Erforderliche Verlegung in Klinikum: Keine Fehlerzurechnung für ambulanten Operateur

OLG Dresden, Beschluss v. 31.08.2018 - 4 U 953/18 **RID 18-04-123**
juris
BGB §§ 630a ff.

Leitsatz: Wird infolge eines nicht behandlungsfehlerhaften Operationszwischenfalls bei einer **ambulanten Operation** die **Verlegung in ein Klinikum der Maximalversorgung** erforderlich, können dort entstehende Behandlungsverzögerungen dem Erstbehandler nicht haftungsbegründend zugerechnet werden.

c) Fehlender Nachweis einer chiropraktischen Manipulation/Ärztliche Dokumentation

OLG Köln, Urteil v. 11.07.2018 - 5 U 142/17 **RID 18-04-124**
juris
BGB § 823

Es lässt sich nicht feststellen, dass der Bekl. zu 1) eine **chiropraktische Manipulation** durchgeführt hat, die nach der Beurteilung aller mit dem Fall befassten Sachverständigen während einer Schwangerschaft dem fachärztlichen Standard widersprochen hätte.
Einer zeitnah angelegten, äußerlich unauffälligen **ärztlichen Dokumentation** darf Vertrauen geschenkt werden.

d) Erkennen eines akrolentiginösen Melanoms

OLG Köln, Urteil v. 13.06.2018 - 5 U 58/17 **RID 18-04-125**
juris
BGB § 823

Ein **Diagnosefehler** liegt - in Abgrenzung zum bloßen Diagnoseirrtum - vor, wenn die objektiv fehlerhafte Diagnose unter Berücksichtigung der zu erhebenden Befunde aus Sicht eines gewissenhaften Arztes nicht mehr vertretbar ist.
Bei einem **akrolentiginösen Melanom** handelt es sich um ein äußerst seltenes Krankheitsbild, das nur schwer zu diagnostizieren ist.

e) Hüfttotalendoprothese/Schmerzensgeld

OLG Köln, Urteil v. 23.05.2018 - 5 U 148/16 **RID 18-04-126**
juris
BGB § 823

Es steht fest, dass der Bekl. zu 2) bei der Operation vom 15.06.2010 den Schaft und das Halsteil der eingesetzten **Prothese** vom Typ Hyperion fehlerhaft miteinander verspannt hat, was sich die Bekl. zu 1) zurechnen lassen muss.
Zum Ausgleich der immateriellen Beeinträchtigungen, die sich aus den fehlerbedingten Schmerzen und der eingeschränkten Beweglichkeit des linken Hüftgelenks sowie der eingeschränkten Gehfähigkeit ergeben, ist ein **Schmerzensgeld** von 50.000 € erforderlich.

f) Arthroskopischer Knieeingriff: Verbleib der Trokarspitze/Verschulden und Schmerzensgeld

OLG Oldenburg, Urteil v. 24.10.2018 - 5 U 102/18 **RID 18-04-127**
juris
BGB §§ 253, 823

Leitsatz: 1. Hat der Operateur den Verdacht, dass die **Trokarspitze im Kniegelenk** des Operierten verblieben ist, muss er diesem Verdacht umgehend nachgehen. Verzichtet er darauf, begeht er einen groben Behandlungsfehler.
2. Jedenfalls im Falle bedingten Vorsatzes oder gröbster Fahrlässigkeit ist das **Verschulden** des Schädigers auch bei ärztlichen Behandlungsfehlern mit Blick auf die erforderliche Genugtuung des Patienten **schmerzensgelderhöhend** zu berücksichtigen.

g) Zu hoch angesetzte Spinalanästhesie/Schmerzensgeld

OLG Köln, Urteil v. 23.05.2018 - 5 U 63/15 **RID 18-04-128**
juris
BGB § 823

Es steht fest, dass der Bekl. zu 2) unter Verstoß gegen fachärztlichen Standard, also behandlungsfehlerhaft, die Kl. durch eine **zu hoch angesetzte Spinalanästhesie** geschädigt hat. Die Schädigungen, nämlich insb. die Gefühllosigkeit der Harnblase, deren Kontraktionsschwäche und die Mastdarmschwäche durch weitgehend aufgehobenen Analsphinktertonus, beruhen auf der Spinalanästhesie vom 08.07.2005.
Die gesundheitlichen Schäden und die daraus resultierenden Beschwerden und Leiden rechtfertigen ein **Schmerzensgeld** von 40.000 €.

h) Operationsindikation bei hochgradiger cervikaler Spinalkanalstenose mit Myelopathie

OLG Köln, Urteil v. 22.08.2018 - 5 U 61/16 **RID 18-04-129**
juris
BGB § 823

Die **Operation** mit mikrochirurgischer Dekompression, Entfernung des Wirbelkörpers HWK 6, Cage-Implantation und Einbringen einer ventralen Platte ist indiziert bei einer **cervikalen Spinalkanalstenose mit Myelopathie**, bei der es aufgrund degenerativer Veränderungen der Wirbelsäule zu einer Einengung des Spinalkanals und zur Schädigung des Rückenmarks infolge Druckbelastung gekommen ist, und konservative Behandlungsmöglichkeiten nicht bestehen.

i) Lokalisation eines Nebenschilddrüsenadenoms

OLG Köln, Beschluss v. 06.06.2018 - 5 U 95/17 **RID 18-04-130**
juris
BGB § 823

Für die **Lokalisation einer Nebenschilddrüse** ist vor allem die Bestimmung der Seite wichtig. Das Verfahren der 99mTc MIBI Szintigraphie mit anschließender SPECT weist die höchste Spezifität mit einer Sicherheit bis zu 99 % auf. Entscheidend ist, dass der Chirurg dann die betroffene Seite entlang bekannter Strukturen absucht, wobei die Ergebnisse einer Sonographie vernachlässigbar sind. Den Bildern der Szintigraphie kommt nur Bedeutung für die Bestimmung der richtigen Seite zu. Es entspricht dem Standard, das Adenom nicht anhand der SPECT-Bilder aufzusuchen, sondern intraoperativ „anhand bekannter Strukturen“.

j) EuGH-Vorlage: Einstandspflicht des Haftpflichtversicherers mangelhafter PIP-Brustimplantate

OLG Frankfurt a. M., Beschluss v. 11.09.2018 - 8 U 27/17 **RID 18-04-131**
juris
AEUV Art. 18 I; BGBEG Art. 46c

Dem EuGH werden nach Art. 267 II AEUV folgende Fragen zur Auslegung von Art. 18 I AEUV vorgelegt:
1. Sind **Adressaten des Diskriminierungsverbotes** des Art. 18 Abs. 1 AEUV nicht nur die EU-Mitgliedstaaten und die Unionsorgane, sondern auch Private (unmittelbare Drittwirkung des Art. 18 Abs. 1 AEUV)?
2. Sollte Frage 1 zu verneinen und Art. 18 Abs. 1 AEUV im Verhältnis zwischen Privaten unanwendbar sein: Ist Art. 18 Abs. 1 AEUV dahin auszulegen, dass diese Bestimmung einer **Beschränkung des Deckungsschutzes** auf Schadensfälle, die im metropolitanen Frankreich und in den französischen Überseegebieten eintreten, deswegen entgegensteht, weil die zuständige französische Behörde, das Bureau central de tarification, die entsprechende Klausel nicht beanstandet hat, obwohl diese Klausel deswegen gegen Art. 18 Abs. 1 AEUV verstößt, weil sie eine mittelbare Diskriminierung aufgrund der Staatsangehörigkeit beinhaltet?
3. Sollte Frage 1 zu bejahen sein: Unter welchen Voraussetzungen kann in Drittwirkungsfällen eine **mittelbare Diskriminierung gerechtfertigt** werden? Insbesondere: Kann eine territoriale Begrenzung des Versicherungsschutzes auf Schadensfälle, die innerhalb eines bestimmten EU-Mitgliedstaates auftreten, dann mit dem Argument der Begrenzung der Einstandspflicht des Versicherungsunternehmens und der Prämienhöhe gerechtfertigt werden, wenn zugleich die einschlägigen Versicherungsverträge vorsehen, dass im Falle von Serienschäden die Deckung pro Schadensfall und die Deckung pro Versicherungsjahr summenmäßig begrenzt sind?
4. Für den Fall, dass Frage 1 zu bejahen ist: Ist Art. 18 Abs. 1 AEUV dahin auszulegen, dass dem Versicherer dann, wenn dieser unter Verstoß gegen Art. 18 Abs. 1 AEUV nur bei Schadensfällen, die im metropolitanen Frankreich und in den französischen Überseegebieten eingetreten sind, in die Regulierung eingetreten ist, der Einwand, eine Zahlung könne nicht erfolgen, weil die

Deckungshöchstsumme nunmehr bereits erreicht sei, verwehrt ist, wenn der Schadensfall außerhalb dieser Gebiete eingetreten ist?

k) Implantatbasierte Brustvergrößerung

OLG Köln, Beschluss v. 19.02.2018 - 5 U 124/17 **RID 18-04-132**
juris
BGB § 823

Zum Zeitpunkt der Operation im April 2010 gab es noch keine spezifischen Vorgaben bzgl. der **Gabe einer prophylaktischen Antibiose** bei **implantatbasierten Brustvergrößerungen**. Erst die letzte Leitlinie zur Antibiotikaprophylaxe der AWMF aus 2012 beschreibt eine Antibiose bei sauberen Eingriffen unter Verwendung von alloplastischen Materialien, zu denen auch Brustimplantate gehören, als indiziert. Die Leitlinie galt im Operationszeitpunkt noch nicht, und im Übrigen wird der Nutzen einer perioperativen Antibiose in der medizinischen Literatur bis heute kontrovers diskutiert.

l) Hochrisikopatient Dekubitus: Maßnahmen zur Prophylaxe

OLG Brandenburg, Urteil v. 28.06.2018 - 12 U 37/17 **RID 18-04-133**
juris
BGB § 823

Bei einem **Hochrisikopatienten** im Hinblick auf die **Entstehung von Dekubiti** muss zeitnah eine Risikoeinschätzung einschließlich einer Kontrolle des Hautzustandes erfolgen. Sind eine medizinisch gebotene Maßnahme und ihr Ergebnis nicht in der **Patientenakte aufgezeichnet**, wird vermutet, dass diese Maßnahme nicht getroffen wurde. Es müssen schon vor einer Operation und erst recht unmittelbar danach **Maßnahmen zur Prophylaxe** ergriffen werden.

m) Hygienemangel in Krankhaus: Behauptungslast

OLG Dresden, Beschluss v. 02.05.2018 - 4 U 510/18 **RID 18-04-134**
juris
BGB § 630f

Leitsatz: 1. Für die Behauptung eines **Hygienemangels** in einem Krankhaus reicht es nicht aus vorzutragen, dass der Patient ohne Infektion eine Behandlung angetreten hat und nach der Behandlung infiziert war.
2. Eine sekundäre **Darlegungslast der Arztseite** besteht in einem solchen Fall nicht.
3. Aus der **unterbliebenen Dokumentation** eines Umstandes, dessen Aufzeichnung medizinisch nicht geboten war, dürfen keine beweisrechtlichen Folgerungen gezogen werden.

n) Verjährungsfrist: Kenntniserlangung von den anspruchsbegründenden Umständen

OLG Oldenburg, Urteil v. 20.12.2017 - 5 U 139/17 **RID 18-04-135**
juris = MedR 2018, 693
BGB §§ 195, 199 I Nr. 2, 844

Leitsatz (MedR): 1. Die nach §199 Abs. 1 Nr. 2 BGB erforderliche **Kenntnis** von den anspruchsbegründenden Umständen ist nicht schon dann zu bejahen, wenn dem Patienten bzw. dem Anspruchsberechtigten der negative Ausgang der ärztlichen Behandlung bekannt ist. Der Patient bzw. der Anspruchsberechtigte muss vielmehr auch auf einen ärztlichen **Behandlungsfehler** als Ursache dieses Misserfolgs schließen können, wozu er nicht nur die Einzelheiten des ärztlichen Tuns/Unterlassens bzw. die wesentlichen Umstände des Behandlungsverlaufs kennen, sondern auch Kenntnis von solchen Tatsachen erlangen muss, aus denen sich für ihn als medizinischen Laien ergibt, dass der behandelnde Arzt von dem üblichen medizinischen Vorgehen abgewichen ist oder Maßnahmen nicht getroffen hat, die nach dem ärztlichen Standard zur Vermeidung oder Beherrschung von Komplikationen erforderlich waren.

2. Zur Kenntnis der den Anspruch begründenden Tatsachen gehört insofern das **Wissen**, dass sich in dem Misslingen der ärztlichen Tätigkeit das **Behandlungs- und nicht das Krankheitsrisiko** verwirklicht hat.

3. Bemessung des Schmerzensgelds nach Darmresektion

LG Köln, Urteil v. 10.01.2017 - 3 O 272/10 **RID 18-04-136**
juris
BGB § 823

Bei der Bemessung des **Schmerzensgelds** in Höhe von 75.000 € hat die Kammer insb. berücksichtigt, dass die Kl., die ein selbstständiges und eigenständiges Leben vor der **Darmresektion** führen konnte, nunmehr für die Dauer ihres restlichen Lebens eine **erhebliche Einschränkung** in ihrer Lebensqualität hinzunehmen hat, die sie sozial ausgrenzt. Insb. durch die häufigen Durchfälle ist die Kl. in ihrer Mobilität und Alltagsplanung stark eingeschränkt. Die Kl. ist darüber hinaus körperlichen Belastungen wie Heben nur begrenzt gewachsen. Hinsichtlich der Art und Dauer der erlittenen Schmerzen hat die Kammer insb. schmerzensgelderhöhend berücksichtigt, dass die Klägerin in der Zeit vom 26.04.2007 bis zur Revisionsoperation vom 29.04.2007 unnötig Beeinträchtigungen (heftiges Druck- und Völlegefühle, Erbrechen etc.) ausgesetzt war, die bei gebotenem rechtzeitigen Einschreiten hätten vermieden werden können. Schmerzensgeldmindernd hat die Kammer hingegen berücksichtigt, dass das Kurzdarmsyndrom nur zeitweise - für dreieinhalb Monate - bestand und die Klägerin nunmehr durch orale Nahrungsaufnahme in der Lage ist, ihr Gewicht zu halten; wenngleich sie - was zur Vermeidung eines Rezidivs nachvollziehbar ist - eine strenge Diät einhält.

4. Haftungsumfang: Kosten für behindertengerechten Wohnraum/Zwischenfinanzierungskosten

OLG Frankfurt a. M., Urteil v. 17.09.2018 - 8 U 181/16 **RID 18-04-137**
juris
BGB § 823 I

Entschließen sich die Eltern wegen der schwersten Behinderung ihrer Tochter - und nicht wegen einer weitere Kinder umfassende Familienplanung -, auf der Grundlage eines feststehenden Schadensersatzanspruchs wegen der fehlerhaften Schwangerschaftsbetreuung zur Aufgabe ihrer Eigentumswohnung und zum Bau eines Einfamilienhaus in unmittelbarer Nachbarschaft, so können grundsätzlich **Zwischenfinanzierungskosten** (hier: 37.493,59 €) zustehen

5. Aufklärung/Einwilligung

a) Keine Aufklärung über Risiken einer fehlerhaften Behandlung

OLG Köln, Urteil v. 04.07.2018 - 5 U 56/17 **RID 18-04-138**
juris
BGB § 823

Hygienische Fragen stellen sich für **Ärzte aller Fachrichtungen** und können von ihnen, insb. soweit ihr Fachgebiet betroffen ist, ebf. beurteilt werden.
Über das **Risiko einer Sepsis** musste der Patient nicht unterrichtet werden, wenn es sich nicht um ein **spezifisches Risiko der Operation** handelt. Über die Folgen und **Risiken einer fehlerhaften Behandlung** muss der Arzt den Patienten nicht unterrichten. Denn der Patient ist insoweit schon durch die Haftung des Arztes für mögliche Behandlungsfehler geschützt.

b) Unterzeichneter Aufklärungsbogen/Verständnisschwierigkeiten (Leistenbruch)

OLG Koblenz, Urteil v. 17.01.2018 - 5 U 861/17 **RID 18-04-139**
juris = VersR 2018, 937
BGB §§ 280, 286, 630e; ZPO §§ 139, 448, 538

Leitsatz: 1. Von einer **ordnungsgemäßen Aufklärung** kann nicht allein aufgrund der vorgelegten **Aufklärungsbögen** ausgegangen werden. Diese können allenfalls ein Indiz für Inhalt und Umfang des Aufklärungsgesprächs bieten. Sie sind jedoch kein Beleg dafür, dass tatsächlich ein ausreichendes Aufklärungsgespräch stattgefunden hat.
2. Die Bestimmung des (streitigen) notwendigen Aufklärungsumfangs bedarf einer Hinzuziehung des **Sachverständigen**.
3. Kann der Patient wegen **Verständnisschwierigkeiten** dem Aufklärungsgespräch nicht folgen, fehlt es an einer hinreichenden Aufklärung, die Grundlage einer wirksamen Einwilligung sein könnte.
4. Für die Beurteilung, ob ein sogenannter **echter Entscheidungskonflikt** vorgelegen hat, ist zunächst zu klären, welchen Inhalt eine ordnungsgemäße Aufklärung hätte haben müssen.

6. Auskunftsanspruch gegenüber Krankenhaus

OLG Köln, Beschluss v. 15.08.2018 - 5 W 18/18 **RID 18-04-140**
juris
BGB § 242

Voraussetzung eines **Auskunftsanspruch** ist (u.a.), dass der Auskunftsberechtigte sich die zur Durchsetzung seines Anspruchs notwendigen Auskünfte nicht in zumutbarer Weise selbst beschaffen kann und der Auskunftsverpflichtete die erforderlichen Auskünfte zu geben vermag, ohne unbillig belastet zu sein (BGHZ 126, 109, 113). Diese materiell-rechtliche Voraussetzung ist nicht gegeben, wenn sich der Patient aufgrund seines Rechtes auf **Einsichtnahme in die Behandlungsunterlagen** ohne weiteres über die Person der ihn behandelnden bzw. aufklärenden Ärzte hinreichend sichere Kenntnis verschaffen kann. Eine derartige sichere Kenntnis, die es dem Patienten ermöglicht, „ohne weiteres“ eine auf einen Behandlungsfehler oder ein Aufklärungsversäumnis gestützte Klage zu erheben, wird allerdings häufig aus der bloßen Einsicht in Behandlungsunterlagen nicht zu gewinnen sein. Dies gilt besonders bei längeren Krankenhausaufenthalten, wo oft eine Vielzahl von Behandlern oder von Pflegepersonal tätig wird, die sich entweder gar nicht oder nur mit einem Kürzel in den Unterlagen wiederfinden. Es muss genügen, dass der Patient den Behandlungsabschnitt, bei dem er das Vorliegen einer Pflichtverletzung annimmt, konkret bezeichnet und darauf bezogen keine aus Sicht eines medizinischen Laien eindeutigen und ausreichenden Angaben aus den Unterlagen gewinnen kann.

7. Rückforderung einer unter Vorbehalt geleisteten Schmerzensgeldzahlung

OLG Frankfurt a. M., Urteil v. 31.08.2018 - 8 U 53/15 **RID 18-04-141**
juris
BGB §§ 203, 214 II 1, 760, 812 I, 843; ZPO §§ 67, 258, 259, 533

Leitsatz: 1. **Verzugszinsen** sind keine Leistungen im Sinne des § 258 ZPO, sondern **Sekundäransprüche**, deren Entstehung ungewiss ist.
2. Die Sperre des § 214 Abs. 2 Satz 1 BGB greift nicht ein, wenn der Schuldner nur **unter Vorbehalt** leistet.

8. Vergleich Haftpflichtversicherer und Krankenversicherer: Beschränkung der Deckungssumme

OLG Hamm, Beschluss v. 07.05.2018 - 3 U 162/17 **RID 18-04-142**
juris
BGB §§ 313 II, 779 I; VVG § 109; ZPO § 301 I

Leitsatz: Zur Auslegung eines **Vergleichs**, den der **Haftpflichtversicherer eines Krankenhausträgers** mit dem **Krankenversicherer** eines geschädigten Patienten schließt, insbesondere zur diesbezüglichen Bedeutung einer vom Haftpflichtversicherer in den Vergleichsverhandlungen nicht offengelegten Beschränkung der Deckungssumme.

9. Sachverständige

a) Vorgehen bei widersprüchlichen Positionen zweier gerichtlicher Sachverständiger

OLG Frankfurt a. M., Urteil v. 09.06.2017 - 8 U 209/14 **RID 18-04-143**
juris
ZPO § 411 III

Leitsatz: 1. Für die nach dem deutschen **Facharztstandard** zu beurteilende Frage, ob der Einsatz einer sog. **Schlittenprothese** bei einem Patienten indiziert war oder nicht, kommt der englischsprachige **Kontraindikationsliste des US-amerikanischen Prothesenherstellers** allenfalls indizieller Charakter zu.
2. Im Falle **unterschiedlicher Positionen zweier (gerichtlicher) Sachverständiger** zu einer entscheidungserheblichen tatsächlichen Frage, die beide von derselben zutreffenden Tatsachengrundlage ausgehen, muss das Gericht diese unterschiedlichen Wertungen kritisch würdigen und prüfen, ob es die eine oder andere Sichtweise überzeugender findet, ob eine weitere Begutachtung bessere Aufschlüsse verspricht oder ob es keiner der vertretenen Positionen den Vorzug geben vermag mit der Folge, dass die entscheidungserhebliche Trage zuungunsten der beweisbelasteten Partei zu entscheiden ist.

BGH, Beschl. v. 10.07.2018 - VI ZR 282/17 - wies die Nichtzulassungsbeschwerde zurück.

b) Keine Haftung des Sachverständigen bei Rücknahme der Berufung

LG Hagen, Urteil v. 20.06.2018 - 2 O 331/17 **RID 18-04-144**
Berufung anhängig: OLG Hamm - 7 U 59/18 -
juris
BGB § 839

Leitsatz: Keine **Haftung** des Sachverständigen bei **Rücknahme der Berufung** nach weiterer Beweisaufnahme in zweiter Instanz.

c) Besorgnis der Befangenheit

aa) Einseitig elektive Auswertung der ärztlichen Behandlungsunterlagen

OLG Oldenburg, Beschluss v. 29.08.2018 - 5 W 35/18 **RID 18-04-145**
juris
ZPO §§ 42, 426

Leitsatz: Die **einseitig elektive Auswertung** der ärztlichen Behandlungsunterlagen wie auch die **ausweichende Äußerung zur Beweisfrage** können die **Besorgnis der Befangenheit** des medizinischen Sachverständigen begründen.

bb) Durchgängige Bezeichnung einer Partei als „Gegenseite“

OLG Frankfurt a. M., Beschluss v. 13.07.2018 - 8 W 49/17 **RID 18-04-146**
juris
ZPO § 406

Leitsatz: Bezeichnet ein Sachverständiger in einer Stellungnahme zu einem Ablehnungsgesuch die Partei, die den Ablehnungsantrag gestellt hat, durchgängig **als „Gegenseite“**, so kann dies im Einzelfall die **Besorgnis der Befangenheit** des Sachverständigen begründen.

10. Keine persönliche Haftung nach § 839a BGB analog des BG-Gutachters

LG Köln, Urteil v. 08.12.2017 - 25 O 4/17 **RID 18-04-147**
juris
BGB § 839a

Bei einem zur Klärung sozialrechtlicher Ansprüche von einer **Berufsgenossenschaft beauftragten Arzt** besteht keine persönliche Haftung nach § 839a analog, sondern allein die **Amtshaftung** (OLG Koblenz, MDR 2008, 481). Auch die angegriffene **medizinische Einschätzung** des Bekl., eine Fortsetzung der Einnahme von Marcumar sei nicht indiziert, stand in engem äußerem und innerem Zusammenhang mit der Zielsetzung seiner Tätigkeit und ist daher ebenfalls noch dem Bereich hoheitlicher Betätigung angehörend einzuordnen. Es handelte sich hierbei nicht um eine ärztliche Heilbehandlung, sondern um die für das Vorliegen der Voraussetzungen einer Erwerbsminderungsrente erforderliche Ermittlung des Sachverhalts.

OLG Köln, Beschl. v. 20.07.2018 - 5 U 200/17 - juris wies die Berufung des Kl. zurück.

11. Unberechtigte Kündigung des Rechtsanwalts in Arzthaftpflichtprozess

LG Saarbrücken, Urteil v. 23.04.2018 - 9 S 7/17 **RID 18-04-148**
juris
BGB §§ 254, 280 I, 627, 628; VVG § 86

Leitsatz: 1. In einer **unberechtigten Kündigung des Rechtsanwalts** liegt eine **Pflichtverletzung**, die einen **Schadensersatzanspruch** des Mandanten gemäß § 280 Abs. 1 BGB begründen kann; das allgemeine Kündigungsrecht des § 627 BGB steht dem nicht entgegen. Insbesondere kann der Mandant die Kosten erstattet verlangen, die durch die notwendige Beauftragung weiterer Rechtsanwälte angefallenen sind.
2. Der durch Zahlung entstandene Anspruch stellt einen **eigenständigen Schadensersatzanspruch** des Mandanten dar, der auch dann nicht vom **Forderungsübergang** der §§ 17 Abs. 8 ARB, 86 VVG erfasst wird, wenn seine Rechtsschutzversicherung den ersten Anwalt bezahlt hat. Aufgrund des gleichzeitig bestehenden Rückforderungsanspruchs der Versicherung aus § 628 BGB i.V.m. § 17 Abs. 8 ARB sind Mandant und Versicherung als Gesamtgläubiger anzusehen.
3. Hat der Rechtsanwalt unberechtigt gekündigt, besteht der Schadensersatzanspruch des Mandanten uneingeschränkt, auch wenn dieser durch sein Verhalten gewissen **Anlass für die Kündigung** gegeben hat (hier: heftige Kritik an der Prozessführung). Eine Kürzung des Anspruchs nach § 254 BGB wegen **Mitverschulden** des Mandanten an der Kündigung ist nach der gesetzlichen Konzeption ausgeschlossen.

12. Zahnärztliche Behandlung

a) Nachbesserungsrecht: Neuanfertigung eines Zahnersatzes

LG Düsseldorf, Urteil v. 15.12.2016 - 3 O 317/12 **RID 18-04-149**
juris
BGB § 823

Bei jeder Anfertigung eines Zahnersatzes kann es selbst bei ordnungsgemäßer Vorgehensweise des Zahnarztes zu Problem kommen, die eine **Neuanfertigung** verlangen. Im Übrigen steht einem

Zahnarzt ein **Nachbesserungsrecht** zu. In der Rechtsprechung ist anerkannt, dass die bloße (erste) Anpassung eines Zahnersatzes, bei der sich Mängel, insb. im Sitz herausstellen, lediglich belegt, dass das geschuldete prothetische Werkstück mit seiner Eingliederung noch nicht frei von Mängeln ist (vgl. insb. LG Köln, Urt. v. 06.03.2012 - 3 O 83/11 - juris). Zumutbare Nachbesserungsmaßnahmen sind daher von einem Patienten hinzunehmen, da ein Zahnersatz häufig auch bei äußerster Präzision des Zahnarztes nicht auf Anhieb beschwerdefrei sitzt. Bei einer umfangreichen prothetischen Versorgung hat der Patient im Einzelfall auch eine Neuanfertigung der Prothese hinzunehmen (OLG Dresden, Beschl. v. 21.01.2008 - 4 W 28/08 -).

b) Schadensersatzanspruch nach Planungsfehler

OLG Köln, Urteil v. 08.06.2018 - 5 U 174/17 **RID 18-04-150**
juris
BGB §§ 280 I, 634a I Nr. 1

Wegen eines **Planungsfehlers** schuldet der Zahnarzt der Patientin Schadensersatz. Der Anspruch scheitert nicht daran, dass die kl. Patientin dem Zahnarzt keine Gelegenheit zur Nachbesserung gibt, wenn es nicht um den Fall eines nicht einwandfreien, Beschwerden verursachenden Sitzes des Zahnersatzes, der auf entsprechende Rückmeldung der Klägerin hätte korrigiert werden können, sondern um einen nicht ausreichend stabil geplanten Zahnersatz, der sich der Kl. erst durch deren Fraktur offenbart hat, und der nur durch eine **Neuanfertigung** zu beheben war, geht und das Behandlungsverhältnis seit einem Jahr beendet ist.

III. Arzneimittel/Medizinprodukte/Hilfsmittel/Heilmittel

1. EuGH: Parallelimport und Neuetikettierung eines Medizinprodukts

EuGH, Urteil v. 17.05.2018 - C-642/16 **RID 18-04-151**
MarkenR 2018, 296 = GRUR 2018, 736 = WRP 2018, 929 = PharmR 2018, 339 = ZGMR 2018, 267
EGV 207/2009 Art. 13 II

Leitsatz: Art. 13 Abs. 2 der Verordnung (EG) Nr. 207/2009 des Rates vom 26. Februar 2009 über die [Unions]marke ist dahin auszulegen, dass sich der Inhaber einer Marke dem weiteren Vertrieb eines **Medizinprodukts** in seiner inneren und äußeren **Originalverpackung** durch einen **Parallelimporteur** nicht widersetzen kann, wenn vom Importeur ein zusätzlicher Aufkleber wie der im Ausgangsverfahren in Rede stehende angebracht wurde, der aufgrund seines Inhalts, seiner Funktion, seiner Größe, seiner Aufmachung und seiner Platzierung keine Gefahr für die Herkunftsgarantie des mit der Marke versehenen Medizinprodukts darstellt.

2. Apotheken

a) Widerruf der Erlaubnis zum Betrieb einer Apotheke

aa) Strafrechtliche Verfehlungen aufgrund von Steuerhinterziehung

VG Aachen, Urteil v. 06.07.2018 - 7 K 5905/17 **RID 18-04-152**
Rechtsmittel anhängig: OVG Nordrhein-Westfalen - 13 A 3040/18 -
juris
ApoG § 4 II; GG Art. 12

Steht aufgrund der Feststellungen im **Strafurteil** fest, dass sich ein Apotheker, indem er eine Manipulationssoftware einsetzte, Kapitalerträge aus Vermögensanlagen nicht deklarierte und jeweils bewusst falsche Steuerklärungen abgab, der Steuerhinterziehung in sieben Fällen strafbar gemacht hat, wobei in vier dieser Fälle tateinheitlich verschiedene Steuern hinterzogen wurden, insgesamt 238.776,12 €, so liegen **strafrechtliche Verfehlungen** vor, die ihn für die Leitung einer Apotheke **ungeeignet** erscheinen lassen.

bb) Unerlaubte Abgabe von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln

VG Köln, Beschluss v. 20.09.2018 - 7 L 1895/18 **RID 18-04-153**
juris
ApoG §§ 2, 4 II; VwGO § 80 V

Liegen **strafrechtliche Verfehlungen** in einer Vielzahl von Fällen vor, die zeigen, dass das für die Leitung einer Apotheke erforderliche Verantwortungsbewusstsein und Fachwissen fehlt, ist die Erlaubnis zum Betrieb einer Apotheke mangels **Zuverlässigkeit** zu entziehen (hier: rechtskräftiges Urteil wegen der unerlaubten Abgabe von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln in 39 Fällen).

Parallelverfahren:
VG Köln, Beschluss v. 20.09.2018 - 7 L 1896/18 **RID 18-04-154**
juris

cc) Wiederholte Pflichtverstöße

VG Schleswig, Beschluss v. 21.08.2018 - 7 B 103/18 **RID 18-04-155**
juris
ApoG §§ 2 I Nr. 4, 4 II 1; VwGO § 80 V; GG Art. 12 I

Die nun im gerichtlichen Verfahren vorgebrachten **Beteuerungen**, dass beanstandete Mängel beseitigt seien und zukünftig nicht mehr vorkommen würden, scheint in Anbetracht des bisherigen Verhaltens eher als Schutzbehauptung vor dem Hintergrund der drohenden Maßnahme zu erfolgen. Auch zeigt das Vorbringen teilweise immer noch die fehlende Bereitschaft, eigene Verantwortung zu übernehmen, wenn wiederrum vorgetragen wird, ein Mitarbeiter habe versehentlich das Medikament in eine Kiste gelegt, anstatt es zu vernichten. Es liegt eben gerade im **Verantwortungsbereich** der Ast. als **Apothekenleitung** und es ist ihre Aufgabe, dafür Sorge zu tragen, dass der Ablauf in der Apotheke ordnungsgemäß durchgeführt wird.
Der Ast. ist es trotz der Vorkommnisse möglich, zum Bestreiten ihres Lebensunterhaltes **als angestellte Apothekerin zu arbeiten** und nach Ablauf einer Frist erneut einen Antrag auf Erteilung einer Betriebserlaubnis zu stellen.

b) Rückerstattung der Umsatzsteuer (Zytostatika-Versorgung)

aa) Bruttopreisabrede als Regelfall

LG Essen, Urteil v. 22.02.2018 - 3 O 353/17 **RID 18-04-156**
juris
BGB § 812

Bei einem sog. **Bruttopreis** ist die Abgeltung der Umsatzsteuer unselbstständiger Teil des zu zahlenden Entgelts. Dies ist bei einem Kaufpreis der **Regelfall**, selbst bei Angeboten an einen vorsteuerabzugsberechtigten Unternehmer (BGH, NJW 2002, 1312; NJW 2001, 2464 m.w.N.). Bei Abrechnungen auf den **Rezepten** wird nur der Bruttopreis ausgewiesen.

bb) Bruttopreisabrede: Umsatzsteuer in angebotenem Preis

LG Dortmund, Urteil v. 02.07.2018 - 12 O 457/17 **RID 18-04-157**
juris
BGB § 812

Mangels anderer Darlegungen zum Zustandekommen der jeweiligen Verträge muss deshalb von **Bruttopreisabreden** zwischen der Krankenhausapotheke und den Versicherten ausgegangen werden. Bei solchen Bruttopreisabreden ist die Umsatzsteuer in dem angebotenen Preis enthalten und ein bloßer Kalkulationsposten des leistenden Unternehmers (vgl. BGH, Urt. v. 11.05.2001 - V ZR 492/99 -). Sie stellt dagegen keinen selbständigen Teilbetrag, der der Rückforderung unterliegen soll, auch wenn der Vertrag im Übrigen unangetastet bleiben soll, dar.

cc) Vereinbarung einer Bruttopreisabrede

LG Bochum, Urteil v. 06.06.2018 - 4 O 446/17 **RID 18-04-158**
juris
BGB §§ 812, 818 III

Krankenversicherer haben keinen Anspruch auf Rückzahlung der für die Abgabe von Medikamenten an den Versicherungsnehmer gezahlten **Umsatzsteuer**, wenn die Patienten und die (bekl.) Apotheke sich auf einen **Bruttopreis** für die Zytostatika **geeinigt** haben. Ein Rechtsgrund entfiele nur, wenn die Rechnungen dahingehend geändert würden, dass es sich um einen Nettopreis handele.

dd) Ergänzende Vertragsauslegung bei irrtümlicher Annahme einer Umsatzsteuerpflicht

AG Bonn, Urteil v. 18.07.2017 - 114 C 541/16 **RID 18-04-159**
juris
BGB §§ 812, 818 III

Da es sich bei der **Umsatzsteuer** um einen unselbständigen Teil des zu zahlenden Preises handelt, der - wenn sich aus den Umständen nichts anderes ergibt - in dem angebotenen Preis regelmäßig enthalten ist, gingen bei natürlicher Betrachtung insofern beide Parteien davon aus, es sei ein Bruttopreis verabredet worden. Diese stellt aber 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 (BGH NJW-RR 90, 1199; a.A. wohl: AG Köln, Urt. v. 23.05.2017 - 146 C 101/16 - juris), weshalb aus der Preisabrede kein Rechtsgrund im Sinne des § 812 I 1 Alt. 1 BGB folgt.
Eine **steuerliche Mehrbelastung** ist im Rahmen des § 818 III BGB erst dann zu berücksichtigen, wenn sie endgültig ist (BGH, Urt. v. 15.01.1992 - IV ZR 317/90 - WM 1992, 745).

ee) Rückforderung der Umsatzsteuer durch Krankenversicherung: Kein Anspruch

AG Gießen, Urteil v. 17.08.2017 - 41 C 7/17 **RID 18-04-160**
juris
BGB §§ 313, 812

Leitsatz: Krankenversicherer haben grundsätzlich keinen Anspruch auf **Rückzahlung** der für die Abgabe von Medikamenten an den Versicherungsnehmer gezahlten **Umsatzsteuer**.

c) Werbung mit Einkaufsgutscheinen für die Einlösung von Rezepten

OVG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 25.09.2018 - OVG 90 H 2.13 **RID 18-04-161**
juris
AMG § 78; AMPreisV § 3; HeilMWerbG § 7; UWG § 3 I; GG Art. 3 I, 12 I, 103 II; EGRL 83/2001

Leitsatz: Ein Berliner Apotheker verletzt seine Berufspflicht, wenn er damit **wirbt**, dass Patienten einen **1-Euro-Wertgutschein** erhalten, wenn sie ihr Rezept mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln in seiner Apotheke einlösen.

d) Serviceartikel für Ärzte

LG Köln, Urteil v. 04.05.2018 - 84 O 285/17 **RID 18-04-162**
juris = WRP 2018, 1137
UWG § 3a; HeilMWerbG § 7

Leitsatz (WRP): Auch gegenüber Angehörigen der Fachkreise (hier **Ärzte**) gilt die vom BGH gezogene **Wertgrenze** von 1,00 Euro **bei Geschenken**.

e) BSG: Befreiung von Rentenversicherungspflicht für in Pharmaindustrie tätigen Apotheker

BSG, Urteil v. 22.03.2018 - B 5 RE 5/16 R **RID 18-04-163**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris = SozR 4-2600 § 6 Nr. 16 = NJW 2018, 2434
SGB IV § 7 I 1; SGB VI §§ 6 I 1 Nr. 1, 231 I 1

Leitsatz: 1. Der Verwaltungsakt über die **Befreiung** eines beschäftigten Apothekers von der **Versicherungspflicht** in der gesetzlichen **Rentenversicherung** bezieht sich grundsätzlich nicht auf den Apothekerberuf als solchen, sondern auf die **konkret ausgeübte Beschäftigung**.
2. Die Befreiung eines beschäftigten **Apothekers** von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung erfordert nach bundesrechtlicher Vorgabe nicht die Ausübung einer **approbationspflichtigen Tätigkeit**.
3. Zieht das Landessozialgericht zur **Auslegung von Landesrecht** Bundesrecht als Interpretationshilfe heran, ohne dass dies auf einem bundesrechtlichen Normbefehl beruht, bleibt die Auslegung von Landesrecht nicht revisibel.

SG Gießen, Urt. v. 28.09.2015 - S 5 R 128/14 - stellte fest, dass die Tätigkeit des Kl. für die Beigel. zu 2) seit dem 01.10.2009 von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung befreit ist. ***LSG Hessen***, Urt. v. 28.04.2016 - L 1 KR 347/15 - RID 16-03-277 verpflichtete die Bekl. aufgrund ihrer Berufung, den Kl. ab dem 20.12.2012 von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung zu befreien und wies im Übrigen die Klage ab und die Berufung zurück. Das ***BSG*** verwies die Sache zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das LSG zurück.

3. Wettbewerbsrecht/Heilmittelwerberecht

a) Krankheitsbezogene Werbung für diätetisches Lebensm. (Blasen- und Harnwegserkrankungen)

KG Berlin, Urteil v. 25.04.2018 - 5 U 82/17 **RID 18-04-164**
juris = Magazindienst 2018, 530
UWG §§ 3a, 8; DiätV § 21 II Nr. 2

Der **Begriff „Krankheit“** ist unionsrechtlich nicht definiert. Daher kann und muss auf die durch die nationale Rechtsprechung entwickelte Definition zurückgegriffen werden. Demnach ist Krankheit jede Störung der normalen Beschaffenheit oder der normalen Tätigkeit des Körpers, auch wenn sie nur vorübergehend ist. Unter den Begriff der Krankheit können auch unheilbare Abweichungen von der körperlichen Beschaffenheit und Mangelerscheinungen subsumiert werden. Krankheitssymptome fallen jedenfalls dann in den Anwendungsbereich des Art. 7 Abs. 3 LMIV, wenn ein mittelbarer Bezug zu einer bestimmten Krankheit hergestellt (und nicht nur ein bloßer Hinweis auf die gesundheitsfördernde Wirkung abgegeben) wird (OLG Karlsruhe, Magazindienst 2018, 133, 141 f. m.w.N.).
In der streitgegenständlichen Werbung wird eine „**ernährungsmedizinische Behandlung von Harnwegs- und Blasenerkrankungen“** unmittelbar ausgelobt. Dies ist „das“ Thema der Werbung, hierum geht es bei dem beworbenen Produkt, deshalb soll es gekauft werden.

b) Werbeaussage mit Verträglichkeit eines Eisenpräparats

LG Hamburg, Urteil v. 20.04.2018 - 416 HKO 8/18 **RID 18-04-165**
juris
HeilMWerbG §§ 3, 5

Die **Werbeaussage** „Die Vorteile einer Eisenmangel-Therapie mit F1 sind: 2. **Verträglichkeit**“ enthält keine rechtlich zu beanstandende Irreführung. Zwar genügt im Rahmen des § 3 HWG aufgrund des Strengeprinzips bereits eine bloße Eignung zur Irreführung. Auch eine solche ist vorliegend aber nicht gegeben, wenn durch die Vorlage verschiedener Studien glaubhaft nachgewiesen wird, dass F1 besser verträglich ist als andere intravenöse Eisenpräparate, insb. dass ein geringeres Risiko für Nebenwirkungen besteht.

Die **Bezeichnung „verträglich“** ist eine wertende Aussage. Bei der Beurteilung, wie eine solche Werbeaussage verstanden wird, ist auf das Verständnis der angesprochenen Verkehrskreise abzustellen. Wendet sich eine Werbung wie hier an Fachkreise (Ärzte), so richtet sich die Bewertung der Werbeaussage nach deren Auffassung und Sprachgebrauch (BGH GRUR 2013, 649, 652 – Basisinsulin mit Gewichtsvorteil). Ein verständiger Arzt wird im Rahmen der Auswahl eines bestimmten Präparats nicht dessen Verträglichkeit schlechthin beurteilen, sondern ob das in Frage stehende Präparat gegenüber alternativ einsetzbaren Präparaten relativ verträglicher ist. Der Maßstab, an dem sich die Verträglichkeit eines Präparats messen lassen muss, ist deswegen die Verträglichkeit von Konkurrenzprodukten.

c) Spitzenstellungswerbung/Bezug auf therapeutische Wirksamkeit

OLG Nürnberg, Beschluss v. 21.08.2018 - 3 U 1138/18 **RID 18-04-166**

juris

BGB § 339; UWG §§ 5, 12 II; HeilMWerbG § 3 S. 1 Nr. 1

Leitsatz: Ob bei einem Wettbewerbsverstoß die für jeden Fall der Zuwiderhandlung angebotene **Vertragsstrafe** von 5.100,00 € derart gering ist, dass Bedenken hinsichtlich der **Ernsthaftigkeit des Unterlassungsversprechens** bestehen, ist unter Berücksichtigung aller Umstände des Einzelfalls festzustellen.

Bei der Werbeaussage, dass in einem Arzneimittel die „besten Inhaltsstoffe in hoher Konzentration enthalten“ seien, handelt es sich zwar nicht lediglich um eine nichtssagende reklamehafte Übertreibung. Sie enthält jedoch keine **Alleinstellungswerbung**, sondern nur einen Hinweis auf die sehr gute Qualität der Inhaltsstoffe.

Eine Werbung ist als **Spitzenstellungswerbung irreführend**, wenn der Werbende nicht darlegt und unter Beweis stellt (bzw. im Verfügungsverfahren glaubhaft macht), dass die Spitzenstellungsbehauptung der Wahrheit entspricht.

Eine Werbeaussage bezieht sich auf die **therapeutische Wirksamkeit** i.S.v. § 3 S. 1 Nr. 1 HWG, wenn mit den pharmakologischen Wirkungen des Arzneimittels konkrete therapeutische Effekte beim Patienten verknüpft werden. Sie ist irreführend, wenn die in Bezug genommene Studie die Werbeaussage nicht trägt.

4. Einstufung eines Rheuma-Präparates als Präsentationsarzneimittel

OVG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 29.09.2018 - 13 B 995/18 **RID 18-04-167**

juris

AMG § 2 I Nr. 1

Ein Produkt erfüllt die Voraussetzungen als **Präsentationsarzneimittel**, wenn es entweder ausdrücklich als ein solches Mittel bezeichnet wird oder aber sonst bei einem durchschnittlich informierten Verbraucher auch nur schlüssig, aber mit Gewissheit der Eindruck entsteht, dass es in Anbetracht seiner Aufmachung die betreffenden Eigenschaften haben müsse.

Wird ein Produkt als **Nahrungsergänzungsmittel bezeichnet**, wird ein verständiger Durchschnittsverbraucher im Allgemeinen nicht annehmen, dass dieses Produkt ein Arzneimittel ist, wenn es in der empfohlenen Dosis keine pharmakologische Wirkung hat. Ein solches Produkt kann aufgrund weiterer Umstände gleichwohl als Präsentationsarzneimittel erscheinen, etwa aufgrund der **Art der Bewerbung** oder der preisenden Nennung von (vermeintlich) arzneilich wirksamen Bestandteilen.

5. Produkthaftrecht: Fehlerhafte Hüfttotalendoprothese

LG Freiburg, Urteil v. 15.10.2018 - 1 O 240/10 **RID 18-04-168**

juris

ProdHG §§ 1 II Nr. 5, 3, 8

Ein **Prothesensystem** ist fehlerhaft, wenn es - insb. in der Konussteckverbindung - zu erhöhtem **Metallabrieb** führt, der gesundheitlich bedenklich ist. Hierfür kommen verschiedene Fehlerquellen und Schadensmechanismen in Betracht. Im vorliegenden Fall hat ein **Instruktionsfehler** der Bekl. in

Bezug auf die bei der Fügung anzuwendende Kraft zu galvanischer Korrosion in der Konussteckverbindung geführt. Darüber hinaus fallen jedenfalls sämtliche sonstigen denkbaren Fehlerquellen und Schadensmechanismen in den Verantwortungsbereich der Bekl. Hingegen können sämtliche von den Bekl. behaupteten Alternativursachen für den erhöhten Metallabrieb sicher ausgeschlossen werden.

6. Beihilfe

a) BVerwG: Überprüfung der Notwendigkeit von Heilmitteln trotz ärztlicher Verordnung

BVerwG, Beschluss v. 22.08.2018 - 5 B 3.18 **RID 18-04-169**
juris
BBhV § 6 I

Leitsatz: 1. Eine Voraussetzung der Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für **Heilmittel** (hier physiotherapeutische Leistungen) ist ihre medizinische Notwendigkeit im Sinne von § 6 Abs. 1 Satz 1 BBhV.
2. Zwar darf die zur Entscheidung über die Notwendigkeit von Aufwendungen berufene Festsetzungsstelle (§ 51 Abs. 1 Satz 1 BBhV) davon ausgehen, dass Aufwendungen, die auf einer **ärztlichen Verordnung** beruhen, aufgrund der Sachkunde des Arztes regelmäßig auch medizinisch geboten sind. Dies nimmt ihr jedoch weder das Recht noch entbindet es sie davon, in Zweifelsfällen die medizinische Notwendigkeit einer (weiteren) **Überprüfung** zu unterziehen und dazu etwa **Gutachten** einzuholen.

VGH Bayern, Urt. v. 30.11.2017 - 14 B 15.2489 - RID 18-01-252 wies die Berufung des Kl., das BVerwG die Nichtzulassungsbeschwerde zurück.

b) Insulinanaloga (Insulin glargin)

aa) Keine Mehrkosten

VG Bayreuth, Urteil v. 17.04.2018 - B 5 K 17.368 **RID 18-04-170**
juris
BBhV § 22; VwVfG § 39; GG Art. 33 V

Der **Wirkstoff Insulin glargin**, der als lang wirkendes **Insulinanalogon** zur Behandlung von Diabetes mellitus Typ 2 eingesetzt wird, ist nur beihilfefähig, solange dieser im Vergleich zu einem intermediär wirkenden **Humaninsulin** nicht mit Mehrkosten verbunden ist, wobei die notwendige Dosiseinheit zur Erreichung des therapeutischen Ziels zu berücksichtigen ist. Davon unabhängig ist nach Nr. 7 S. 3 der Anl. 8 zu § 22 IV 1 BhV eine Behandlung mit Insulin glargin auch beihilfefähig für Personen mit hohem Risiko für schwere Hypoglykämien oder Personen, die gegen intermediär wirkende Humaninsuline allergisch sind. § 22 IV 2 BhV eröffnet den Festsetzungsstellen die Möglichkeit, Arzneimittel nach § 22 IV 1 BhV darüber hinaus im Einzelfall als beihilfefähig anzuerkennen, wenn eine medizinische Stellungnahme darüber vorgelegt wird, dass das Arzneimittel zur Behandlung notwendig ist. Liegen die Ausnahmetatbestände nicht vor, besteht keine Beihilfefähigkeit.

bb) Anspruchsvoraussetzungen (Arzneimittel Toujeo)

VG Neustadt, Urteil v. 24.09.2018 - 3 K 326/18.NW **RID 18-04-171**
juris
BBhV § 22 IV; BBhV Anl. 8 Nr. 7

Leitsatz: Zur Frage eines Anspruchs auf Gewährung von Beihilfe zu den Aufwendungen für das den Wirkstoff **Insulin glargin** enthaltende Arzneimittel Toujeo 300 E/ML (hier: verneint).

c) Weihrauchkapseln bei einer MS-Erkrankung

VG Berlin, Urteil v. 29.08.2018 - 28 K 277.15 **RID 18-04-172**
juris
BhV a.F. Berlin §§ 6, 22, 33

Leitsatz: Zur Beihilfefähigkeit von **Weihrauchkapseln bei einer MS-Erkrankung** im Falle einer Unverträglichkeit der in der Schulmedizin anerkannter Heilmittel (verneint).

d) Diätische Lebensmittel („Mulitbionta Nutrition forte Kapseln“)

VG Ansbach, Urteil v. 12.09.2018 - AN 1 K 17.00831 **RID 18-04-173**
juris
BBhV § 22; GG Art. 33 V

Diätische Lebensmittel („Mulitbionta Nutrition forte Kapseln“) sind nicht beihilfefähig.

e) Hilfsmittel

aa) Sensomotorische Einlagen: Fehlende wissenschaftliche Anerkennung

VG Bayreuth, Urteil v. 29.05.2018 - B 5 K 17.396 **RID 18-04-174**
juris
BhV Bayern §§ 7 I 1 Nr. 1, 21 I; GG Art. 33 V

Die Beihilfefähigkeit **sensomotorischer Einlagen** ist nicht ausdrücklich ausgeschlossen. Daraus kann aber nicht zugleich im Umkehrschluss gefolgert werden, dass diese sozusagen automatisch medizinisch notwendig sind. Vielmehr scheitert die medizinische Notwendigkeit aufgrund der **fehlenden wissenschaftlichen Anerkennung** der Einlagen dem Grunde nach gem. § 7 I 1 Nr. 1 BayBhV. Es liegt ein umstrittener therapeutischer Nutzen nach § 21 I 1 Halbs. 2 BayBhV vor.
Hinsichtlich der verordneten **Damenschuhe „FinnComfort“** scheidet die Beihilfefähigkeit aus, da diese nicht in Anlage 4 zu § 21 Abs. 1 BayBhV enthalten sind und auch aus Fürsorgegesichtspunkten eine Beihilfe nicht angezeigt ist.

bb) Zweiter Therapiesitz für Kindergartenbesuch

VG Stuttgart, Urteil v. 11.07.2018 - 1 K 15565/17 **RID 18-04-175**
juris
BhV BW §§ 5 IV Nr. 9, 6 I Nr. 4

Leitsatz: Ist der tägliche **Transport** eines von einem behinderten Kind ständig benötigten Therapiesitzes von der **Wohnung in den Kindergarten** nicht oder nur unter unzumutbaren Bedingungen möglich, so sind die Aufwendungen für die Anschaffung eines **zweiten Therapiesitzes** für den Kindergartenbesuch beihilfefähig, soweit kein anderweitiger Anspruch besteht.

cc) Eingeschränkter Anspruch auf Sehhilfen

VG Berlin, Urteil v. 13.08.2018 - 26 K 320.16 **RID 18-04-176**
juris
BBhV § 25; BBG § 80 VI 2 Nr. 2; SGB IX § 2 I 1

Eine **Behinderung** ist nicht auszugleichen, wenn die **Fehlsichtigkeit** eher im unteren Bereich liegt und nach der Erfahrung des Gerichts für Menschen im siebenten Lebensjahrzehnt keine Besonderheit ist. **Sehhilfen** sind dann der allgemeinen Lebenshaltung zuzurechnen, womit die Aufwendungen für das Hilfsmittel nach § 25 II Nr. 3 BBhV nicht beihilfefähig sind (abgesehen von Fällen einer schweren Sehbeeinträchtigung, Anl. 11 BBhV). Ein Anspruch folgt auch nicht aus der Fürsorgepflicht.

dd) Keine Abdeckung durch Versicherung für besondere Hilfsmittel (hier: Leselupe)

VG Saarland, Urteil v. 04.09.2018 - 2 K 1134/17 **RID 18-04-177**
juris
BhV Saarland § 15 III

Der **Beihilfebemessungssatz** ist nicht zu erhöhen, wenn es der Beamte unterlassen hat, sich durch den frühzeitigen Abschluss einer die Aufwendungen für besondere Hilfsmittel abdeckenden privaten **Kranken(zusatz)versicherung** abzusichern (hier: Leselupe).

f) Begrenzung der Anzahl beihilfefähiger Heilbehandlungen (Krankengymnastik)

VG Neustadt, Urteil v. 22.08.2018 - 1 K 496/18.NW **RID 18-04-178**
juris
BhV RP § 22

Leitsatz: Die Beihilfefähigkeit von **Heilmitteln** kann durch die Beihilfenverordnung des Landes begrenzt werden. Darunter fällt auch die **Begrenzung der Anzahl** beihilfefähiger Heilbehandlungen (hier: auf bis zu 25 Sitzungen je Behandlungsfall für **Krankengymnastik** am Gerät).
Die Beihilfenverordnung des Landes ist lückenhaft, soweit sie keine normative **Härteregelung** für den Einzelfall enthält, in dem einer beihilfeberechtigten Person durch die notwendige Überschreitung der Höchstgrenze unabwendbare Aufwendungen verbleiben, die im Hinblick auf ihre amtsangemessene Alimentation nicht mehr zumutbar sind.
Ein Anspruch auf Beihilfe über die festgesetzte Höchstgrenze hinaus besteht erst dann, wenn durch die Höhe der ungedeckten unabwendbaren Aufwendungen in einem Kalenderjahr die **zumutbare Belastung** für den Beamten oder die Beamtin tatsächlich überschritten wird, beispielsweise bei laufenden Aufwendungen aufgrund einer dauerhaften Erkrankung. Darüber muss der Dienstherr mangels einer normativen Härteregelung im Einzelfall entscheiden.

g) Antragsfrist: Materiell-rechtliche Ausschlussfrist

VG Würzburg, Urteil v. 24.08.2018 - W 1 K 18.645 **RID 18-04-179**
juris
BhV Bayern § 48 VI; VwVfG Bayern Art. 32

Bei der **Antragsfrist** des § 48 Abs. 6 BayBhV handelt es sich um eine materiell-rechtliche Ausschlussfrist, deren Nichtbeachtung den Beihilfeanspruch zum Erlöschen bringt.

IV. Privatbehandlung/Private Krankenversicherung/Beihilfe

1. Privatbehandlung

a) Bundesgerichtshof (BGH)

aa) Entgeltbeschränkung auch für „Ausgründung“ eines Plankrankenhauses aus Privatklinik

BGH, Beschluss v. 30.08.2018 - III ZR 7/18 **RID 18-04-180**
juris
KHG § 17 I 5; VVG § 192

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen ***OLG Saarbrücken***, Urt. v. 20.12.2017 - 5 U 36/17 - RID 18-02-301 wird zurückgewiesen.
Die **Krankheitskostenversicherung** verpflichtet den Versicherer gegenüber dem Versicherungsnehmer nur zum Ersatz derjenigen Aufwendungen, die diesem in Bezug auf das versicherte Risiko zur Erfüllung von Verpflichtungen aus berechtigten Ansprüchen Dritter erwachsen sind (BGH, Urt. v. 12.03.2003 - IV ZR 278/01 - BGHZ 154, 154, 158 m.w.N.).
Aufwendungsersatzansprüche der Kl. aus der Heilbehandlung in der A. Sportklinik sind nur in Höhe der nach dem DRG-System berücksichtigungsfähigen und von der Bekl. bereits erstatteten Fallpauschalen entstanden (§ 17b KHG i.V.m. §§ 7 ff. KHEntgG). Darüber hinausgehenden

Erstattungsansprüchen steht die Regelung des § 17 I 5 KHG entgegen, wonach eine **mit einem Plankrankenhaus räumlich und organisatorisch verbundene Privatklinik** für allgemeine, dem Versorgungsauftrag des Plankrankenhauses entsprechende Krankenhausleistungen an die Entgeltobergrenzen gebunden ist, die sich aus dem Krankenhausfinanzierungsgesetz, dem Krankenhausentgeltgesetz („DRG-Fallpauschalensystem“) und der Bundespflegesatzverordnung ergeben.

bb) Begrenzung der Entgelthöhe für mit einem Plankrankenhaus verbundene Privatklinik

BGH, Beschluss v. 30.08.2018 - III ZR 42/18 **RID 18-04-181**
juris
BGB § 134; KHG §§ 17 I 5, 20 S. 1

Eine Entgeltforderung eines Krankenhauses besteht bis zur Höhe der nach dem DRG-System berücksichtigungsfähigen Fallpauschale (§ 17b KHG i.V.m. §§ 7 ff. KHEntgG). Einem darüber hinausgehenden Vergütungsanspruch steht die Regelung des § 17 I 5 KHG entgegen, wonach eine mit einem **Plankrankenhaus räumlich und organisatorisch verbundene Privatklinik** für allgemeine, dem Versorgungsauftrag des Plankrankenhauses entsprechende Krankenhausleistungen an die Entgeltobergrenzen gebunden ist, die sich aus dem Krankenhausfinanzierungsgesetz und dem Krankenhausentgeltgesetz („DRG-Fallpauschalensystem“) sowie der Bundespflegesatzverordnung ergeben (BGH, Urt. v. 17.05.2018 - III ZR 195/17 - juris Rn. 16 m.w.N., RID 18-03-309).
§ 17 I 5 KHG ist **weder formell noch materiell verfassungswidrig** (Senatsurteil aaO. Rn. 17-59).
Es besteht keine Notwendigkeit, § 17 I 5 KHG unter Berücksichtigung der Entstehungsgeschichte sowie des Sinns und Zwecks teleologisch bzw. verfassungskonform dahingehend **auszulegen**, dass von dem Anwendungsbereich nur die von dem Träger eines vorbestehenden Plankrankenhauses „ausgegründete“ oder erstmalig gegründete Privatklinik erfasst wird. Die mit der angeordneten Preisobergrenze verfolgten Ziele des Gesetzgebers gelten sowohl für den Fall der Ausgründung einer Privatklinik als auch für den Fall der Ausgründung eines Plankrankenhauses am Standort einer bereits bestehenden Privatklinik. In beiden Fallkonstellationen besteht in gleicher Weise die Möglichkeit der „Verlagerung“ von Privatpatienten in die mit dem Plankrankenhaus verbundene private Einrichtung mit der Folge, für weitgehend identische Krankenhausleistungen deutlich höhere Entgelte verlangen zu können (Senatsurteil aaO. Rn. 43-47).

Parallelverfahren:
BGH, Beschluss v. 30.08.2018 - III ZR 383/17 **RID 18-04-182**
juris
BGH, Beschluss v. 20.09.2018 - III ZR 63/18 **RID 18-04-183**
juris
BGH, Beschluss v. 20.09.2018 - III ZR 65/18 **RID 18-04-184**
juris
BGH, Beschluss v. 30.09.2018 - III ZR 52/18 **RID 18-04-185**
juris

cc) Keine Vergütungspflicht bei völlig unbrauchbaren Implantaten

BGH, Urteil v. 13.09.2018 - III ZR 294/16 **RID 18-04-186**
juris
BGB §§ 280 I, 628 I 2

Leitsatz: 1. Bei einer schuldhaften **Fehlleistung des Arztes** hat der Patient einen Anspruch auf **Schadensersatz** aus § 280 Abs. 1 BGB. Ist die fehlerhafte Leistung des Arztes für den Patienten ohne Interesse und völlig unbrauchbar, besteht der (Mindest-)Schaden des Patienten darin, dass er für eine im Ergebnis **unbrauchbare ärztliche Behandlung** eine Vergütung zahlen soll. In diesem Fall ist der Schadensersatzanspruch unmittelbar auf **Befreiung von der Vergütungspflicht** gerichtet, wenn weder der Patient noch seine Versicherung bereits bezahlt haben.
2. Fehlerhaft eingesetzte **Implantate** sind objektiv und subjektiv völlig wertlos im Sinne des § 628 Abs. 1 Satz 2 Fall 2 BGB, wenn es keine dem Patienten zumutbare Behandlungsvariante gibt, die zu einem wenigstens im Wesentlichen den Regeln der zahnärztlichen Kunst entsprechenden Zustand hinreichend sicher führen könnte. Der Umstand, dass der Patient einzelne Implantate als Notmaßnahme zur Vermeidung eines eventuell noch größeren Übels weiterverwendet, ändert nichts an

der **völligen Unbrauchbarkeit** der zahnärztlichen Leistung und dem Entfallen der Vergütungspflicht insgesamt (im Anschluss an BGH, Urteil vom 29. März 2011, VI ZR 133/10, NJW 2011, 1674).

b) Honoraranspruch des Arztes: Gerichtsstand am Wohnsitz des Patienten

AG Frankfurt a. M., Beschluss v. 11.09.2018 - 32 C 1041/18 (90) **RID 18-04-187**
juris
ZPO §§ 12, 13, 29

Für die **Honoraransprüche eines Arztes** gegenüber einem privat versicherten oder selbstzahlenden Patienten ist **Erfüllungsort** für die Vergütungsansprüche, solange nicht etwas anderes entweder vereinbart oder aus den Umständen zu entnehmen ist, gemäß § 270 IV BGB i.V.m. § 269 I BGB der Wohnsitz des Zahlungsschuldners. Hieraus folgt der **Gerichtsstand** gem. § 29 ZPO. Es entspricht der gängigen Praxis, dass ein Arzt nachträglich eine den Anforderungen des § 12 GOÄ genügende Rechnung schreibt und an den Patienten verschickt, die dieser dann - in den häufigsten Fällen per Überweisung - begleicht. Der Leistungsort für die geschuldete Zahlung liegt damit am **Wohnsitz des Patienten**.

c) Teleskopprothese/Trepanation/Fehlende medizinische Indikation

LG Hamburg, Urteil v. 30.08.2018 - 323 O 16/15 **RID 18-04-188**
Berufung anhängig: OLG Hamburg - 1 U 170/18 -
juris
GOZ §§ 1, 2

Bei einer **abnehmbaren Zahnersatzkonstruktion** mit Teleskopkronen ist es durchaus vertretbar, auch Zähne oder Implantate mit einer eingeschränkten Prognose zu belassen, da ein Umbau der Prothese im Falle eines Pfeilerverlusts möglich ist.
Die Nr. 2390 GOÄ ist zu Recht abgerechnet worden. Die selbständige Leistung **„Trepanation“** ist mit der Eröffnung des koronalen Pulpenkavums abgeschlossen. Weitere endodontische Maßnahmen sind eigenständige abrechnungsfähige Leistungen, soweit deren Durchführung im unmittelbaren Anschluss an die Trepanation erfolgt, was vorliegend der Fall war.
Ästhetisch-kosmetische Leistungen im Seitenzahnbereich können nicht berechnet werden, wenn diese **nicht medizinisch indiziert** sind und es an einer **schriftlichen Vereinbarung** vor Behandlungsbeginn nach §§ 1 II, 2 III GOZ fehlt.

2. Private Krankenversicherung

a) BGH: Entgeltbindung von Privatkliniken

BGH, Beschluss v. 20.09.2018 - III ZR 374/17 **RID 18-04-189**
juris
KHG § 17 I

Erstattungsansprüche aus der **Heilbehandlung in einer Klinik** bestehen nur in Höhe der nach dem **DRG-System berücksichtigungsfähigen Fallpauschalen** (§ 17b KHG i.V.m. §§ 7 ff. KHEntgG). Einem darüber hinausgehenden Erstattungsanspruch steht die Regelung des § 17 I 5 KHG entgegen, wonach eine mit einem Plankrankenhaus räumlich und organisatorisch verbundene Privatklinik für allgemeine, dem Versorgungsauftrag des Plankrankenhauses entsprechende Krankenhausleistungen an die Entgeltobergrenzen gebunden ist, die sich aus dem Krankenhausfinanzierungsgesetz, dem Krankenhausentgeltgesetz und der Bundespflegesatzverordnung ergeben. Bei § 17 I 5 KHG handelt es sich um ein Verbotsgesetz nach § 134 BGB in Form einer Preisobergrenze. Wird gegen eine solche Preisbestimmung verstoßen, führt dies nicht zur Nichtigkeit der zugrunde liegenden Vereinbarung, sondern dazu, dass der Vertrag mit dem zulässigen Preis aufrechterhalten bleibt (BGH, Urt. v. 17.05.2018 - III ZR 195/17 - juris Rn. 16 m.w.N.).

b) Beschränkungen des Krankenhausentgeltrechts auch für Privatkliniken

OLG Stuttgart, Beschluss v. 22.06.2017 - 7 U 64/17 **RID 18-04-190**
juris
KHG §§ 17 I 5, 20

Der Gesetzgeber hat mit der Einfügung des § 17 I 5 u. 6 KHG gerade bezweckt, nicht geförderte **Privatkliniken** den gesetzlichen **Beschränkungen des Krankenhausentgeltrechts** zu unterwerfen. Es sollte die missbräuchliche Ausgründung von Privatkliniken zur Erzielung von Entgelten für allgemeine Krankenhausleistungen vermieden werden, die entsprechende Entgelte nach dem Krankenhausentgeltrecht bei Behandlung im Plankrankenhaus überschreiten. Es wird sichergestellt, dass private Krankenversicherungen und deren Versicherte als Beitragszahler nicht unzumutbar für allgemeine Krankenhausleistungen, die sich von den Leistungen für die übrigen Krankenhauspatienten nicht unterscheiden, mit höheren Entgelten belastet werden.

c) Preisobergrenze bei organisatorischer Verbundenheit mit Plankrankenhaus

OLG Köln, Urteil v. 01.12.2017 - 20 U 135/16 **RID 18-04-191**
Revision anhängig: III ZR 383/17
juris
KHG § 17 I 5

Im vorliegenden Fall sind die berechtigten Ansprüche der B Sportklinik gegen die Kl. - und damit die Leistungspflicht der Bekl. - auf die Beträge beschränkt, die sich bei Anwendung des gültigen Landesfallpauschalenkatalogs in Höhe des Landesbasisfallwerts Baden-Württemberg ergeben und von der Bekl. jeweils erstattet wurden. Hinsichtlich der darüber hinausgehenden und von den Kl. hier geltend gemachten Behandlungskosten liegt ein **Verstoß gegen § 17 I 5 KHG** vor. Bei dieser Vorschrift handelt es sich um ein **Verbotsgesetz** i.S. des § 134 BGB in Form der Bestimmung einer **Preisobergrenze**.
Die B Sportklinik befindet sich in räumlicher Nähe zu einem **Plankrankenhaus**, der B Klinik, da ein Teil der B Sportklinik auf demselben Gelände unter Nutzung desselben Gebäudes und unter derselben Adresse betrieben wird. Dass sich der andere Teil der B Sportklinik in einer Entfernung von rund 850 m von dem gemeinsam genutzten Gebäude befindet, ist ohne Belang. Im Übrigen wäre auch bei dieser Entfernung das Kriterium der räumlichen Nähe zu bejahen. Eine **organisatorische Verbundenheit** von B Sportklinik und B Klinik ist ebf. zu bejahen.
Die Regelung in § 17 I 5 KHG ist nicht verfassungswidrig.

d) Begrenzung der Leistungspflicht auf Höchstsätze nach GOÄ

OLG Hamm, Beschluss v. 08.03.2018 - 6 U 127/16 **RID 18-04-192**
juris
BGB § 307

Die **Begrenzung der Leistungspflicht** in den vertraglichen Tarifbedingungen auf die in den **Gebührenordnungen** festgelegten **Höchstsätze** enthält inhaltlich eine Begrenzung der Erstattungspflicht auf die in § 5 GOÄ vorgesehenen Höchstsätze (3,5-facher bzw. 2,5-facher Gebührensatz). Ein durchschnittlicher Versicherungsnehmer wird die Klausel („Kosten ..., soweit sie nach einer geltenden Gebührenordnung berechnet werden können...“) im Rahmen der gebotenen Auslegung nach dem Verständnis eines durchschnittlichen, um Verständnis bemühten Versicherungsnehmers dahin verstehen, dass ihm die Kosten ärztlicher Leistungen erstattet werden, soweit sie nach den in Bezug genommenen Gebührenordnungen für Ärzte und Zahnärzte berechnet sind. Der weitere Zusatz („... und die jeweiligen Höchstsätze nicht überschreiten.... ") enthält in diesem Zusammenhang eine weitere Begrenzung des Leistungsversprechens der Höhe nach entsprechend den Gebührenordnungen.

e) Gleichwertigkeit der intensitätsmodulierten Strahlentherapie und der intraoperativen Bestrahlung

OLG Braunschweig, Beschluss v. 05.04.2018 - 11 U 37/17 **RID 18-04-193**
juris
GOÄ § 6 II; GOÄ Nr. 5855; MB/KK § 4 I

Leitsatz: 1. § 6 Abs. 2 GOÄ sieht lediglich den Vergleich mit einer im Leistungsverzeichnis enthaltenen Leistung und nicht mit einer dort nicht aufgeführten Leistung (im konkreten Fall der **stereotaktischen Präzisionsbestrahlung**) vor.
2. Bei der Prüfung, ob eine **gleichwertige Leistung** gem. § 6 Abs. 2 GOÄ vorliegt, ist ausgehend von den Maßstäben des Verordnungsgebers eine abstrakte Betrachtungsweise geboten.
3. Die **Anschaffungskosten** sind bei der Feststellung der Gleichwertigkeit zu berücksichtigen, weil auch solche Kosten durch die Gebühren nach der GOÄ abgegolten werden.

f) Abrechnung einer intensitätsmodulierten Strahlentherapie

LG Düsseldorf, Urteil v. 29.05.2018 - 9 O 201/15 **RID 18-04-194**
juris
GOÄ § 6 II

Die **intensitätsmodulierte Strahlentherapie** ist einer **intraoperativen Strahlenbestrahlung** mit Elektronen nach Art, Kosten und Zeitaufwand **nicht gleichwertig** und nicht nach Nr. 5855 GOÄ analog abrechenbar.

g) Katarakt-Operation mittels Laser

AG Dortmund, Urteil v. 19.07.2018 - 405 C 4723/17 **RID 18-04-195**
juris
VVG §§ 1 I, 192 I; GOZ § 6 II

Die **Katarakt-Operation** wird grundsätzlich über Ziff. 1375 GOÄ abgerechnet. Eine weitere Abrechnung des eingesetzten **Lasers** über Ziff. 5855 GOÄ analog ist ausgeschlossen.

h) Medizinische Notwendigkeit: Kein Nachweis durch behandelnden Arzt

OLG Frankfurt a. M., Beschluss v. 21.02.2018 - 3 U 56/17 **RID 18-04-196**
juris
VVG § 192; MB/KK 2009 § 1 II

Leitsatz: 1. Der **behandelnde Arzt** ist als Zeuge kein geeignetes Beweismittel für die medizinische Notwendigkeit einer Heilbehandlung im Sinne des § 1 Abs. 2 MB/KK.
2. Es ist eine Frage des Einzelfalls, ob der behandelnde Arzt in den von ihm festgestellten Befunden als **Zeuge** zu vernehmen ist.

i) Sachverständiger zu einer Abrechnungsfrage

aa) Keine Befangenheit wegen Selbstabrechnung I

OLG Düsseldorf, Beschluss v. 06.10.2017 - 4 W 19/17 **RID 18-04-197**
juris =www.justiz.nrw.de
ZPO § 406; GOÄ § 6 II

Ein **Sachverständiger**, der zu einer Abrechnungsfrage (hier: IMRT/IGRT Behandlung) bestellt ist, ist nicht bereits deshalb **befangen**, weil er im Rahmen der von ihm ausgeübten ärztlichen Tätigkeit **selbst IMRT-Leistungen erbringt** und sie - über eine privatärztliche Abrechnungsstelle - analog Ziff. 5855 GOÄ abrechnet. Die Vornahme und Abrechnung solcher Behandlungen rechtfertigt für sich alleine die Besorgnis der Befangenheit nicht, sondern vermittelt dem Sachverständigen die zur Beantwortung der Beweisfrage gebotene **Sachkunde**. Auch sonst ist es nicht nur üblich, sondern auch geboten, als

Sachverständige Personen zu beauftragen, die aufgrund ihrer eigenen Tätigkeit mit den zu begutachtenden Sachverhalten vertraut sind.

bb) Keine Befangenheit wegen Selbstabrechnung II

OLG München, Beschluss v. 30.08.2018 - 25 W 937/18 **RID 18-04-198**

juris

ZPO § 406; GOÄ § 6 II

Ein **Sachverständiger**, der zum einen zur Frage der medizinischen Notwendigkeit, zum anderen zur Frage, ob die bei der Kl. durchgeführte intensitätsmodulierte Strahlentherapie (IMRT-Behandlungen) nach Art, Kosten- und Zeitaufwand einer IORT-Behandlung (Ziff. 5855 GOÄ) gleichwertig seien, bestellt ist, ist nicht bereits deshalb **befangen**, weil er im Rahmen der von ihm ausgeübten ärztlichen Tätigkeit **selbst IMRT-Leistungen erbringt** und sie - entsprechend einer Empfehlung der Bundesärztekammer - analog Ziff. 5855 GOÄ abrechnet (Anschluss an OLG Düsseldorf, Beschl. v. 06.10.2017 - 4 W 19/17 - RID 18-04-197). Als Sachverständige können regelmäßig nur Ärzte bestellt werden, die die streitige Behandlungsart auch selbst durchführen; qualifizierte Gutachter sind in der Regel auch selbst liquidationsberechtigt oder wirken zumindest mittelbar an der Liquidationserstellung mit. Eine an Empfehlungen der Bundesärztekammer ausgerichtete Abrechnung dürfte dabei ebf. die Regel sein und ist jedenfalls sicherlich nicht unüblich.
Die Beurteilung ändert sich auch nicht dadurch, dass drei **Honorarrechnungen des Sachverständigen**, in denen IMRT-Leistungen gegenüber anderen Versicherungsnehmern des Bekl. aus den Jahren 2015 und 2016 entsprechend der Empfehlung der Bundesärztekammer analog Ziff. 5855 GOÄ abgerechnet wurden, **vom Bekl. nur gekürzt erstattet** wurden (a.A. OLG Frankfurt a. M., Beschl. v. 27.03.2018 - 14 W 15/18 -).

cc) Keine Befangenheit wegen Selbstabrechnung III

LG Münster, Beschluss v. 20.12.2016 - 115 O 173/14 **RID 18-04-199**

juris

ZPO §§ 42 II, 406 I

Die Tatsache, dass der Sachverständige ebf. **in der streitgegenständlichen Art und Weise abrechnet**, begründet keine Besorgnis dahingehend, dass er bei der Beantwortung der Beweisfragen (Vergleichbarkeit von IORT und IMRT) geneigt sein könnte, aufgrund von unsachlichen Erwägungen zugunsten der einen oder anderen Partei zu begutachten.

Das ***LG*** wies das Ablehnungsgesuch des Bekl. gegen den Sachverständigen Dr. T1 zurück, das ***OLG Hamm***, Beschl. v. 28.04.2017 - 29 W 9/17 - RID 18-04-200 erklärte das Ablehnungsgesuch für begründet.

dd) Befangenheit wegen Selbstabrechnung I

OLG Hamm, Beschluss v. 28.04.2017 - 29 W 9/17 **RID 18-04-200**

juris

ZPO §§ 42 II, 406 I

Jedenfalls dann, wenn der Sachverständige sich selbst in einer Auseinandersetzung über die Abrechenbarkeit der den Streitgegenstand bildenden Behandlung befindet und mithin die Klärung dieser Frage in einem Rechtsstreit auch seine **eigene streitige Abrechnungspraxis** im Verhältnis zu dieser Partei abstrakt zum Gegenstand hat, kann auch bei einer vernünftigen Partei die begründete Annahme eines eigenen wirtschaftlichen Interesses des Sachverständigen am Ausgang des Rechtsstreits und die Besorgnis entstehen, dass der Sachverständige nicht unvoreingenommen die Begutachtung vornehmen wird.

LG Münster, Beschl. v. 20.12.2016 - 115 O 173/14 - RID 18-04-199 wies das Ablehnungsgesuch des Bekl. gegen den Sachverständigen Dr. T1 zurück, das ***OLG*** erklärte das Ablehnungsgesuch für begründet.

ee) Befangenheit wegen Selbstabrechnung II

OLG Frankfurt a. M., Beschluss v. 07.07.2017 - 7 W 17/17 **RID 18-04-201**
juris
ZPO §§ 42 II, 406 I

Bei vernünftiger Betrachtung besteht aus Sicht des Ablehnenden die Befürchtung im Raum, der **Sachverständige** werde nicht geneigt sein, bei der gerichtlich angeordneten Begutachtung von seiner eigenen Abrechnungspraxis abzuweichen oder sich gar in Widerspruch zu dieser zu setzen, wenn er selbst in einem **gerichtlichen Verfahren** ebf. auf Beklagtenseite **beteiligt** ist, in dem gleichfalls um die **Berechtigung der Abrechnung** einer IMRT-Behandlung gestritten wird.

j) Zahnärztliche Leistungen

aa) Erforderlichkeit der Behandlungsmethoden

LG Wuppertal, Urteil v. 09.02.2017 - 7 O 18/11 **RID 18-04-202**
juris
VVG § 1

Die streitgegenständlichen Behandlungen sind im Rahmen des Versicherungsvertrages erstattungsfähig, soweit die zur Anwendung gelangten **Behandlungsmethoden zur Heilbehandlung erforderlich** waren (hier weitgehend bejaht), soweit die Aufwendungen der Kl. nicht auf der Berechnung einer unangemessen hohen Vergütung beruhen und der vereinbarte Tarif nicht eine Reduzierung der Erstattung als Zahnersatzleistungen vorsieht.

bb) Medizinische Notwendigkeit und Evaluierung (Zirkoniumdioxidbrücken)

OLG Frankfurt a. M., Beschluss v. 21.02.2018 - 3 U 231/16 **RID 18-04-203**
juris
MB/KK § 4 VI; VVG § 132

Leitsatz: § 4 Abs. 6 MB-KK steht der **medizinischen Notwendigkeit** einer in der Praxis verbreiteten Heilbehandlung nicht entgegen, auch wenn ihre **Eignung** in Langzeitstudien noch nicht **evaluiert** ist.

3. Beihilfe

a) Behandlung in einer Privatklinik

OVG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 02.10.2018 - 1 A 822/16 **RID 18-04-204**
juris
BBhV §§ 6 I, 26

Der **Verweis** auf eine **Behandlung in einer Universitätsklinik** entbindet den Dienstherrn im Einzelfall nicht davon, den Nachweis zu erbringen, dass dort tatsächlich die medizinisch notwendigen Maßnahmen gleichwertig hätten erbracht werden können. Relevant wird dies aber erst, wenn der Beamte vorbringt, in seinem Fall sei eine besondere Therapieform medizinisch erforderlich gewesen, die in dem Vergleichskrankenhaus nicht angeboten wird (vgl. BVerwG, Beschl. v. 19.08.2009 - 2 B 19/09 - juris Rn. 7).

b) Galvanotherapie

OVG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 23.10.2018 - 1 A 933/17 **RID 18-04-205**
juris
BBhV §§ 6, 33

Aufwendungen für die Behandlung eines bösartigen Gallenblasenkarzinoms mit Metastasenbildung im Wege der **Galvanotherapie** (hier: durch einen Heilpraktiker) sind nicht beihilfefähig. Es besteht keine begründete Erwartung der **wissenschaftlichen Anerkennung** der Galvanotherapie, die (u.a.) auch als

Electro-Cancer-Therapie (ECT) bezeichnet wird und bei der (vereinfacht und zusammenfassend dargestellt) mittels Nadeln oder flacher Elektroden ein schwacher Gleichstrom durch den Körper des Patienten geführt wird, um auf die Krebszellen einzuwirken.

c) Hyperthermiebehandlung bei Darmkrebs

VG Hannover, Urteil v. 26.09.2018 - 13 A 4182/16 **RID 18-04-206**

juris
BhV Niedersachsen § 28

Leitsatz: 1. Zur Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für eine **Hyperthermiebehandlung** bei **Darmkrebs**.
2. Die Hyperthermiebehandlung zur Behandlung eines Darmtumors ist wissenschaftlich **nicht** allgemein **anerkannt**.
3. Bei der Auslegung der Beihilfevorschriften ist auch der **Fürsorgepflicht** Rechnung zu tragen.
4. Ein bösartiger, schon relativ weit fortgeschrittener Darmtumor ist eine **lebensbedrohende Erkrankung** im Sinne des § 28 NBhVO, auch wenn eine konkrete Gefährdung des Lebens durch die von der Beihilfeberechtigten in Anspruch genommene Therapie gerade abgewendet worden ist.
5. Zu der Frage, ob im konkreten Fall für die Behandlung eine wissenschaftlich allgemein **anerkannte Untersuchungs- und Behandlungsmethode** zur Verfügung gestanden hat.

Das ***VG*** verpflichtete die Bekl., der Kl. Beihilfe zu der von ihr in Anspruch genommenen Hyperthermiebehandlung in Höhe von 1.450 € zu gewähren.

d) Gendiagnostik zur Brustkrebsfrüherkennung nur in bestimmten Zentren

VG Saarland, Urteil v. 11.09.2018 - 2 K 154/17 **RID 18-04-207**

juris
BhV SL §§ 4, 10; GG Art. 33 V

Eine **Gendiagnostik** im Rahmen eines Früherkennungsprogramms bei Frauen mit einem erhöhten familiären Brust- und Eierstockkrebsrisiko ist nicht beihilfefähig, wenn die Untersuchung nicht in einem von der Deutschen Krebshilfe benannten **Zentrum** durchgeführt wird.

e) Ausschlussfrist und Wiedereinsetzung

VGH Bayern, Beschluss v. 02.10.2018 - 14 ZB 17.1841 **RID 18-04-208**

juris
BG Bayern Art. 96 IIIa; VwVfG Bayern Art. 32

Leitsatz: 1. Auf die **Ausschlussfrist** des Art. 96 Abs. 3a BayBG findet die **Wiedereinsetzungsvorschrift** des Art. 32 BayVwVfG unmittelbar kraft Gesetzes Anwendung (im Anschluss an BVerwG, Urt. v. 17.07.1980 - 7 C 101.78 - BVerwGE 60, 297/309).
2. Weder Art. 96 Abs. 3a BayBG noch sonstige Vorschriften des bayerischen Beihilferechts schließen eine **Wiedereinsetzung** im Sinne von Art. 32 Abs. 5 BayVwVfG aus.
3. **Ausnahmefälle**, in denen sich die Beihilfebehörde ungeachtet des Nichtvorliegens der Wiedereinsetzungsvoraussetzungen des Art. 32 BayVwVfG nicht auf den Ablauf der Ausschlussfrist des Art. 96 Abs. 3a BayBG berufen darf, sind zwar auch im bayerischen Beihilferecht nicht von vornherein ausgeschlossen, aber nur unter engen Voraussetzungen denkbar (im Anschluss an BVerwG Urt. v. 19.11.2015 - 2 C 48.13 - NVwZ-RR 2016, 467 Rn. 15; Urt. v. 10.11.2016 - 8 C 11.15 - NVwZ 2017, 876 Rn. 22).

f) Zahnärztliche Behandlung

aa) Begründungsanforderungen für Überschreiten des 2,3-fachen Gebührensatzes

VG München, Urteil v. 01.08.2018 - M 17 K 17.5384 **RID 18-04-209**
juris
BhV Bayern §§ 7, 14; GOZ §§ 5, 7, 9

Eine in jeder Hinsicht durchschnittliche Art und Weise der Behandlung kann ein **Überschreiten des 2,3-fachen Gebührensatzes** (Schwellenwert) nach § 5 II 4 Halbs. 2 GOZ nicht rechtfertigen. Erforderlich ist eine gerade in der Person des Betroffenen liegende **Besonderheit**. Der den Ausschlag für die Schwellenwertüberschreitung gebende vermehrte Aufwand muss auf eine beim betreffenden Patienten bestehende außergewöhnliche Konstitution zurückzuführen sein; rein verfahrensbezogene Besonderheiten genügen dagegen nicht. Die Begründung kann allein vom behandelnden Zahnarzt selbst gegeben werden. Die Klagepartei ist dazu als Adressat der Begründung weder berechtigt noch im Stande.
Ein **Nachschieben von gänzlich neuen Gründen** ist im Widerspruchsverfahren nicht zulässig. § 10 III 2 GOZ sieht auf Verlangen des Patienten nur eine nähere Erläuterung der bereits in der Rechnung vorgebrachten schriftlichen Begründung für die Schwellenwertüberschreitung vor.
Der Ansicht, dass allein die **Kumulation** einzelner, per se eine Schwellenwertüberschreitung nicht rechtfertigender Gründe dazu führt, dass sie nun doch als ausreichende Begründung eines erhöhten Gebührensatzes angesehen werden können, ist nicht zu folgen. Hinzu kommt, dass die hier vorgelegten **Begründungen** „geringe“ Mundöffnung, „starker“ Speichelfluss, eingeschränkte Sicht und hypermobile Zunge zu allgemein formuliert und objektiv zu wenig nachprüfbar sind, um Besonderheiten des Einzelfalls zu rechtfertigen.

bb) Unzureichende Begründungen für Überschreiten des 2,3-fachen Gebührensatzes

VG München, Urteil v. 01.08.2018 - M 17 K 17.5823 **RID 18-04-210**
juris
BhV Bayern § 7; GOZ § 5

Dass bei Vornahme einer **Leitungsanästhesie** Weichgewebsschäden vermieden werden sollten, versteht sich von selbst. Eine langsame und schrittweise Injektion der Anästhesieflüssigkeit entspricht daher zahnärztlichem Standard und kann nicht für die Begründung eines besonderen Erschwernisses der konkreten Behandlung herangezogen werden.
Dass eine **Kofferdamklammer** bereits von sich aus den sehr variablen anatomischen Verhältnissen entspricht, ist in den seltensten Fällen der Fall. Eine Individualisierung der Klammern ist fast immer nötig.
Dass bei der **Präparation und Restauration einer Kavität** die Zahnhartsubstanz maximal geschont werden sollte, versteht sich von selbst. Die minimalinvasive Präparation entspricht daher zahnärztlichem Standard. Tiefe approximale (im Zahnzwischenraum bestehende) Kavitäten, die naturgemäß schwieriger zugänglich sind, treten häufig auf und stellen keine Besonderheit dar.
Eine funktionelle Frontzahn- bzw. Kauflächengestaltung ist bei einer **Füllung** immer erforderlich und somit keine Besonderheit.
Es ist davon auszugehen, dass der **2,3fache Gebührensatz** den durchschnittlichen Aufwand für jeden beliebigen Zahn, unabhängig von seiner Lage pauschaliert abbilden soll und somit Erschwernisse, die eine Überschreitung des Schwellenwerts rechtfertigen sollen, nicht allein mit der **Lage des Zahns** begründet werden können.
Was genau unter einem **„vermehrten“ Speichelfluss** zu verstehen ist, ist unklar und somit viel zu allgemein formuliert und objektiv zu wenig nachprüfbar, um Besonderheiten des Einzelfalls zu rechtfertigen. Hinzu kommt, dass sich ein vermehrter Speichelfluss leicht mit entsprechender Absaugvorrichtung bewältigen lässt.
Die **Messungenauigkeiten** aufgrund von Restfeuchtigkeit sind keine gegenüber der Mehrzahl der Behandlungsfälle herausstechende Besonderheit, die einen erhöhten, überdurchschnittlichen Aufwand des behandelnden Zahnarztes erkennen lassen.

Eine **bakterielle Besiedelung der Wurzelkanäle** ist Voraussetzung einer Wurzelkanalbehandlung, da diese dem Entfernen der Keime dient.

cc) Überschreiten des 2,3-fachen Gebührensatzes: Trockenlegen/Blutungsneigung/Speichelfluss

VG Bayreuth, Urteil v. 26.06.2018 - B 5 K 17.435 **RID 18-04-211**
juris
BhV Bayern § 7 I 2; GOZ § 5

Die **Begründung** „bes. schw. **Trockenlegen** wg. lingualer Befestig. mit Abhalt. d. Zunge“ stellt weder einen Umstand dar, der vom durchschnittlichen Schwierigkeitsgrad abweicht, noch eine auf den individuellen Verhältnissen des konkret behandelten Patienten beruhende Besonderheit. Es entspricht bei der Eingliederung eines Retainers der gängigen Praxis, diesen aus ästhetisch-kosmetischen Gründen an den oralen Zahnflächen zu befestigen. Denknotwendig ist damit ein höherer Schwierigkeitsgrad gegenüber einer Befestigung an den vestibulären Zahnflächen verbunden, sodass ein dadurch bedingtes besonders schwieriges Trockenlegen der Zahnflächen nicht als vom Durchschnitt abweichend zu charakterisieren ist, sondern in der angewandten Behandlungsmethode begründet ist.
Die Überschreitung aufgrund einer erhöhten **Blutungsneigung** und eines vermehrten **Speichelflusses** genügt nicht, um einen vom Durchschnitt erheblich abweichenden Behandlungsfall zu begründen und den 3,5-fachen Gebührensatz anzusetzen. Aus der gegebenen Begründung muss sich entnehmen lassen, weshalb bei dem Patienten eine von der Masse der behandelnden Fälle abweichende Besonderheit vorlag und worin diese bestand.

V. Verschiedenes

1. BVerfG: Anhörung gerichtlicher Sachverständiger

BVerfG, 1. Sen. 1. Ka., Beschluss v. 02.05.2018 - 1 BvR 2420/15 **RID 18-04-212**
juris = MEDSACH 2018, 215
GG Art. 103 I

Der Anspruch auf **rechtliches Gehör** umfasst grundsätzlich auch die **Anhörung gerichtlicher Sachverständiger**.
Es liegt ein Verstoß gegen den verfassungsrechtlichen Anspruch auf rechtliches Gehör vor, wenn ein Gericht einen **Antrag auf Erläuterung eines Sachverständigengutachtens** völlig übergeht oder ihm allein deshalb nicht nachkommt, weil das Gutachten ihm überzeugend und nicht weiter erörterungsbedürftig erscheint; dagegen verlangt Art. 103 I GG nicht, einem rechtzeitigen und nicht missbräuchlichen Antrag auf Anhörung der Sachverständigen ausnahmslos Folge zu leisten: Die mündliche Anhörung eines Sachverständigen ist zwar die nächstliegende, aber nicht die einzig mögliche Behandlung eines derartigen Antrags.
Es ist verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden, wenn die Fachgerichte die Beteiligten vorrangig darauf verweisen, **Fragen und Einwendungen schriftlich vorzutragen**, um Sachverständige oder sachverständige Zeugen damit zu konfrontieren; die ggf. anschließende **mündliche Befragung** kann möglicherweise aber dann geboten sein, wenn sie sich nicht absehbar in der Wiederholung schriftlicher Äußerungen erschöpft, sondern darüber hinaus einen Mehrwert hat. Auch in diesem Fall ist es verfassungsrechtlich jedoch unbedenklich, wenn die Fachgerichte an die Beantragung mündlicher Sachverständigenbefragungen nicht weniger Anforderungen stellen als an eine schriftliche Befragung, die die Benennung konkreter Fragen und Einwendungen voraussetzt (vgl. BVerfGK 20, 319 <320>).

2. BSG: Voraussetzungen einer Revisionsbegründung

BSG, Großer Senat, Beschluss v. 13.06.2018 - GS 1/17 **RID 18-04-213**
juris
SGG § 164 II 3

Eine **Revisionsbegründung** genügt bei Sachrügen den gesetzlichen Anforderungen des § 164 II 3 SGG, wenn sie neben der Stellung eines bestimmten Antrages und der Bezeichnung der verletzten Rechtsnorm die **Gründe** aufzeigt, die nach Auffassung des Revisionsklägers auf Grund einer rechtlichen Auseinandersetzung mit den Gründen der angefochtenen Entscheidung diese als unrichtig erscheinen lassen.
Die Bezeichnung von Tatsachen ist bei **Sachrügen** kein formelles Zulässigkeitserfordernis. Der **Bezeichnung von Tatsachen** bedarf es nur, soweit dies zum Verständnis der gerügten Rechtsverletzung unerlässlich ist.

3. BGH: Erledigte Genehmigung einer zwangsweisen Heilbehandlung/Pflichten des Gerichts

BGH, Beschluss v. 20.06.2018 - XII ZB 489/17 **RID 18-04-214**
NJW 2018, 2566
FamFG §§ 62, 319 I 1; GG Art. 2 I, 20 III

Leitsatz: 1. Nach § 319 Abs. 1 Satz 1 FamFG hat das **Gericht** den Betroffenen vor einer Unterbringungsmaßnahme **persönlich anzuhören** und sich einen persönlichen Eindruck von ihm zu verschaffen.
2. Der Anspruch auf ein faires Verfahren gebietet es, einen anwaltlich nicht vertretenen Betroffenen eines **zivilrechtlichen Unterbringungsverfahrens** im Fall der Erledigung der Hauptsache auf die Möglichkeit **hinzuweisen**, seinen **Antrag** auf **Feststellung** der Rechtswidrigkeit der Unterbringungsanordnung **umzustellen** (im Anschluss an Senatsbeschluss vom 2. September 2015, XII ZB 138/15, FamRZ 2015, 1959).

4. Krankenhäuser

a) Unmöglichkeit einer Auswahlentscheidung: Aufnahme in Krankenhausplan

OVG Sachsen, Urteil v. 21.06.2018 - 5 A 684/17 **RID 18-04-215**
juris
KHG §§ 1, 6, 8

Leitsatz: 1. Zu den Voraussetzungen der Aufnahme eines lediglich konzipierten Fachkrankenhauses (hier: für **Akutgeriatrie**) in den **Krankenhausplan**.
2. Im Falle der beantragten Aufnahme eines neuen Fachkrankenhauses ist eine Auswahlentscheidung nach § 8 Abs. 2 Satz 2 KHG rechtlich nicht möglich, wenn im aktuellen Krankenhausplan für jedes Allgemeinkrankenhaus im Bereich der Somatik lediglich die Gesamtbettenzahl und die Versorgungsaufträge (Hauptabteilungen) ausgewiesen werden. Denn die zuständige Behörde hätte im Falle des Vorrangs des neuen Krankenhauses keine Möglichkeit, die Bettenzahl der Allgemeinkrankenhäuser für eine bestimmte Fachabteilung zu reduzieren. Die **Unmöglichkeit einer Auswahlentscheidung** führt unter Berücksichtigung von Art. 12 Abs. 1 Satz 1 i. V. m. Art. 3 Abs. 1 GG dazu, dass das **neue Fachkrankenhaus** im Falle der Bejahung der Bedarfsgerechtigkeit und der Leistungsfähigkeit unabhängig von einer etwaigen tatsächlichen Bedarfsdeckung in den Krankenhausplan aufzunehmen ist.

b) Krankenhausfinanzierung

aa) BVerwG: Krankenhauspflegesatz/Sicherstellungszuschlag wg. unterdurchschnittl. Fallzahlen

BVerwG, Beschluss v. 28.08.2018 - 3 B 28.17 **RID 18-04-216**
juris
KHG § 17b; KHEntgG § 5 II

Unter **Versorgungsbedarf** i.S.d. § 5 II 1 KHEntgG a.F. ist der in dem jeweiligen Versorgungsgebiet (Einzugsgebiet) zu deckende Bedarf an Krankenhausleistungen zu verstehen. Die Bedarfsfeststellung ist an den tatsächlichen Gegebenheiten und Bedarfsstrukturen im jeweiligen Einzugsbereich auszurichten. Der Tatbestand des **geringen Versorgungsbedarfs** kann nicht mit dem Befund geringer Fallzahlen in einem Krankenhaus gleichgesetzt werden, da der Versorgungsbedarf gebietsbezogen zu bestimmen ist, während eine Kostenunterdeckung im Sinne des § 5 II 1 KHEntgG a.F. krankenhausbezogen festzustellen ist. Danach reicht es für den Anspruch auf Gewährung eines Sicherstellungszuschlags nach § 5 II KHEntgG a.F. nicht aus, dass die (notwendige) Vorhaltung von Leistungen mit den Entgelten nach § 17b I 1 KHG nicht kostendeckend finanzierbar ist. Hinzukommen muss, dass die das Defizit verursachenden geringen Fallzahlen in der Versorgungsstruktur des Einzugsgebiets (z.B. ländliches Gebiet) oder in der Leistungsart (unregelmäßig oder selten auftretende Behandlungsfälle) begründet sind.
Weder § 5 II KHEntgG a.F. noch § 17b I 6 bis 8 KHG a.F. enthalten Maßstäbe oder Vorgaben dazu, wann ein Versorgungsbedarf als „gering“ anzusehen ist. Sie ergeben sich auch nicht aus bundeseinheitlichen Empfehlungen im Sinne des § 17b I 6 KHG a.F.; nach den Feststellungen in dem angegriffenen Urteil sind solche Empfehlungen durch die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene nicht vereinbart worden. Danach bestehen gegen die Heranziehung eines **landesweiten Vergleichsmaßstabs** aus Sicht des Bundesrechts keine durchgreifenden Bedenken.

VG Greifswald, Urt. v. 25.09.2013 - 3 A 1246/11 - RID 13-04-241 wies die Klage ab, ***OVG Mecklenburg-Vorpommern***, Urt. v. 25.01.2017 - 2 L 225/13 - die Berufung, das ***BVerwG*** die Nichtzulassungsbeschwerde zurück.

bb) Versorgungsauftrag für ein onkologisches Zentrum: Zentrumszuschlag

VG Ansbach, Urteil v. 19.09.2018 - AN 14 K 17.01670 **RID 18-04-217**
juris
KHG §§ 1, 18; KHEntgG §§ 5, 8, 11; SGB § 109

Eine **Klage** gegen eine Genehmigung von **selbst mitabgeschlossenen Pflegsatzvereinbarungen** verstößt gegen den auch im öffentlichen Recht geltenden Grundsatz von Treu und Glauben (venire contra factum proprium).
Aus weiteren sechs wesentlichen Gründen ist der Bescheid der Regierung von Mittelfranken rechtmäßig. Der Beigel. erfüllte als Grundlage der genannten Pflegesatzvereinbarungen für die Kalenderjahre 2014 und 2015 tatsächlich die besonderen **Aufgaben eines Zentrums** im Sinne der §§ 5 III i.V.m. 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 KHEntgG. Dem onkologischen Zentrum des Beigel. wurden aber auch aus anderer Hinsicht rechtswirksam die zuschlagsrelevanten besonderen Aufgaben in der hierfür erforderlichen Weise zugewiesen. Die Kl. sind als Vertragsparteien der beiden Pflegesatzvereinbarungen an ihre Erklärungen weiterhin gebunden, denn es gibt grundsätzlich kein Widerrufs- oder Kündigungsrecht im Krankenhausfinanzierungsrecht. Die zuständige Regierung musste unter Wahrung der Gestaltungsbefugnis der Vertragsparteien nur den strittigen Zentrumszuschlag der gerichtlichen Prüfung unterziehen.

cc) Ausbildungskosten im Rahmen der Krankenhausfinanzierung

OVG Sachsen, Urteil v. 14.03.2018 - 5 A 105/17 **RID 18-04-218**
juris = GesR 2018, 604
KHG § 17a I 1

Leitsatz: § 17a Abs. 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) umfasst auch die **Mehrkosten** des Krankenhauses infolge der **Ausbildung** hinsichtlich der **sonstigen Ausbildungsberufe** im Sinne des § 2 Nr. 1a KHG.

dd) Vereinbarung eines Sicherstellungszuschlags für Inselkrankenhaus

VG Oldenburg, Urteil v. 23.10.2018 - 7 A 8276/17 **RID 18-04-219**
juris
SGB V § 136c III; KHG § 17b Ia Nr. 6; KHEntgG § 5 II

Leitsatz: Ein **Inselkrankenhaus** kann die Voraussetzungen für die Vereinbarung eines **Sicherstellungszuschlags** i.S.d. §§ 17b Abs. 1a Nr. 6 KHG, 5 Abs. 2 KHEntgG und § 136c Abs. 3 Satz 2 Nr. 3 SGB V auch dann erfüllen, wenn dort nur **eine Abteilung für Innere Medizin** und nicht auch eine chirurgische Fachabteilung vorgehalten wird. Der Wortlaut des § 5 Abs. 2 Satz 1 des Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses - GBA - über die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen steht dem nicht entgegen.
Für Inselkrankenhäuser wird gem. § 4 Abs. 2 des GBA-Beschlusses grundsätzlich vermutet, dass ein geringer Versorgungsbedarf besteht. Diese Regelung berechtigt für Krankenhäuser in Insellagen in der Regel zu der (widerlegbaren) Vermutung, dass ein vorhandenes **Defizit** wenigstens auch bzw. teilweise kausal auf **geringe Fallzahlen** zurückzuführen ist.
Sofern ein Defizit auch auf einer **unwirtschaftlichen Betriebsführung** beruht, hat das auf die von der zuständigen Landesbehörde gem. § 5 Abs. 2 Satz 5 KHEntgG zu entscheidende Frage, ob ein Sicherstellungszuschlag zu vereinbaren ist, keinen Einfluss. Derartige Umstände sind von den Vertragsparteien des **Sicherstellungszuschlags** bei der Vereinbarung der konkreten Höhe zu berücksichtigen (§ 7 Abs. 7 GBA-Beschluss).

c) Zwangsgeld gegen Fachklinik für geriatr. Rehabilitation wg. Nichteinhaltung des Pflegeschlüssels

VGH Bayern, Beschluss v. 10.10.2017 - 22 CS 17.1806 **RID 18-04-220**
juris = PflR 2018, 327
GewO § 30; VwGO §§ 80 V, 123; VwZVG Bayern Art. 19 I Nr. 1, 21 S. 2, 38 I 3

Die in § 30 I 2 Nr. 1a GewO genannte **Gewährleistung einer „ausreichenden medizinischen und pflegerischen Versorgung der Patienten“** gehört zu den gesetzlichen positiven Voraussetzungen, um die **Konzession für eine Privatkrankenanstalt** im Sinn des § 30 GewO erteilen zu können.
Die Nebenbestimmung zur **Präsenz examinierter Pflegekräfte** ist nicht wegen eines offensichtlichen besonders schwerwiegenden Fehlers nichtig.

d) Keine Künstlersozialabgabe in privater Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung

LSG Sachsen, Urteil v. 28.08.2018 - L 9 KR 25/16 **RID 18-04-221**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
KSVG §§ 24, 25

Leitsatz: 1. Zur **Künstlersozialabgabe** sind nach § 24 Abs. 1 S. 1 Nr. 3 KSVG Unternehmen verpflichtet, deren wesentlicher Zweck darauf gerichtet ist, für die Aufführung oder Darbietung künstlerischer oder publizistischer Werke oder Leistungen zu sorgen. Dabei muss die Organisation von Veranstaltungen mit Künstlern zum wesentlichen Geschäftsinhalt des Unternehmens bzw. zu den das Unternehmen prägenden Aufgaben und Zielen gehören. Diese ergeben sich maßgeblich aus der satzungsmäßigen Aufgabenstellung sowie aus den tatsächlichen Verhältnissen. Wesentlicher Geschäftsinhalt und **Unternehmenszweck** der **privaten Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung für Psychosomatik und Orthopädie** liegt in der Durchführung stationärer, teilstationärer und

ambulanter Rehabilitationsmaßnahmen, Anschlussheilbehandlungen und ambulanter physiotherapeutischer Behandlungen. Soweit diese künstlerische oder publizistische Veranstaltungen im Rahmen des Freizeitprogramms für die Patienten anbietet, werden diese damit nicht zum wesentlichen Unternehmenszweck.
2. Nach § 24 Abs. 1 S. 2 KSVG sind zur Künstlersozialabgabe auch Unternehmer verpflichtet, die für Zwecke ihres eigenen Unternehmens **Werbung oder Öffentlichkeitsarbeit** betreiben und dabei nicht nur gelegentlich Aufträge an selbständige Künstler oder Publizisten erteilen. Dabei ist ein Öffentlichkeitsbezug nicht allein entscheidend. Maßgeblich ist vielmehr, ob mittels der Veranstaltungen auch Öffentlichkeits-„Arbeit" betrieben oder ob geworben wird. Charakteristisch dafür ist, dass das Unternehmen im Rahmen der Veranstaltungen der Öffentlichkeit seinen Unternehmenszweck präsentiert und mit Hilfe der beauftragten selbständigen Künstler zugleich auch öffentlichkeitswirksam für sich selbst wirbt. Die Veranstaltungen müssen zumindest auch der Präsentation seiner Arbeit in der Öffentlichkeit und dürfen nicht gänzlich anderen Zwecken dienen, wie das bei einer Reha-Klinik der Fall ist, die für eine abwechslungsreiche Freizeitgestaltung ihrer Zielgruppe - der Patienten - sorgt.

5. Rettungsdienst

a) Genehmigungen nach Rettungsgesetz NRW: Nichtigerklärung

OVG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 27.09.2018 - 13 A 1547/16 **RID 18-04-222**
juris
RettDG NRW §§ 2, 17, 18, 23; VwVfg NRW § 44 II Nr. 3

Nach § 44 II Nr. 3 VwVfG NRW ist ein Verwaltungsakt ohne Rücksicht auf das Vorliegen der Voraussetzungen des § 44 I VwVfG NRW nichtig, den eine Behörde außerhalb ihrer durch § 3 I Nr. 1 VwVfG NRW begründeten Zuständigkeit erlassen hat, ohne dazu ermächtigt zu sein. Gemäß § 3 I Nr. 1 VwVfG NRW ist örtlich zuständig in Angelegenheiten, die sich auf unbewegliches Vermögen oder ein ortsgebundenes Recht oder Rechtsverhältnis beziehen, die Behörde, in deren Bezirk das Vermögen oder der Ort liegt. Die **Genehmigungen nach dem Rettungsgesetz NRW**, die die Bekl. mit dem angegriffenen Bescheid für nichtig erklärt hat, weisen den erforderlichen zum Wesenskern gehörenden **Ortsbezug** nicht auf. Zwar ist die Genehmigung für die Ausübung von Notfallrettung oder Krankentransport räumlich auf einen bestimmten Betriebsbereich begrenzt zu erteilen (§ 22 I 1 RettDG NRW). Der Betriebsbereich bestimmt aber nicht den Wesenskern des eingeräumten Rechts.

b) Keine Rechtsnachfolgefähigkeit einer Genehmigung nach RettDG

OVG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 09.05.2017 - 13 A 1035/15 **RID 18-04-223**
juris = NWVBl 2018, 35
RettDG NRW §§ 17, 19, 22

Leitsatz: 1. Zur Zulässigkeit einer **vorbeugenden Feststellungsklage**. Das Übertragungsverbot des § 22 Abs. 1 Satz 3 RettDG NRW erfasst nur rechtsgeschäftliche Übertragungen rettungsdienstrechtlicher Genehmigungen, nicht aber Übergänge im Wege einer Gesamtrechtsnachfolge.
2. Im Rahmen einer **Gesamtrechtsnachfolge** aus § 131 Abs. 1 Nr. 1 UmwG oder § 1922 BGB geht eine **Genehmigung zur Ausübung von Krankentransporten** nach § 17 Satz 1 RettDG NRW nicht auf den Rechtsnachfolger über, weil die Genehmigung eine personenbezogene Rechtsposition vermittelt, die einer Rechtsnachfolge grundsätzlich nicht zugänglich ist.
3. Die **fehlende Rechtsnachfolgefähigkeit** der rettungsdienstrechtlichen Genehmigung im Fall einer gesellschaftsrechtlichen oder erbrechtlichen Gesamtrechtsnachfolge verletzt den Genehmigungsinhaber nicht in seinen Grundrechten aus Art. 12, 14 und 3 GG.
4. Dem Rechtsnachfolger steht im Fall der gesellschaftsrechtlichen oder erbrechtlichen Gesamtrechtsnachfolge in analoger Anwendung des § 19 PBefG eine **zeitlich befristete Befugnis** zur **Betriebsfortführung** zu. Beantragt der Rechtsnachfolger selbst eine Genehmigung, kann diese ohne die Prüfung objektiver Erteilungsvoraussetzungen erteilt werden. Sie kann jedoch längstens bis zu dem Zeitpunkt gelten, an dem sie auch beim Rechtsvorgänger abgelaufen sein würde.

BVerwG, Beschl. v. 07.09.2018 - 3 B 29.17 - juris wies die Nichtzulassungsbeschwerde der Kl. zurück.

c) Auskunftsersuchen: Einsatzdaten in elektronischer Form

VG Neustadt (Weinstraße), Urteil v. 05.06.2018 - 5 K 879/17.NW **RID 18-04-224**
juris
IFG § 7; RettDG RP § 29

Leitsatz: Aus § 29 Satz 2 RettDG folgt kein Anspruch auf eine **bestimmte Form der Auskunftserteilung**.

d) Interessenabwägung im einstweiligen Anordnungsverfahren

VG Ansbach, Beschluss v. 10.04.2018 - AN 14 E 18.00200 **RID 18-04-225**
juris
RettDG Bayern Art. 13 III; VwGO § 123

Dem **Interesse** eines privatwirtschaftliches **Unternehmens**, das Leistungen auf dem Gebiet des öffentlichen Rettungsdienstes (Notfallrettung und Krankentransporte) erbringt, an einer **Kündigung des öffentlich-rechtlichen Vertrages** steht das gewichtige **Interesse des Ag.** gegenüber, seiner Aufgabe nach Art. 4 S. 3 BayRettDG, der Sicherstellung der rettungsdienstlichen Versorgung der Bevölkerung durch Notfallrettung, arztbegleiteten Patiententransport und Krankentransport, nachzukommen. Im Rahmen der hier gebotenen Interessenabwägung überwiegt das Interesse der Bevölkerung und Allgemeinheit an einem funktionsfähigen Rettungsdienst am Standort die privaten Interessen der Ast., zumal es sich hier nur um eine Interimsvergabe handelt und die Ast. nicht gehindert ist, sich an dem Vergabeverfahren zu beteiligen.

6. Hebammenhaftung: Teilnahme an Gruppenkurs für Schwangere kein Behandlungsvertrag

OLG Zweibrücken, Urteil v. 28.06.2018 - 5 U 22/18 **RID 18-04-226**
juris
BGB §§ 280, 611, 630a I

Leitsatz: 1. Mit der Teilnahme an einem entgeltlichen **Gruppenkurs** (hier: „Yoga für Schwangere“, angeboten von einer Hebamme) kommt ohne Hinzutreten weiterer Umstände kein **Behandlungsvertrag** im Sinne des § 630a Abs. 1 BGB zustande, denn eine anamnestische, diagnostische oder einzeltherapeutische Vorgehensweise ist einem solchen Kurs gerade nicht immanent, sondern fremd. Ein derartiger Kurs ist regelmäßig als Dienstvertrag bzw. als typengemischter Vertrag mit dienstvertraglichem Schwerpunkt zu qualifizieren.
2. Die individuelle **Risikoprüfung** obliegt bei einem Gruppenkurs dem **Teilnehmer**, nicht dem Veranstalter, sofern die Parteien keine anderslautende Vereinbarung getroffen haben.

7. Pflegeberufe/Physiotherapeuten

a) Gesundheits- und Krankenpfleger: Gleichwertigkeit einer in Ungarn absolvierten Ausbildung

VG Karlsruhe, Urteil v. 21.08.2018 - 1 K 4390/17 **RID 18-04-227**
juris
KrPflG §§ 1 I, 2

Leitsatz: Die **Gleichwertigkeit** einer vor dem 01.05.2004 in **Ungarn** absolvierten Ausbildung als általános ápoló és aszisztens mit der Ausbildung als **Gesundheits- und Krankenpfleger/-in** kann abzulehnen sein. Wenn die Ausbildungsinhalte aber das für den Beruf des Gesundheits- und Krankenpflegehelfers/der Gesundheits- und Krankenpflegehelferin erforderliche Maß deutlich übersteigen, kommen **Ausgleichsmaßnahmen** in Betracht. In diesem Fall ist die **Erlaubnis** zur Führung der Berufsbezeichnung unter der Bedingung der Ableistung eines nach Dauer und Inhalt festgelegten Anpassungslehrgangs oder einer näher bestimmten Eignungsprüfung zu erteilen.

Für die Möglichkeit eines **Anpassungslehrgangs** nach § 2 Abs. 3a Satz 2 KrPflG, § 20a Abs. 1 Nr. 1, Abs. 2 KrPflAPrV ist nicht Voraussetzung, dass die zu vergleichenden Ausbildungen zu einem gleichen „Referenzberuf" durchlaufen werden.

b) Vorverfahren bei Prüfungsbescheid über staatliche Gesundheits- und Krankenpflegeprüfung

VG Freiburg, Urteil v. 17.07.2018 - 10 K 7000/17 **RID 18-04-228**
juris
VwGOAG BW § 15 I 2 Nr. 2

Leitsatz: Nach § 15 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 AGVwGO bedarf es eines **Vorverfahrens** bei einem Prüfungsbescheid des Regierungspräsidiums zu einer **berufsbezogenen Prüfung** immer dann, wenn der Prüfungsbescheid auf einer inhaltlichen Bewertung der Prüfungsleistung beruht, unabhängig von der Art der erhobenen Einwendungen. Entgegen der Verwaltungspraxis ist daher sowohl bei Einwendungen gegen die Bewertung der Prüfungsleistung als auch bei der Geltendmachung von Verfahrensfehlern die Durchführung eines Vorverfahrens notwendig.

c) Strafrecht: Falschabrechnungen nicht erbrachter Pflegeleistungen

LG Düsseldorf, Urteil v. 05.02.2018 - 18 KLs 2/17 **RID 18-04-229**
juris
StGB § 263

Sofern die **Falschabrechnungen nicht erbrachter Pflegeleistungen** über ein **Abrechnungsunternehmen** erfolgten, stellt das Handeln der Angeklagten zwei **Betrugstaten** dar, nämlich einmal gegenüber dem Abrechnungsunternehmen und ein weiteres Mal gegenüber den Krankenkassen und Kommunen. Je nach Betrachtungsweise ist die weitere Tat vorbestrafte Vor- oder Nachtat. Im Hinblick auf die B. GmbH war nicht sicher festzustellen, ob sie sich eines Abrechnungsunternehmens bediente.

d) Unrichtige Angaben zur Uhrzeit des Pflegeeinsatzes begründet keinen Betrug

OLG Schleswig, Beschluss v. 10.11.2017 - 1 Ws 413/17 (274/17) **RID 18-04-230**
juris = medstra 2018, 302
StGB § 263

Vorsätzlich **falsche Angaben zur Leistungszeit** bei der Pflege erfüllen nicht den Tatbestand des Abrechnungsbetrugs.
Den Beschuldigten muss im Strafverfahren nachgewiesen werden, dass sie **Leistungen** abgerechnet haben, die nicht oder nicht in der angegebenen Weise erbracht worden sind. Für eine solche Annahme genügt es nicht, dass die Beschuldigten in den für die Abrechnung maßgeblichen Leistungsnachweisen **Zeitangaben** gemacht haben, die **so nicht richtig sein können**, weil dieselbe Pflegekraft jeweils mehrere Patienten am selben Tag zur selben Uhrzeit (zum Beispiel zeitgleich um 8.00 Uhr oder um 17.00 Uhr) versorgt haben soll.
Eine für die Verwirklichung des Tatbestandes von § 263 StGB maßgebliche **Täuschung** über Tatsachen ergibt sich auch nicht unter dem Gesichtspunkt, dass jedenfalls die Angaben in den Leistungsnachweisen über die **Uhrzeit der Leistungserbringung** fehlerhaft sind. Wenn die Pflegeleistungen tatsächlich im abgerechneten Umfang erbracht wurden und lediglich die exakte Zeitangabe im Leistungsnachweis unzutreffend ist, wäre dies für die Abrechnungsfähigkeit der Leistungen ohne Bedeutung.

e) Sozialversicherungspflicht: Tätigkeit als OP-Fachschwester versicherungspflichtig

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 06.04.2016 - L 8 R 355/14 **RID 18-04-231**
Rechtskräftig
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB IV § 7a

Eine **Tätigkeit als OP-Fachschwester** unterliegt der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung, wenn eine **Eingliederung** in die betriebliche Arbeitsorganisation und Bindung an **Weisungen** vorliegt.

8. Heilpraktiker

a) Heilpraktikererlaubnis: Beschränkung auf Chiropraktik

VG Freiburg, Urteil v. 15.05.2018 - 5 K 1027/16 **RID 18-04-232**
juris
HeilprG § 1; HeilprGDV 1 § 2

Leitsatz: Die Heilpraktikererlaubnis kann auf das Gebiet der Chiropraktik beschränkt werden.

b) Keine Eigenbluttherapie durch Heilpraktikerin

VG Münster, Urteil v. 17.09.2018 - 5 K 1118/18 **RID 18-04-233**
juris
AMG §§ 13 IIb, 20d, 64 III, 69 I; TFG § 7 II

Einer Heilpraktikerin kann die **Entnahme von Blut** zur Herstellung von nichthomöopathischen **Eigenblutprodukten** zur Eigenbluttherapie untersagt werden.

Parallelverfahren:
VG Münster, Urteil v. 17.09.2018 - 5 K 1161/18 **RID 18-04-234**
juris

c) Arztvorbehalt: Entnahme von Blut zur Herstellung und Reinjizierung von ozonisiertem Eigenblut

VG Münster, Urteil v. 17.09.2018 - 5 K 579/18 **RID 18-04-235**
juris
AMG §§ 4 XXVI, 69 I; TFG §§ 7 II, 28

Leitsatz: Die **Entnahme von Blut** zur Herstellung und Reinjizierung von ozonisiertem Eigenblut unterliegt dem **Arztvorbehalt** des § 7 Abs. 2 TFG; einem Heilpraktiker ist sie nicht erlaubt.

d) Irreführende Werbung für Osteopathie

OLG Celle, Urteil v. 31.07.2018 - 13 U 26/18 **RID 18-04-236**
juris
UWG §§ 3 I, 3a, 8

Werbung für **Osteopathie** ist irreführend, wenn nicht ausreichend dargetan werden kann, dass die Werbeaussagen zur Wirksamkeit der osteopathischen Behandlungen **wissenschaftlicher Erkenntnis** entsprechen.

9. Contergangeschädigte: Nachträgliche Geltendmachung von Körperschäden

VG Köln, Urteil v. 31.07.2018 - 7 K 5889/16 **RID 18-04-237**
juris
ContStifG §§ 12 I, 13 II 1

Auch **Körperschäden**, die von einem anerkannten Contergangeschädigten mit einem Revisionsantrag als thalidomidbedingt **nachträglich geltend gemacht** werden, müssen mit einer hinreichenden Wahrscheinlichkeit auf der Einnahme von Thalidomid durch die Mutter in der Schwangerschaft beruhen (vgl. OVG Münster, Beschl. v. 19.01.2016 - 16 A 817/15 - RID 16-03-361, juris). Auch die von dem Kl. geltend gemachte Fehlbildung des linken Schienbeins (Tibia) lässt sich mit der Einnahme von Thalidomid durch die Mutter in der Schwangerschaft in Verbindung bringen.

10. HIV-Hilfegesetz: Beweiserleichterung nicht für Verwendung eines Blutprodukts

VG Köln, Urteil v. 11.09.2018 - 7 K 6394/16 **RID 18-04-238**
juris
HIV-Hilfegesetz § 15

Die **Beweiserleichterung** nach § 15 V 2 HIV-Hilfegesetz gilt nicht für die Tatsache, dass ein **Blutprodukt** bei der infizierten Person verwendet worden sein muss. Die Notwendigkeit eines **Nachweises für die Verabreichung eines Blutprodukts** ergibt sich auch aus der Zweckbestimmung des Gesetzes. Eine Beweiserleichterung ist nur für die Frage vorgesehen, ob das Blutprodukt die Infektion ausgelöst hat. Jedoch ist der Nachweis der Verabreichung eines Blutprodukts zwingend.

11. Sozialrecht

a) Impfschadensrecht

aa) Überprüfungsantrag: Maßgeblicher Zeitpunkt der letzten Verwaltungsentscheidung

SG Regensburg, Gerichtsbescheid v. 04.07.2018 - S 13 VJ 2/16 **RID 18-04-239**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
IfSG § 60

Leitsatz: 1. Die Entscheidung des **Europäischen Gerichtshofs** vom 21.06.2017 (C-621/15) hat keine unmittelbare **Bindungswirkung** für deutsche Gerichte bei Entscheidungen zu Versorgungsansprüchen nach § 60 IfSG. Denn das IfSG beruht nicht auf der europäischen Richtlinie 85/374/EWG des Rates vom 25. Juli 1985.
2. Auch eine erweiterte Auslegung des Begriffs der **„Wahrscheinlichkeit des Kausalzusammenhangs“** ist infolge des Urteils des EuGH vom 21.06.2017 nicht angezeigt.
3. Werden bei einem **Überprüfungsantrag** nach § 44 SGB X Tatsachen oder Beweismittel erstmals im Gerichtsverfahren vorgebracht, obgleich diese dem Antragsteller bereits während des Verwaltungs- und Widerspruchsverfahrens bekannt waren, sind diese bei Prüfung der Frage, ob sich die Behörde zu Recht ohne weitere Sachermittlung auf die Bestandskraft des Ausgangsbescheides berufen hat, nicht zu berücksichtigen. Denn für die Beurteilung der verwaltungsprozessualen Frage, ob die formellen Voraussetzungen eines Antrags nach § 44 SGB X vorliegen, die überhaupt erst eine Prüfpflicht der Behörde auslösen, ist auf den **Zeitpunkt der letzten Verwaltungsentscheidung** abzustellen (Anschluss an BSG, Urteil vom 13.02.2014 - B 4 AS 22/13 R - BSGE 115, 126 = SozR 4-1300 § 44 Nr. 28; BSG, Urteil vom 28.10.2014 - B 14 AS 39/13 R - SozR 4-1300 § 44 Nr. 31).

bb) Anspruch auf Elternrente: Versterben an Rentenleiden

SG Osnabrück, Urteil v. 02.08.2018 - S 2 VE 10/17 **RID 18-04-240**

juris
IfSG § 60; BVG §§ 9 Nr. 9, 38, 49, 50, 51

Die Rechtsvermutung des § 38 I 2 BVG setzt voraus, dass der Geschädigte an seinem Rentenleiden verstorben ist. Die **Rechtsvermutung** bezieht sich daher allein auf die Frage des ursächlichen Zusammenhangs zwischen anerkanntem Schädigungsleiden und dem Tod des Geschädigten. Sie gilt jedoch nur dann, wenn ein Leiden, für das dem Geschädigten im Zeitpunkt des Todes eine Rente zuerkannt war, den Tod versursacht hat, d.h. wenn das Todesleiden dem Schädigungsleiden entspricht. Daher muss in jedem Einzelfall geprüft werden, ob der Tod des Geschädigten mit dem anerkannten Schädigungsleiden im ursächlichen Zusammenhang steht.
Damit zählt die **positive Feststellung**, dass dem Tod des Geschädigten eine anerkannte Schädigungsfolge (hier: ein cerebrales Anfallsleiden) vorausging, zu der anspruchsbegründenden Tatsache, die des **Vollbeweises** bedarf (hier: bejaht).

cc) Keine gerichtliche Anhörung des Sachverständigen im Überprüfungsverfahren nach § 44 SGB X

LSG Hessen, Urteil v. 02.11.2017 - L 1 VE 29/13 **RID 18-04-241**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB X § 44

Das Recht der Beteiligten auf **Befragung eines Sachverständigen** in der mündlichen Verhandlung besteht grundsätzlich nur hinsichtlich der Gutachten, die in derselben Instanz und in demselben Verfahren erstattet worden sind. Ein Sachverständiger, der in einem **vorhergehenden Verfahren beauftragt** worden ist, muss nicht im Verfahren auf Überprüfung nach § 44 SGB X angehört werden.

BSG, Beschl. v. 18.06.2018 - B 9 V 1/18 B - verwarf die Nichtzulassungsbeschwerde als unzulässig.

b) Blindenhilfe

aa) BSG: Zerebrale Störung des Sehvermögens

BSG, Urteil v. 14.06.2018 - B 9 BL 1/17 R **RID 18-04-242**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
BlindG Bayern Art. 1

Auch bei **cerebralen Störungen** ist **Blindheit** anzunehmen, wenn der Betroffene nichts sieht. Dabei kommt es nicht (mehr) darauf an, ob die konkrete Ursache der Blindheit im Einzelfall nachvollzogen werden kann oder eine spezifische Sehstörung nachweisbar ist. Liegt Blindheit vor, wird Blindengeld zum Ausgleich blindheitsbedingter Mehraufwendungen als Pauschalleistung erbracht. Kann ein **blindheitsbedingter Aufwand** aufgrund der Eigenart des Krankheitsbildes aber gar nicht erst entstehen, wird der Zweck des Blindengelds verfehlt. In diesen besonderen Fällen darf der zuständigen Behörde der anspruchsvernichtende **Einwand der Zweckverfehlung** nicht verwehrt werden, wenn bestimmte Krankheitsbilder blindheitsbedingte Aufwendungen von vornherein ausschließen, weil der Mangel an Sehvermögen krankheitsbedingt durch keinerlei Maßnahmen (auch nicht anteilig) ausgleichbar ist. Dies wird am ehesten auf generalisierte cerebrale Leiden zutreffen können (z.B. mit dauernder Bewusstlosigkeit, Koma). Ob ein solches Krankheitsbild im konkreten Einzelfall tatsächlich vorliegt, hat die Behörde darzulegen. Sie trägt hierfür die Darlegungs- und objektive Beweislast (Anschluss und Fortführung von BSG, Urt. v. 11.8.2015 - B 9 BL 1/14 R - BSGE 119, 224 = SozR 4-5921 Art. 1 Nr. 3).

Das ***BSG*** hob auf Revision des Bekl. ***LSG Bayern***, Urt. v. 19.12.2016 - L 15 BL 9/14 - RID 17-01-399 auf und verwies die Sache zur erneuten Verhandlung und Entscheidung zurück.

bb) Keine Vererbbarkeit von Ansprüchen nach Blindenhilfegesetz

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 13.09.2018 - L 7 SO 4189/16 **RID 18-04-243**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
BliHiG BW § 4; SGB I §§ 56 ff.

Leitsatz: Ein **Anspruch** auf Landesblindenhilfe nach dem Blindenhilfegesetz Baden-Württemberg ist **weder vererbbar noch übergangsfähig** i.S. des § 56 SGB I.

c) Kosten eines Schulbegleiters: Asperger Syndrom als seelische Behinderung

VG Würzburg, Urteil v. 07.12.2017 - W 3 K 15.1434 **RID 18-04-244**
juris
SGB VIII § 35a

Leitsatz: Beim **Asperger Syndrom** handelt es sich um eine seelische Behinderung und nicht um eine Mehrfachbehinderung.

12. Strafrechtliche Rehabilitierung: Einweisung auf geschlossene venerologische Station einer Poliklinik

OLG Naumburg, Beschluss v. 19.09.2017 - 2 WS (Reh) 21/17 **RID 18-04-245**
juris = MedR 2018, 697
StrRehaG § 1

Leitsatz: Die **Einweisung** in eine **geschlossene venerologische Station** steht in grobem Missverhältnis zu dem Einweisungsgrund, wenn mit ihr nicht eine Geschlechtskrankheit bekämpft, sondern ein **ungewünschtes Verhältnis zu einem russischen Soldaten** unterbunden werden sollte.

13. US-amerikanische Leihmutterschaft: Keine Anerkennung der Ehefrau als Mutter

AG Wuppertal, Beschluss v. 03.11.2017 - 67 FH 6/16 **RID 18-04-246**
juris
FamG § 109 I Nr. 4; BGB § 1591

Wird eine mit dem Samen des Ehemanns befruchtete Eizelle der Ehefrau in den USA einer Leihmutter implantiert und hat ein US-Gericht die beiden Eheleute als Eltern anerkannt, dann ist die **Feststellung der Vaterschaft des Ehemanns** nur deklaratorisch, wenn die Vaterschaft von ihm wirksam mit Zustimmung der Leihmutter anerkannt wurde. Es ist auf die Zustimmung der Leihmutter abzustellen, die gemäß § 1591 BGB nach deutschem Recht als Mutter gilt.
Soweit von dem US-Gericht ausgesprochen wird, dass die **Ehefrau** die **Mutter** ist, ist diese Entscheidung nach deutschem Recht **nicht anzuerkennen**: Es liegt ein **Verstoß** gegen den **Ordre-public** nach § 109 I Nr. 4 FamFG vor. Eine Leihmutterschaft ist nach deutschem Recht nicht nur nicht geeignet, ein Eltern-Kind-Verhältnis herbeizuführen, sondern ausdrücklich untersagt und für Ärzte sogar unter Strafe gestellt: Hier ist auf §§ 13a ff. AdVermG, sowie § 1 I Nr. 7 Embryonenschutzgesetz zu verweisen.

14. Erwerb der Bezeichnung „Fachanwalt für Medizinrecht“: Inkassofälle

Anwaltsgerichtshof Schleswig, Urteil v. 19.02.2018 - 2 AGH 2/15 **RID 18-04-247**
juris = BRAK-Mitt 2018, 148
FAO §§ 5 Buchst. l, 14b

Aus BGH, Urt. v. 09.02.2015 - AnwZ (BrfG) 54/13 - juris Rn 13 ist zu folgern, dass **Inkassofälle** ganz überwiegend gering für den **Erwerb der Bezeichnung „Fachanwalt für Medizinrecht“** zu **gewichten** sind. Dies gilt insb. dann, wenn sich die Tätigkeit, die einen medizinrechtlichen Bezug aufweisen könnte, auf die reine Vorprüfung vor der Abgabe in das Mahnverfahren erstreckt. Bei den Fällen, denen eine Tätigkeit im Mahnverfahren bzw. Vollstreckungsverfahren zugrunde liegt, handelt es sich letztlich nur um routinemäßige Vorprüfungen, die sich auf eine Vielzahl von Wiederholungen

beschränken. Die Bekl. hat diese Fälle („wohlwollend“) mit 0,2 gewichtet. Hier kann dahinstehen, ob diese Gewichtung zutreffend ist oder ob diese Mandate vor dem Hintergrund der bloßen Vorprüfung nach den Vorgaben des BGH gar nur mit 0,0, also gar nicht als „Fall“, zu werten wären.

15. Steuerrecht

a) Einkommensteuerrecht

aa) BFH: Prämienzahlungen der gesetzlichen Krankenkassen mindern Sonderausgabenabzug

BFH, Urteil v. 06.06.2018 - X R 41/17 **RID 18-04-248**
BFHE 261, 524 = NJW 2018, 3134 = juris
EStG §§ 10 I Nr. 3 S. 1 Buchst. a, 53 I; SGB V § 65a

Leitsatz: Prämienzahlungen, die eine gesetzliche Krankenkasse ihren Mitgliedern gemäß § 53 Abs. 1 SGB V gewährt, stellen Beitragsrückerstattungen dar, die die wirtschaftliche Belastung der Mitglieder und damit auch ihre **Sonderausgaben** gemäß § 10 Abs. 1 Nr. 3 Satz 1 Buchst. a EStG reduzieren

bb) Aufwendungen für Bioresonanztherapie keine außergewöhnlichen Belastungen

FG Köln, Urteil v. 21.03.2018 - 3 K 544/17 **RID 18-04-249**
juris
EStG § 33

Aufwendungen nach § 33 I EStG sind nur diejenigen, die dem Steuerpflichtigen „zwangsläufig“ erwachsen. § 64 I 1 Nr. 2 Buchst. f EStDV besagt, dass für **wissenschaftlich nicht anerkannte Behandlungsmethoden** der Steuerpflichtige den Nachweis der Zwangsläufigkeit von Aufwendungen im Krankheitsfall durch ein amtsärztliches Gutachten oder eine ärztliche Bescheinigung eines medizinischen Dienstes der Krankenversicherung zu erbringen hat. Bei der **Bioresonanztherapie** handelt es sich um eine wissenschaftlich nicht anerkannte Behandlungsmethode.

cc) Einkommensteuerpflicht der Zahlungen aus sog. Thüringen-Stipendium

FG Thüringen, Urteil v. 14.03.2018 - 3 K 737/17 **RID 18-04-250**
juris = EFG 2018, 1554
EStG § 22

Beträge aus dem sog. **Thüringen-Stipendium** der vom Freistaat Thüringen und der KV Thüringen gegründeten „Stiftung zur Förderung der ambulanten ärztlichen Versorgung im Freistaat Thüringen“ sind steuerrechtlich als sonstige Einkünfte nach § 22 Nr. 3 EStG zu berücksichtigen. Die Voraussetzungen einer Steuerfreiheit nach § 3 Nr. 44 EStG liegen nicht vor.

b) Umsatzsteuerrecht/BFH: Steuerbefreiung im Bereich der ambulanten Eingliederungshilfe

BFH, Urteil v. 13.06.2018 - XI R 20/16 **RID 18-04-251**
BFH/NV 2018, 1217 = juris
UStG § 4 Nr. 16

Leitsatz: Leistungen im Bereich der **ambulanten Eingliederungshilfe**, die eine selbständig tätige **Psychologische Beraterin** als „sonstige qualifizierte Person“ gegenüber zugelassenen Anbietern für hilfsbedürftige Personen erbringt, waren im Jahr 2010 nach § 4 Nr. 16 Satz 1 Buchst. k (jetzt: Buchst. l) UStG steuerfrei, wenn diese Leistungen aufgrund eines Hilfeplans vom Träger der Sozialhilfe bewilligt und mittelbar vergütet wurden.

Anhang I: BSG - Anhängige Revisionen Vertragsarztrecht

Stand: 18.11.2018. Die Angaben „Aktenzeichen“, „Termin“ und „Rechtsfrage“ sowie über die Vorinstanz (Gericht und Aktenzeichen) beruhen auf der Veröffentlichung des BSG (Anhängige Rechtsfragen des 6. Senats – http://www.bundessozialgericht.de).

Sachgebiet	Aktenzeichen:	Rechtsfrage	Vorinstanz	RID
Honorarverteilung				
Anerkennung eines MVZ als Aufbaupraxis	B 6 KA 23/16 R **Termin:** 24.01.2018	Kommt es für die Annahme einer Aufbaupraxis auf den Zulassungszeitpunkt eines MVZ oder auch bzw ausschließlich auf den Zulassungszeitpunkt des in das MVZ eintretenden Arztes an? Liegt eine Aufbaupraxis bei unterdurchschnittlichen Fallzahlen aber überdurchschnittlichem Honorar vor?	***LSG Bayern***, Urt. v. 16.12.2015 - L 12 KA 121/14 -	16-03-4 NZB
Kooperationszuschlag (HVV KV Brandenburg I u. II/10)	B 6 KA 17/17 R **Termin:** 16.05.2018	Schließt die Anwendung einer "Jungarztregelung" die Gewährung eines Kooperationszuschlags aus?	***LSG Berlin-Brandenburg***, Urt. v. 18.03.2016 - L 24 KA 22/15 -	16-03-10 NZB
Erhöhung des Regelleistungsvolumens für fachgleiche BAG (IV/09 u. I/10)	B 6 KA 15/17 R **Termin:** 16.05.2018	Ist bei der Berechnung des Zuschlags von 10% (hier für die Quartale IV/2009 und I/2010) zum Regelleistungsvolumen (RLV) für fachgleiche Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) auch ein BAG-Mitglied zu berücksichtigen, das in dem für die Berechnung des RLV maßgebenden Vorjahresquartal noch als Einzelarzt tätig war?	***LSG Niedersachsen-Bremen***, Urt. v. 13.04.2016 - L 3 KA 51/13 -	16-03-5 NZB
Reduzierung des Versorgungsauftrags: Halbierung der RLV-relevanten Fallzahlen	B 6 KA 28/17 R **Termin:** 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?	***LSG Baden-Württemberg***, Urt. v. 26.10.2016 - L 5 KA 4823/15 -	17-02-1 NZB
Richtigstellung eines RLV nach Reduzierung des Versorgungsauftrags	B 6 KA 65/17 R	Unter welchen Voraussetzungen darf das dem Vertragsarzt vor dem Abrechnungsquartal zugewiesene Regelleistungsvolumen in dem nach Ablauf des Abrechnungsquartals ergehenden Honorarbescheid geändert werden?	***LSG Baden-Württemberg***, Urt. v. 25.10.2017 - L 5 KA 3809/15 -	17-04-8
Verminderung des RLV wegen Teilnahme an hausarztzentrierter Versorgung	B 6 KA 66/17 R	War die im Quartal 1/2009 vorgenommene Bereinigung des Regelleistungsvolumens nur bei den an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Vertragsärzten rechtmäßig?	***LSG Baden-Württemberg***, Urt. v. 25.10.2017 - L 5 KA 1251/14 -	17-04-5
Rückwirkende Änderungen des HVM	B 6 KA 1/18 R	Ist eine Kassenärztliche Vereinigung befugt, rückwirkende Änderungen des Honorarverteilungsmaßstabs (hier: Regelungen zur Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten) für Sachverhalte vor dem 1.1.2012 (hier: im Quartal I/2009) ohne eine Vereinbarung einseitig nur im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen vorzunehmen?	***LSG Berlin-Brandenburg***, Urt. v. 18.10.2017 - L 7 KA 18/14 -	18-01-3
Quotierung von Laboratoriumsuntersuchungen (Quartale I u. II/13)	B 6 KA 26/17 R **Termin:** 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?	***SG Mainz***, Urt. v. 01.02.2017 - S 8 KA 174/16 -	17-02-2
Strukturzuschlag auch für psychotherapeutische Ausbildungsambulanz	B 6 KA 41/17 R **Termin:** 12.12.2018	Hat eine Ausbildungsstätte für Psychotherapie nach § 6 PsychThG, die eine Ausbildungsambulanz betreibt, einen Anspruch auf Zahlung des sogenannten Strukturzuschlages nach der Nr 35251 des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen (juris: EBM-Ä 2008)?	***SG Berlin***, Urt. v. 24.05.2017 - S 83 KA 934/16 -	17-03-4
Vergütung ambulanter Notfallbehandlungen im Krankenhaus (2008)	B 6 KA 67/17 R	Verstoßen die vom Bewertungsausschuss erlassenen Neuregelungen für die Vergütung von Leistungen im Notfalldienst im Jahr 2008 gegen höherrangiges Recht?	***LSG Bayern***, Urt. v. 08.02.2017 - L 12 KA 85/15 -	17-02-25 NZB
Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen: Reichweite	B 6 KA 45/16 R **Termin:** 16.05.2018	Bezieht sich die in § 120 Abs 2 S 2 SGB 5 gewählte Formulierung, wonach die Vergütung von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der	***LSG Baden-Württemberg***, Urt. v. 26.10.2016	17-02-26

der Vereinbarung		Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich mit den Hochschulen oder Hochschulkliniken, den Krankenhäusern oder den sie vertretenden Vereinigungen im Land vereinbart wird, nur auf das jeweilige Bundesland oder enthält sie auch eine mittelbare Geltungsanordnung für Krankenkassen anderer Bundesländer?	- L 5 KA 268/15 -	
Beschränkung der Abtretung von Honoraransprüchen an Dritte	B 6 KA 38/17 R B 6 KA 39/17 R **Termin:** 27.06.2018	Darf eine Kassen(zahn)ärztliche Vereinigung in ihrer Abrechnungsordnung die Abtretung von Forderungen der Vertrags(zahn)ärzte gegen sie auf Kreditinstitute beschränken und im Übrigen ausschließen?	***LSG Rheinland-Pfalz***, Urt. v. 16.06.2016 - L 5 KA 8/15 - - L 5 KA 11/15 -	17-03-16 17-03-15 NZB
Beschränkung der Abtretung von Forderungen	B 6 KA 40/17 R **Termin:** 27.06.2018	Darf eine Kassen(zahn)ärztliche Vereinigung in ihrer Abrechnungsordnung die Abtretung von Forderungen der Vertrags(zahn)ärzte gegen sie auf Kreditinstitute beschränken und im Übrigen ausschließen?	***LSG Rheinland-Pfalz***, Urt. v. 16.06.2017 - L 5 KA 24/15 -	17-03-14 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?	***LSG Rheinland-Pfalz***, 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?	***LSG Rheinland-Pfalz***, Urt. v. 24.05.2018 - L 5 KA 38/17 -	18-03-9
Abschlagszahlungen	B 6 KA 13/18 R	Sind die Regelungen zu Vorschüssen in § 42 SGB I auf Abschlagszahlungen von vertragsärztlichem Honorar entsprechend anwendbar?	***LSG Schleswig-Holstein***, Urt. v. 24.04.2018 - L 4 KA 3/16 -	18-04-9

Arzt-/Psychotherapeutenregister

Zweigpraxis/Genehmigung der KV/Fachkunde/Notdienst/Disziplinarrecht

Keine ausgelagerten Praxisräume bei Nutzung durch verschiedene Ärzte	B 6 KA 24/17 R **Termin:** 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?	***LSG Nordrhein-Westfalen***, Urt. v. 28.09.2016 - L 11 KA 35/15 -	17-02-44
Anfechtungsberechtigung: Ausscheiden aus einer überörtlichen BAG	B 6 KA 64/17 R	Zur Anfechtungsberechtigung in Bezug auf eine Genehmigung zur Übernahme eines Versorgungsauftrags zur Versorgung chronisch niereninsuffizienter Patienten, wenn nach Auflösung einer auf dem Gebiet der Dialyse tätigen überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) die bisherigen Mitglieder ihre Tätigkeiten getrennt, aber im Übrigen unverändert an ihren jeweils beibehaltenen Vertragsarztsitzen fortsetzen.	***LSG Niedersachsen-Bremen***, Urt. v. 09.08.2017 - L 3 KA 128/15 -	18-01-24
Antragserfordernis für Genehmigung labormedizinischer Leistungen auch für Laborarzt	B 6 KA 45/17 R **Termin:** 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?	***SG Mainz***, Urt. v. 28.06.2017 - S 2 KA 66/14 -	17-04-24
Notdienst: Teilnahmepflicht eines ermächtigten Krankenhausarztes	B 6 KA 50/17 R **Termin:** 12.12.2018	Ist die Regelung einer Bereitschaftsdienstordnung, wonach ermächtigte Krankenhausärzte im Umfang von 0,25 eines Versorgungsauftrags am Bereitschaftsdienst teilnehmen, rechtmäßig?	***LSG Hessen***, Urt. v. 14.12.2016 - L 4 KA 18/15 -	17-01-33 NZB
Notdienst: Zusätzlicher Bereitschaftsdienst am Sitz der Zweigpraxis	B 6 KA 51/17 R	Verstoßen Regelungen in einer Bereitschaftsdienstordnung einer Kassenärztlichen Vereinigung, wonach Betreiber einer Filialpraxis, die in einem anderen Bereitschaftsdienstbereich als dem Vertragsarztsitz betrieben wird, verpflichtet sind, zusätzlich auch im Bereitschaftsdienstbereich der Filiale am Bereitschaftsdienst teilzunehmen, gegen höherrangiges Recht?	***LSG Bayern***, Urt. v. 05.04.2017 - L 12 KA 125/16 -	17-04-27

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?	***SG Marburg***, Urt. v. 31.01.2018 - S 12 KA 572/17 -	18-01-25

Sachlich-rechnerische Berichtigung

Übertragung der Prüfung auf Folgequartale/Bronchoskopie nach Nr. 09315 EBM	B 6 KA 63/17 R	Darf die Kassenärztliche Vereinigung im Rahmen einer sachlich-rechnerischen Berichtigung aus der Unrichtigkeit der Abrechnung von Leistungen in einem Quartal auf die Unrichtigkeit der Abrechnung dieser Leistungen auch in den Folgequartalen schließen? (Falls ja: unter welchen Voraussetzungen?)	***LSG Baden-Württemberg***, Beschl. v. 31.03.2017 - L 5 KA 3288/16 -	18-01-13 NZB
Zeitbezogene Plausibilitätsprüfung: Nebeneinanderabrechnung Ordinationskomplex/Gesprächsleistung	B 6 KA 44/17 R **Termin:** 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?	***LSG Schleswig-Holstein***, Urt. v. 13.06.2017 - L 4 KA 16/14 -	17-04-13
Zeitbezogene Plausibilitätsprüfung eines Psychotherapeuten	B 6 KA 43/17 R B 6 KA 42/17 R **Termin:** 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?	***LSG Thüringen***, 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?	***LSG Bayern***, Urt. v. 17.01.2018 - L 12 KA 123/16 -	18-03-11
Untersuchung eines Materials durch Pathologen	B 6 KA 47/16 R **Termin:** 21.03.2018	Ist für die persönliche Leistungserbringung ausreichend, dass ein Pathologe vorbereitete Befunde überprüft?	***LSG Rheinland-Pfalz***, Urt. v. 03.03.2016 - L 5 KA 23/15 -	17-01-18 NZB
Akupunktur	B 6 KA 56/17 R	Muss das "ärztlich dokumentierte Schmerzintervall" im Sinne des § 5 Abs 1 Nr 2 der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Akupunktur unmittelbar dem Beginn der Akupunkturbehandlung vorausgehen?	***LSG Bayern***, Urt. v. 14.09.2016 - L 12 KA 221/14 -	juris NZB
Vertrauensschutz durch Genehmigung für fachfremde Leistung (Akupunktur)	B 6 KA 47/17 R B 6 KA 48/17 R B 6 KA 49/17 R **Termin:** 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?	***LSG Hamburg***, Urt. v. 15.03.2017 - L 5 KA 16/15 - - L 5 KA 17/15 - - L 5 KA 18/15 -	17-03-25 17-03-26 17-04-20 NZB
Ort der Leistungserbringung: Zytologischer Arbeitsplatz	B 6 KA 61/17 R	Lässt die Zervix-Zytologie-Vereinbarung nach § 135 Abs 2 SGB 5 eine Erbringung vorbereitender Tätigkeiten an einem nicht von einer Genehmigung erfassten Ort zu?	***LSG Schleswig-Holstein***, Urt. v. 18.07.2017 - L 4 KA 17/15 -	17-04-18
Job-Sharing-Obergrenze: Eintritt in bestehende BAG	B 6 KA 48/16 R **Termin:** 24.01.2018	Wie ist die Begrenzung des Umfangs einer Arztpraxis zu berechnen, wenn ein Job-Sharing-Partner nicht in eine Einzelpraxis, sondern in eine bereits bestehende BAG eintritt?	***LSG Baden-Württemberg***, Urt. v. 16.03.2016 - L 5 KA 3901/12 -	17-01-20 NZB
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?	***LSG Bayern***, 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	***LSG Bayern***, Urt. v. 14.09.2016	18-01-16 NZB

		in voller Höhe als Eurobetrag zu berücksichtigen?	- L 12 KA 165/14 -	
Richtigstellung nach abgelaufener Ausschlussfrist: Rücknahmeermessen	B 6 KA 34/17 R **Termin:** 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?	***LSG Baden-Württemberg***, Urt. v. 26.04.2017 - L 5 KA 2448/15 -	17-02-30
Nebeneinanderabrechnung der Nr. 33076 und Nr. 33072 EBM	B 6 KA 16/17 R **Termin:** 16.05.2018	Darf die Gebührenordnungsposition (GOP) 33076 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen (EBM-Ä) neben der GOP 33072 EBM-Ä abgerechnet werden oder schließt Ziffer I 2.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen zum EBM-Ä dies aus?	***LSG Baden-Württemberg***, Urt. v. 16.03.2016 - L 5 KA 3799/13 -	16-02-23 NZB
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 allein eine von der Krankenkasse zu vergütende stationäre Krankenhausbehandlung vor?	***LSG Berlin-Brandenburg***, 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?	***LSG Rheinland-Pfalz,*** Urt. v. 19.10.2017 - L 5 KA 1/17 -	18-01-19

Wirtschaftlichkeitsprüfung/Regress

Doppelte Regressfestsetzung	B 6 KA 15/18 R	Dürfen Arzneikostenregresse wegen unzulässigen Verordnungen und solche wegen Überschreitung der Richtgrößen für denselben Zeitraum kombiniert werden?	***LSG Schleswig-Holstein***, Urt. v. 20.02.2018 - L 4 KA 8/15 -	18-04-15
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.	***SG Mainz***, Urt. v. 31.01.2018 - S 8 KA 266/15 -	18-03-36

Zulassung und Ermächtigung

Fortführungsfähige Praxis in BAG: Tätigkeitsumfang des einzelnen Vertragsarztes/Vorverfahren	B 6 KA 46/17 R **Termin:** 27.06.2018	Ist für die Beurteilung des Vorliegens eines Praxissubstrats als Voraussetzung der Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens nach § 103 Abs 3a SGB 5 bei Berufsausübungsgemeinschaften auf die Tätigkeit des ausscheidenden Vertragsarztes oder die der Berufsausübungsgemeinschaft abzustellen?	***SG Berlin***, Urt. v. 10.05.2017 - S 87 KA 946/16 -	17-04-36
MVZ Gründer eines anderen MVZ	B 6 KA 1/17 R **Termin:** 16.05.2018	Kann ein Medizinisches Versorgungszentrum ein weiteres Medizinisches Versorgungszentrum gründen?	***LSG Hessen***, Urt. v. 30.11.2016 - L 4 KA 20/14 -	17-01-52
Auswahlentscheidung: Berücksichtigung der Tätigkeit nach aufgehobener sofortiger Vollziehung	B 6 KA 33/17 R **Termin:** 27.06.2018	Welche Anforderungen sind in Zulassungsverfahren an die Sachverhaltsermittlungen und an die Begründung der Entscheidung des Berufungsausschusses bezogen auf die Auswahl zwischen konkurrierenden Bewerbern zu stellen? Ist bei der Auswahl eines Bewerbers um eine Zulassung eine vertragsärztliche Tätigkeit aufgrund einer zunächst für sofort vollziehbar erklärten Zulassung nach Aufhebung dieser Entscheidung im Rahmen einer erneuten Auswahlentscheidung zu berücksichtigen?	***LSG Thüringen***, Urt. v. 25.08.2016 - L 11 KA 928/15 -	17-03-48 NZB
Öffnung eines Planungsbereichs: „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 überversorgten Planungsbereich anwendbar?	***LSG Bayern***, Urt. v. 17.01.2018 - L 12 KA 12/17 -	18-02-28
Nachbesetzungsverfahren bei Zulassungsentziehung wegen	B 6 KA 14/18 R	Kann nach Entziehung der Zulassung eines Vertragsarztes im Umfang eines halben Versorgungsauftrags wegen Nichtausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit ein	***SG Berlin***, Urt. v. 13.06.2018	18-03-45

Nichtausübung		Nachbesetzungsverfahren durchgeführt werden?	- S 83 KA 997/16 -	
Beschäftigung einer Ärztin in der fachinternistischen und hausärztlichen Versorgung	B 6 KA 62/17 R	Darf ein medizinisches Versorgungszentrum eine angestellte Ärztin auf jeweils einer halben Vertragsarztstelle mit einem Versorgungsauftrag in der fachinternistischen und der hausärztlichen Versorgung beschäftigen?	***SG Hamburg***, Urt. v. 27.09.2017 - S 27 KA 350/16 -	18-01-35
Herausgabe einer Bürgschaftsurkunde nach Gesellschafterwechsel	B 6 KA 2/18 R	Kann der Gesellschafter einer GmbH, die ein medizinisches Versorgungszentrum betreibt, nach seinem Ausscheiden aus der Gesellschaft im Rahmen eines Gesellschafterwechsels die Rückgabe einer von ihm dem Zulassungsausschuss vorgelegten Bürgschaftsurkunde verlangen und gegebenenfalls unter welchen Voraussetzungen?	***LSG Niedersachsen-Bremen***, Urt. v. 08.11.2017 - L 3 KA 109/15 -	18-01-36
Übernahme einer Einrichtung nach § 311 SGB V durch Erbringer häuslicher Krankenpflege	B 6 KA 46/16 R **Termin:** 21.03.2018	Erfasst der in § 311 Abs 2 SGB 5 geregelte Bestandsschutz für bestimmte ärztlich geleitete Einrichtungen nur den Umfang der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung und sind im Übrigen insbesondere hinsichtlich der Trägerschaft die Regelungen für medizinische Versorgungszentren nach § 95 SGB 5 anzuwenden?	***SG Potsdam***, Urt. v. 28.09.2016 - S 1 KA 19/15 -	17-01-50
Zulassungsentziehung: Visuelles Ausspionieren der Praxisangestellten in ihrer Intimsphäre	B 6 KA 4/18 R	Verstößt ein Vertrags(zahn)arzt gegen seine vertrags(zahn)ärztlichen Pflichten, wenn er in den Schutzbereich der Intim- und Privatsphäre der Mitarbeiterinnen innerhalb ihres dienstlichen Bereichs eingreift (hier: Videobildaufnahmen in Umkleideräumen und Duschen)?	***LSG Thüringen***, Urt. v. 20.11.2017 - L 11 KA 807/16 -	18-02-34

Gesamtvergütung/Integrierte Versorgung/Aufsicht/GBA/KV/ Pädiatrische Spezialambulanz/Hausarztzentrierte Versorgung

Gesamtvergütung: Versicherten mit Wohnsitz im Ausland	B 6 KA 43/16 R **Termin:** 24.01.2018	Zur Frage der Rechtmäßigkeit des sog Kassensitzprinzips bei der Zuordnung von Versicherten mit Wohnsitz im Ausland zum Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung bei der Berechnung der Gesamtvergütung nach einer Fusion von Krankenkassen.	***LSG Saarland***, Urt. v. 28.10.2016 - L 3 KA 26/14 -	17-02-66
Datenübermittlungen auch bei Gesamtvergütung nach Kopfpauschalen	B 6 KA 27/17 R **Termin:** 27.06.2018	Zielt der Zweck der Datenübermittlung nach § 295 Abs 2 SGB 5 nur auf die Abrechnung im Sinne der Bildung der Gesamtvergütung nach § 85 SGB 5 oder bezieht er auch die nachträgliche Überprüfung der Leistungsabrechnung der Vertrags(zahn)ärzte nach § 106a SGB 5 ein?	***LSG Schleswig-Holstein***, Urt. v. 02.11.2017 - L 4 KA 14/12 -	17-02-67
Honorarkürzung u. Fortbildungspflicht: Krankenkassenanspruch?	B 6 KA 60/17 R **Termin:** 27.06.2018	Sind die Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen verpflichtet, das nach § 95d Abs 3 SGB 5 einbehaltene Honorar an die Krankenkassen auszukehren?	***LSG Nordrhein-Westfalen***, Urt. v. 08.03.2017 - L 11 KA 21/15 -	17-04-49
GBA: Erprobung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	B 6 KA 17/18 R	Ist der Hersteller eines diagnostischen Tests von der Weigerung des GBA, eine positive Empfehlung für diesen Test als Untersuchungsmethode im Sinne des § 135 Absatz 1 SGB V abzugeben, in eigenen Rechten betroffen? Welche Anforderungen sind an den Nachweis des Nutzens im Sinne des § 135 Absatz 1 Satz 1 SGB V zu stellen? Welche Anforderungen sind an die Feststellung eines Erprobungspotentials im Sinne des § 137e SGB V zu stellen?	***LSG Berlin-Brandenburg***, Urt. v. 27.06.2018 - L 7 KA 46/14 KL -	18-03-56
Grundsatz der Spiegelbildlichkeit bei KV-Gremienwahlen	B 6 KA 57/17 R	Findet der Grundsatz der Spiegelbildlichkeit bei Wahlen von Gremien der Vertreterversammlung einer Kassenärztlichen Vereinigung auch dann Anwendung, wenn die Satzung keine "Fraktionen" vorsieht und unabhängig davon, ob es sich um Gremien mit Entscheidungskompetenz oder um solche mit nur beratender Funktion handelt?	***SG Marburg, Urt. v. 31.05.2017 - S 12 KA 100/17 -***	17-03-71
Hausarztzentrierte Versorgung	B 6 KA 44/16 R **Termin:** 21.03.2018	Verstößt der für den Bezirk der KV Bayern durch Schiedsspruch vom 13.2.2012 festgesetzte Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b Abs 4 S 1 SGB 5	***LSG Bayern***, Urt. v. 14.09.2016	17-02-68

		gegen höherrangiges Recht?	- L 12 KA 149/14 -	
Hausarztzentrierte Versorgung: Geschiedster Vertrag/Aufsichtsverfügung	B 6 KA 59/17 R (alt: B 1 KR 27/17 R) **Termin:** 21.03.2018	Darf die Aufsichtsbehörde eine Krankenkasse zur Umsetzung des von der Schiedsperson festgesetzten Vertrags zur Durchführung der hausarztzentrierten Versorgung verpflichten, obwohl die Krankenkasse den Vertrag für rechtswidrig hält und dies gegenüber dem Vertragspartner gerichtlich geltend macht?	***LSG Bayern***, Urt. v. 04.04.2017 - L 5 KR 244/15 KL -	17-04-148

Erweiterte Honorarverteilung (EHV) der KV Hessen

Einnahmen aus Sonderverträgen/ Rederecht des weiteren Stellvertreters des Vorsitzenden des Beirats	B 6 KA 53/17 R B 6 KA 55/17 R B 6 KA 52/17 R B 6 KA 54/17 R **Termin:** 12.12.2018	Inwieweit sind Einnahmen aus Sonderverträgen bei der Festsetzung des Punktwertes nach den Grundsätzen der Erweiterten Honorarverteilung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen in der Fassung ab 1.7.2012 zu berücksichtigen? In welchem Umfang sind die inaktiven Mitglieder des gewählten EHV-Beirats der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen an den Sitzungen der Vertreterversammlung zu beteiligen, und welche Auswirkungen hat dies auf die formelle Rechtmäßigkeit der in der Sitzung verabschiedeten Satzungsregelungen zu den Grundsätzen der Erweiterten Honorarverteilung?	***SG Marburg***, Urt. v. 31.05.2017 - S 12 KA 704/15 - - S 12 KA 727/15 - - S 12 KA 706/15 - - S 12 KA 705/15 -	17-03-82 17-03-83 17-03-84 17-03-85
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?	***LSG Hessen***, Urt. 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: 18.11.2018. Die Angaben „Aktenzeichen“, „Termin“ und „Rechtsfrage“ sowie über die Vorinstanz (Gericht und Aktenzeichen) beruhen auf der Veröffentlichung des BSG (Anhängige Rechtsfragen des 1. bzw. 3. Senats – http://www.bundessozialgericht.de).

Sachgebiet	Aktenzeichen:	Rechtsfrage	Vorinstanz	RID
Ärztliche Behandlung				
Ambulante PET-CT-Untersuchung bei metastas. Sigmakarzinom	B 1 KR 29/17 R **Termin:** 24.04.2018	Zum Anspruch Versicherter auf eine PET-CT-Diagnostik nach § 2 Abs 1a SGB 5.	***LSG Niedersachsen-Bremen***, Urt. v. 28.03.2017 - L 4 KR 215/14 -	17-04-72 NZB
Drohender einseitiger Sehverlust/Serumaugentropfen	B 1 KR 8/18 R Anerkenntnis 10.09.2018	Ist ein drohender einseitiger Sehverlust wertungsmäßig mit einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlichen Krankheit im Sinne des § 2 Absatz 1a SGB V vergleichbar?	***LSG Rheinland-Pfalz***, Urt. v. 01.03.2018 - L 5 KR 215/17 -	18-02-77
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?	***LSG Schleswig-Holstein***, Urt. v. 07.09.2017 - L 5 KR 62/15 -	17-04-76 NZB
Kostenerstattung				
Behandlung durch Podologen bei Systemmangel (eingewachsene Zehennägel)	B 1 KR 34/17 R **Termin:** 18.12.2018	Kann eine im Anhang 1 des EBM (juris: EBM-Ä 2008) als nicht gesondert berechnungsfähig aufgeführte vertragsärztliche Leistung (hier: podologische Nagelspangenbehandlung) zur Überwindung eines Systemmangels (keine leistungsbereiten Vertragsärzte) ausnahmsweise auch bei einem fachkundigen nichtärztlichen Leistungserbringer (hier: bei einem staatlich geprüften und fachlich	***LSG Berlin-Brandenburg***, Urt. v. 11.10.2017 - L 9 KR 299/16 -	18-01-77

		qualifizierten Podologen) zu Lasten der Krankenkasse in Anspruch genommen werden?		
Kostenerstattung trotz vorläufiger Übernahme der Kosten durch Einrichtungsträger	B 3 KR 8/17 R **Termin:** 04.07.2018	Steht die Erfüllung der gegenüber einem Versicherten bestehenden Forderung eines Leistungserbringers durch einen Dritten, ohne dass eine vertragliche Verpflichtung besteht, der Geltendmachung eines Kostenfreistellungsanspruchs des Versicherten nach § 13 Abs 3 SGB 5 gegenüber seiner Krankenkasse entgegen?	***LSG Niedersachsen-Bremen***, Urt. v. 29.09.2016 - L 16/1 KR 321/14 -	17-02-149 NZB
Genehmigungsfiktion bei allen möglichen Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung	B 3 KR 8/16 R (alt: B 1 KR 14/16 R) **Zurücknahme**	Hat ein Versicherter einen Anspruch auf Versorgung mit einem CGM-Messsystem zur kontinuierlichen Glucose-Messung einschließlich des hierfür erforderlichen Zubehörs, wenn die Genehmigungsfiktion des § 13 Abs 3a S 6 SGB 5 eingetreten ist, obwohl der G-BA noch keine positive Empfehlung über den diagnostischen und therapeutischen Nutzen abgegeben und der Bewertungsausschuss sie nicht zum Gegenstand des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen (juris: EBM-Ä 2008) gemacht hat?	***LSG Bayern***, Urt. v. 23.02.2016 - L 5 KR 351/14 -	16-03-108
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?	***SG Dortmund***, Urt. v. 28.03.2018 - S 49 KR 641/17 -	18-03-92
Genehmigungsfiktion/Frist: Unterrichtung über MDK	B 1 KR 20/17 R **Termin:** 06.11.2018 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?	***LSG Hessen***, Urt. v. 18.05.2017 - L 8 KR 159/16 - - L 8 KR 42/16 -	17-03-118 17-03-119
Genehmigungsfiktion/Frist: Fehlender Nachweis für Einschaltung des MDK	B 1 KR 12/18 R 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?	***Rheinland-Pfalz***, Urt. v. 05.10.2017 - L 5 KR 375/16 -	18-02-94 NZB
Geltung der Fünf-Wochen-Frist bei Einholung eines MDK-Gutachtens auch ohne Mitteilung	B 1 KR 30/18 R **Termin:** 06.11.2018	Beträgt die Frist zur Entscheidung über den von einem Versicherten gestellten Antrag auf Leistungen nach § 13 Absatz 3a Satz 1 SGB V auch dann fünf Wochen, wenn die Krankenkasse eine gutachtliche Stellungnahme des MDK einholt, den Versicherten hiervon aber nicht - wie in § 13 Absatz 3a Satz 2 SGB V vorgeschrieben - unterrichtet? Besteht bei einem Colonkarzinom (Dickdarmkrebs) ein Anspruch auf Gewährung einer Immuntherapie mit dendritischen Zellen?	***LSG Baden-Württemberg***, Urt. v. 21.02.2017 - L 11 KR 2090/16 -	17-02-127
Genehmigungsfiktion: Leistungen der medizinischen Rehabilitation/Aufhebung der Genehmigungsfiktion	B 3 KR 12/17 R **Termin:** 15.03.2018	Zur Auslegung des Ausnahmetatbestandes für beantragte, nicht rechtzeitig im Sinne des § 13 Abs 3a SGB 5 erbrachte "Leistungen der medizinischen Rehabilitation" (§ 13 Abs 3a S 9 SGB 5). Zur Frage der verfahrensrechtlichen Aufhebung der Genehmigungsfiktion beziehungsweise des fingierten Verwaltungsaktes und der Einbeziehung des Verwaltungsaktes in das sozialgerichtliche Verfahren.	***LSG Bayern***, Urt. v. 31.01.2017 - L 5 KR 471/15	17-02-133
Genehmigungsfiktion: Arzneimittel im Rahmen eines Off-Label-Use	B 1 KR 9/18 R	Begründet eine mit Ablauf der Frist eingetretene Genehmigungsfiktion einen Naturalleistungsanspruch des Versicherten auf die Versorgung mit einem Arzneimittel im Rahmen des Off-label-use?	***LSG Rheinland-Pfalz***, Urt. v. 15.02.2018 - L 5 KR 218/17 -	18-02-97
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)?	***LSG Rheinland-Pfalz***, 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)?	***LSG Rheinland-Pfalz,*** Urt. v. 03.05.2018 - L 5 KR 119/17 -	18-03-94
Kein Sachleistungsanspruch aufgrund der Genehmigungsfiktion	B 3 KR 4/16 R **Termin:** 15.03.2018	Zur Frage der Anwendung der Genehmigungsfiktion des § 13 Abs 3a SGB 5 auf Sachleistungsansprüche und der Begrenzung des Anspruchs nach § 13 Abs 3a S 6, 7	***LSG Hessen***, Urt. v. 10.12.2015	16-01-118

(Therapiedreirad)		SGB 5 durch das Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsgebot.	- L 1 KR 413/14 -	
Genehmigungsfiktion: Beschränkung auf Leistungskatalog der GKV (Liposuktion)	B 1 KR 33/17 R	Liegt eine Liposuktion für den Versicherten erkennbar offensichtlich außerhalb des Leistungskataloges der gesetzlichen Krankenversicherung, so dass kein Raum für eine Genehmigungsfiktion (§ 13 Abs 3a SGB 5) ist?	***LSG Baden-Württemberg***, Beschl. v. 31.05.2017 - L 4 KR 4101/16 -	18-01-70 NZB
Genehmigungsfiktion: Unterschenkelprothese u. Reha-Leistung	B 3 KR 18/17 R **Termin:** 15.03.2018	Handelt es sich bei einer Definitiv-Unterschenkelprothese mit Prothesenfuß um eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation und ist deshalb § 13 Abs 3a SGB 5 nicht anwendbar?	***LSG Rheinland-Pfalz***, Urt. v. 05.01.2017 - L 5 KR 43/16 -	17-04-92 NZB
Genehmigungsfiktion und Liposuktion	B 1 KR 13/17 R **Termin:** 06.11.2018	Findet § 13 Abs 3a SGB 5 Anwendung, wenn die Krankenkasse nicht fristgerecht über einen Antrag auf Liposuktion entscheidet?	***LSG Niedersachsen-Bremen***, Urt. v. 28.03.2017 - L 4 KR 97/15 -	17-03-146
Liposuktion: Maßstab der evidenzbasierten Medizin	B 1 KR 22/17 R **Termin:** 24.04.2018 Anerkenntnis 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?	***LSG Rheinland-Pfalz***, Urt. v. 18.05.2017 - L 5 KR 95/15 -	17-03-127
Ruhen des Anspruchs nach § 13 IIIa SGB V während Auslandsaufenthalts	B 1 KR 1/18 R **Termin:** 11.09.2018	Kann ein Versicherter seinen infolge der Genehmigungsfiktion bestehenden Anspruch durch eine im (vertragslosen) Ausland selbst beschaffte Leistung (hier: Brust- und Bauchstraffungsoperation durch Abdominalplastik in der Türkei) realisieren oder ruht der Anspruch aus § 13 Absatz 3a Satz 6 SGB V gemäß § 16 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V aufgrund seines Aufenthalts im Ausland?	***LSG Hessen,*** Urt. v. 09.11.2017 - L 1 KR 210/17 -	18-01-73
	B 1 KR 18/18 R	Unter welchen Voraussetzungen kann eine fiktive Genehmigung zurückgenommen werden?	***LSG Bayern***, Urt. v. 22.02.2018 - L 4 KR 526/16 -	18-02-100
	B 3 KR 14/18 R	Unter welchen Voraussetzungen kann eine fiktive Genehmigung nach § 13 Absatz 3a Satz 6 SGB V zurückgenommen werden?	***SG Düsseldorf***, Urt. v. 28.06.2018 - S 8 KN 1459/17 KR -	18-04-44

Stationäre Behandlung

Liposuktion: Maßstab der evidenzbasierten Medizin	B 1 KR 13/16 R B 1 KR 10/17 R **Termin:** 24.04.2018	Gilt das Qualitätsgebot gem § 2 Abs 1 S 3 SGB 5 bei der Anwendung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im stationären Bereich auch nach der Änderung des § 137c SGB 5 in der Fassung vom 16.7.2015?	***LSG Sachsen***, Urt. v. 23.07.2015 - L 1 KR 104/15 - ***LSG Baden-Württemberg***, Urt. v. 31.08.2016 - L 5 KR 609/16	16-02-102 NZB 17-03-126 NZB

Auslandskrankenbehandlung

Arzneimittel

Immunglobuline bei monoklonaler Gammopathie unbestimmter Signifikanz	B 1 KR 4/17 R **Termin:** 20.03.2018	Hat ein Versicherter, der unter einem Antikörpermangelsyndrom bei Monoklonaler Gammopathie unbestimmter Signifikanz (MGUS) leidet, einen Anspruch auf intravenös zu verabreichende Arzneimittel mit dem Wirkstoff Immunglobulin außerhalb deren Indikationsgebietes, wenn aus der Grunderkrankung eine Schwächung des körpereigenen Abwehrsystems resultiert, die bei einer bereits eingetretenen Häufung schwerster Lungenentzündungen im Falle weiterer Infekte einen tödlichen Krankheitsverlauf bewirken kann, aber die Immunglobulingabe die Infektanfälligkeit reduziert? Ist eine Grunderkrankung, von der ein lebensbedrohliches Risiko ausgeht, bei dem aber	***LSG Niedersachsen-Bremen***, Urt. v. 24.01.2017 - L 4 KR 456/14 -	17-02-138

		nicht absehbar ist, dass es sich innerhalb eines kürzeren überschaubaren Zeitraums mit großer Wahrscheinlichkeit realisiert, eine lebensbedrohliche Erkrankung?		
Hilfsmittel/Heilmittel				
Häusliche Krankenpflege/Haushaltshilfe				
Seniorenresidenz als geeigneter Ort	B 3 KR 11/16 R **Termin:** 30.11.2017	Kann häusliche Krankenpflege durch den Betreiber eines Pflegedienstes erfolgen, der einen Schwerstpflegebedürftigen in einem für die Intensivpflege hergerichteten, ihm gehörenden Gebäude pflegt ("Service-Wohnen")?	***LSG Rheinland-Pfalz***, Urteil v. 19.11.2015 - L 5 KR 5/15 -	16-01-141 NZB
Häusl. Behandlungspflege: „Pflegehotel“	B 3 KR 3/17 R Rücknahme	Handelt es sich bei einem möblierten Appartement eines sog "Pflegehotels" eines Wohnstifts um einen "sonst geeigneten Ort" im Sinne von § 37 Abs 2 S 1 SGB 5?	***LSG Rheinland-Pfalz***, Urt. v. 15.12.2016 - L 5 KR 33/16 -	17-02-148
Fahrkosten				
Zuzahlung				
Rehabilitationsmaßnahmen				
Vorsorgemaßnahme für Mütter: Kinder als Begleitkinder	B 1 KR 4/18 R	Hat eine Versicherte einen Anspruch auf Mitaufnahme von privat versicherten Kindern zu der bewilligten Vorsorgemaßnahme nach § 24 SGB V gegenüber ihrer gesetzlichen Krankenkasse?	***LSG Nordrhein-Westfalen***, Urt. v. 07.12.2017 - L 5 KR 130/17 -	18-02-120
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?	***LSG Hessen***, Urt. v. 25.01.2018 - L 8 KR 115/17 - - L 8 KR 114/17 -	18-03-120 18-03-121 NZB
Krankenhauskosten				
Qualitätsanforderungen für Behandlungsalternative (Liposuktion bei Lipödem)	B 1 KR 32/18 R	Senkt § 137c Absatz 3 SGB V die Qualitätsanforderungen für den Anspruch auf stationäre Versorgung bei Methoden mit dem Potential einer Behandlungsalternative?	***LSG Niedersachsen-Bremen***, Urt. v. 10.04.2018 - L 4 KR 266/15	18-04-41 NZB
Transkatheter-Aortenklappen-Implantation und Grundversorgung	B 1 KR 2/18 R	Hat ein zur akutstationären Grundversorgung zugelassenes Plankrankenhaus (hier: der Versorgungsstufe 1 in Bayern) einen Vergütungsanspruch für die Durchführung einer Transkatheter-Aortenklappen-Implantation (TAVI) gegenüber der gesetzlichen Krankenkasse?	***LSG Bayern***, Urt. v. 18.07.2017 - L 5 KR 102/14 -	18-01-107
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?	***LSG Bayern***, Urt. v. 19.12.2017 - L 4 KR 138/17 -	18-03-128
Krankenhauseinweisung für stationäre Behandlung	B 1 KR 26/17 R **Termin:** 19.06.2018	Ist die ärztliche Krankenhauseinweisung Voraussetzung für die stationäre Behandlungsbedürftigkeit sowie für die Abrechenbarkeit stationärer Vergütungsansprüche?	***LSG Niedersachsen-Bremen***, Urt. v. 25.07.2017 - L 4 KR 10/15 -	17-04-117
Rückforderungsanspruch: Unterlassen der Prüfung der Behandlungsbedürftigkeit durch MDK	B 1 KR 35/17 R **Termin:** 18.12.2018	Ist der Rückforderungsanspruch einer Krankenkasse nach Treu und Glauben ausgeschlossen, wenn sie die Erforderlichkeit einer stationären Aufnahme nicht unmittelbar nach der Behandlung prüft, obwohl das Krankenhaus zu der eigentlich ambulant durchführbaren Behandlung keine Angaben zum Grund der stationären Aufnahme gemacht hat?	***LSG Niedersachsen-Bremen***, Urt. v. 28.06.2017 - L 4 KR 40/16 - Urt. v. 25.04.2017 - L 4 KR 350/14 -	18-01-105 18-01-104
Aufrechnung: Genaue Bezeichnung des Leistungsanspruchs	B 1 KR 31/18 R	Ist eine Aufrechnung nach § 9 der Prüfverfahrensvereinbarung - PrüfvV (juris: PrüfvVbg) unwirksam, wenn es an einer genauen Bezeichnung des Leistungsanspruchs des Krankenhauses, gegen den die Krankenkasse mit ihrem Erstattungsanspruch aufgerechnet haben will, fehlt?	***LSG Nordrhein-Westfalen***, Urt. v. 26.04.2018 - L 5 KR 593/17 -	18-04-59

Teilstationäre Krankenhausbehandlung: Abrechnung der Arzneimittel als Einzelmenge	B 1 KR 30/17 R **Termin:** 19.06.2018	Können bei einer teilstationären onkologischen Krankenhausbehandlung mit einem bestimmten Arzneimittel, die an verschiedenen Behandlungstagen erfolgt ist, die Mengen des verabreichten Medikaments als Einzelmengen abgerechnet werden?	***LSG Saarland***, Urt. v. 25.08.2017 - L 2 KR 5/16 -	18-01-123
Zusatzentgelt	B 1 KR 17/17 R **Termin:** 19.12.2017	Wie ist die Vereinbarung eines Zusatzentgelts gemäß § 6 Abs 2 KHEntgG im Rahmen der Auslegung des Qualitätsgebots zu berücksichtigen, wenn das Krankenhaus eine neue Behandlungsmethode - hier Implantation von endobronchialen Nitinolspiralen zur Lungenvolumenreduktion - anwendet?	***LSG Baden-Württemberg***, Urt. v. 23.11.2016 - L 5 KR 1101/16 -	17-01-143 NZB
Kodierung einer primären fokalen Hyperhidrose	B 1 KR 25/17 R **Termin:** 20.03.2018	Ist bei einer Krankenhausbehandlung wegen einer primären fokalen Hyperhidrose die Hauptdiagnose nach der Nr G90.8 oder nach der Nr R61.0 des ICD-10-GM 2009 zu kodieren?	***LSG Hamburg***, Urt. v. 17.05.2017 - L 1 KR 56/14 -	17-04-134
Beatmung eines Frühgeborenen	B 1 KR 13/18 R	Ist die Atemunterstützung mit einer High-Flow-Nasenkanüle (HFNC) bei Säuglingen als maschinelle Beatmung im Sinne der Nummer 1001h DKR 2009 zu werten?	***LSG Bayern***, 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?	***LSG Sachsen***, 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?	***LSG Berlin-Brandenburg***, Urt. v. 14.09.2017 - L 1 KR 238/15 -	17-04-135 NZB
Einsichtnahme in Behandlungsunterlagen	B 1 KR 40/17 R **Termin:** 18.12.2018	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?	***LSG Baden-Württemberg***, Urt. v. 22.11.2017 - L 5 KR 1284/16 -	18-01-118
Einsichtnahme in Behandlungsunterlagen	B 1 KR 19/17 R **Termin:** 19.12.2017	Zum Anspruch der Krankenkasse auf Einsichtnahme in die Behandlungsunterlagen des Krankenhauses während des Rechtsstreits und zu den Anforderungen an die Dokumentation der im Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) geregelten Komplexleistungen.	***LSG Baden-Württemberg***, Urt. v. 14.12.2016 - L 5 KR 4875/14 -	17-01-148 NZB
Gebiet „Chirurgie“: Implantation der Knie-TEP nach Krankenhausplan	B 1 KR 32/17 R **Termin:** 19.06.2018	Ist bei der Beurteilung des für die Feststellung des Vergütungsanspruchs eines Krankenhauses maßgeblichen Versorgungsauftrags nach dem Landeskrankenhausplan auf die jeweils im Zeitpunkt der streitigen Leistungserbringung gültige Weiterbildungsordnung abzustellen?	***LSG Nordrhein-Westfalen***, Urt. v. 29.06.2017 - L 16 KR 711/15 -	18-01-113
OPS 8-98b: Zeitgrenze von 30 Minuten	B 1 KR 38/17 R B 1 KR 39/17 R **Termin:** 19.06.2018	Reicht es für die Abrechnung des OPS 8-98b aus, dass die Zeitgrenze von 30 Minuten für den Transport eines Patienten zu einem Kooperationspartner des behandelnden Krankenhauses nur bei Tageslicht eingehalten werden kann?	***LSG Rheinland-Pfalz***, Urt. v. 23.11.2017 - L 5 KR 194/16 - - L 5 KR 90/16 -	18-01-126 18-01-125
Implantierung einer modularen Endoprothese	B 1 KR 35/18 R	Sind Schrauben metallische Einzelbauteile im Sinne des OPS (2013) 5-829.k, die in Kombination mit mindestens zwei weiteren metallischen Einzelbauteilen die mechanische Bauteilsicherheit der gesamten Prothese gewährleisten?	***LSG Saarland***, Urt. v. 28.02.2018 - L 2 KR 100/15 -	18-02-142 NZB
Nachholung der Begründung für OPS-Code	B 1 KR 33/18 R	Ist der Krankenhausträger berechtigt, nach erfolgter Abrechnung die Dokumentation der durchgeführten Krankenhausbehandlung zu ergänzen?	***LSG Niedersachsen-Bremen***, Urt. v. 30.01.2018 - L 16 KR 383/16 -	18-04-65 NZB
Grundrechtsorientierte Leistungsgewährung bei abzulehnender Arzneimittelzulassung	B 1 KR 36/17 R **Termin:** 11.09.2018	Besteht ein Anspruch auf Versorgung mit Medikamenten, bei denen im Rahmen des Zulassungsverfahrens bereits Anhaltspunkte bestehen, dass eine Zulassung nicht erteilt werden würde und die Zulassung nicht weiter betrieben wird (hier: Avastin für die Indikation des rezidivierenden Glioblastoms)?	***SG Chemnitz***, Urt. v. 25.10.2017 - S 38 KR 2463/15	18-01-124
Rituximab als Zusatzentgelt im Off-Label-Use bei autoimmuno-	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	***LSG Hamburg***, Urt. v. 03.05.2018	18-03-147

logischem Schleimhautpemphigoid		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?	- L 1 KR 19/16 -	
Feststellungsklage auf Feststellung der Verfahrenskostentragung	B 1 KR 3/18 R	Zur Zulässigkeit der Umstellung einer Klage auf Erstattung von Krankenhausvergütung auf einen materiellrechtlichen Kostenerstattungsanspruch. Keine Feststellungsklage auf Feststellung der Verfahrenskostentragung	***LSG Hessen***, Urt. v. 26.01.2017 - L 8 KR 400/14 -	18-01-143 NZB

Ambulante Versorgung

Weitere Leistungserbringer/Arzneimittelhersteller

Apotheken: Zulässigkeit einer produktneutralen Verordnung von Impfstoffen	B 3 KR 5/17 R **Termin:** 20.12.2018	Sind Apotheker im Falle einer produktneutralen Verschreibung von Impfstoffen ohne Nennung der Bezeichnung des Impfstoffs durch Vertragsärzte verpflichtet, anhand von Informationsmaterial der Krankenkassen rabattierte Impfstoffe auszuwählen und abzugeben?	***LSG Baden-Württemberg***, Urt. v. 24.01.2017 - L 11 KR 4746/15 -	17-02-195
Vereinbarung über Abschlag bei Abgabe von Zytostatika	3 KR 6/17 R **Termin:** 20.12.2018	Gestattet § 129 Abs 5 S 1 SGB 5 eine vertragliche Regelung über die Abrechnung von in Apotheken hergestellten Zytostatika auf Landesebene oder sind diese Regelungen nach § 129 Abs 5 S 3 SGB 5 ausschließlich der einzelvertraglichen Ebene vorbehalten?	***LSG Berlin-Brandenburg***, Urt. v. 07.12.2016 - L 9 KR 333/13 -	17-02-192
Pflicht zur Korrektur der Umsatzsteuerfestsetzung nur bei vertraglicher Vereinbarung	B 1 KR 5/18 R	Haben Krankenkassen einen Anspruch gegen eine Krankenhausapotheke auf Erstattung von Umsatzsteuer, die sie für individuell hergestellte und an ihre Versicherten im Rahmen ambulanter Behandlungen verabreichte Arzneimittel und Arzneimittelzubereitungen gezahlt haben?	***LSG Baden-Württemberg***, Urt. v. 16.01.2018 - L 11 KR 1723/17 -	18-02-162
	B 3 KR 1/18 R	Haben Krankenkassen einen Anspruch gegen eine Krankenhausapotheke auf Erstattung von Umsatzsteuer, die sie für individuell hergestellte und an ihre Versicherten im Rahmen ambulanter Behandlungen verabreichte Arzneimittel und Arzneimittelzubereitungen (hier: Zytostatika-Zubereitungen) gezahlt haben, wenn und solange die Zahlung der Umsatzsteuer durch den Krankenhausträger an das Finanzamt auf einer unter dem Vorbehalt der Nachprüfung erfolgten Steuerfestsetzung (§ 164 AO) beruht?	***LSG Baden-Württemberg***, Urt. v. 16.01.2018 - L 11 KR 4621/16 -	18-02-163
Ausländische Versandapotheke und Umsatzsteuer	B 3 KR 19/17 R	Zur umsatzsteuerrechtlichen Behandlung von Arzneimittellieferungen einer Apotheke aus einem anderen EU-Land an die Mitglieder inländischer gesetzlicher Krankenkassen.	***LSG Rheinland-Pfalz***, Urt. v. 06.07.2017 - L 5 KR 105/16 -	17-04-140
Arzneimittelhersteller: Erprobung neuer Untersuchungsmethode (DiaPat®-CC Tests, Nachweis Gallengangskarzinom)	B 1 KR 11/18 R **Termin:** 18.12.2018	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 Gallengangkarzinoms) bei in Fachkliniken behandelten Patienten mit einer primär sklerosierenden Cholangitis (PSC).	***LSG Berlin-Brandenburg***, Urt. v. 25.01.2018 - L 1 KR 151/14 KL -	18-02-166
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 Rechtsmäßigkeit eines Schiedsspruchs nach § 130b Absätze 3, 4 SGB V.	***LSG Berlin-Brandenburg***, 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 **Termin:** 04.07.2018	Zur Rechtmäßigkeit eines Schiedsspruchs der Schiedsstelle nach § 130b Abs 5 SGB 5 bezüglich des Zuschlag(es) auf die Jahrestherapiekosten der zweckmäßigen Vergleichstherapie und der Mischpreisbildung in der Konstellation unterschiedlich nutzenbewerteter Patientengruppen.	***LSG Berlin-Brandenburg***, Urt. v. 28.06.2017 - L 9 KR 213/16 KL -	17-03-215
Mischpreisbildung bei	B 3 KR 21/17 R	Zum Begründungsumfang eines Schiedsspruchs zur Festsetzung von	***LSG Berlin-Brandenburg***,	17-04-141

unterschiedlich nutzenbewerteter Patientengruppen	**Termin:** 04.07.2018	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.	Urt. v. 28.06.2017 - L 9 KR 72/16 KL -	
Arzneimittelhersteller/Festbetrags-festsetzung: Vorübergehende Lieferschwierigkeiten	B 3 KR 9/16 R **Termin:** 03.05.2018	Zur Frage der Rechtmäßigkeit der Anpassung eines Festbetrages für Arzneimittel bei einem zwischenzeitlich eingetretenen Zeitablauf von mehreren Monaten zwischen dem Bewertungsstichtag und dem Wirksamwerden der Festbetragsanpassung einschließlich einer eingeschränkten Lieferfähigkeit des Produkts.	***LSG Berlin-Brandenburg***, Urt. v. 08.04.2016 - L 1 KR 476/12 KL -	16-03-167
Festbetrag für Medikinet® adult („Methylphenidat Gruppe 1“)	B 3 KR 7/17 R (alt: B 1 KR 5/17 R) **Termin:** 03.05.2018	Verstößt die Neufestsetzung des Festbetrages für die Festbetragsgruppe Methylphenidat 1 vom 3.2.2014 des GKV-Spitzenverbandes, soweit damit auch ein Festbetrag für Medikinet® mit Wirkung vom 1.4.2014 festgesetzt worden ist, gegen § 35 SGB 5 und gegen höherrangiges Recht?	***LSG Berlin-Brandenburg***, Urt. v. 26.01.2017 - L 1 KR 67/14 KL -	17-02-188
Festbetrag für „Levothyroxin-Natrium“	B 3 KR 10/17 R **Termin:** 03.05.2018	Zur Frage der Rechtmäßigkeit der Anpassung eines Festbetrages für Arzneimittel bei einem zwischenzeitlich eingetretenen Zeitablauf von mehreren Monaten zwischen dem Bewertungsstichtag und dem Wirksamwerden der Festbetragsanpassung einschließlich einer eingeschränkten Lieferfähigkeit des Produkts.	***LSG Berlin-Brandenburg***, Urt. v. 24.02.2017 - L 1 KR 80/14 KL -	17-02-189
Abschlagspflicht für Insulinpräparate ohne Patentschutz und Generika/Wirkstoffgleichheit	B 3 KR 11/17 R **Termin:** 20.12.2018	Gilt die Abschlagspflicht für patentfreie, wirkstoffgleiche Arzneimittel nach § 130a Abs 3b SGB 5 auch für zwei in demselben biotechnologischen Herstellungsprozess produzierte und wirkstoffidentische Arzneimittel oder ist diese auf Generika und ihre Referenzarzneimittel begrenzt?	***LSG Berlin-Brandenburg***, Urt. v. 14.12.2016 - L 9 KR 213/13 -	17-02-190
Reduzierung des Herstellerrabatts auf 6 % und Ertragssituation	B 3 KR 10/16 R **Termin:** 25.10.2018	Unter welchen Voraussetzungen kann ein pharmazeutischer Unternehmer die Reduzierung des Herstellerrabatts von 16 auf 6 % beanspruchen?	***LSG Hessen***, Urt. v. 11.06.2015 - L 8 KR 88/12 -	16-03-170 NZB
Pharmazeutische Unternehmer: Maßgebliche Spitzenorganisation auf Bundesebene	B 3 KR 16/18 R	Ist der Verband der Arzneimittelimporteure Deutschlands e.V. eine für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildete maßgebliche Spitzenorganisation der pharmazeutischen Unternehmer auf Bundesebene im Sinne von § 130b Absatz 5 Satz 1 SGB V?	***LSG Berlin-Brandenburg***, Urt. v. 24.05.2018 - L 9 KR 303/15 KL -	18-04-71
Auskunftsanspruch der Krankenkassen	B 3 KR 13/16 R **Termin:** 03.05.2018	Zum Inhalt und Reichweite des Auskunftsanspruchs nach § 129 Abs 5c S 4 SGB 5.	***LSG Bayern***, Urt. v. 24.05.2016 - L 5 KR 442/13 -	16-04-171
Hilfsmittelverzeichnis: Darlegungs- und Beweispflichten des Herstellers	B 3 KR 13/17 R	Hat ein Hersteller eines Hilfsmittels Anspruch auf Eingruppierung seines Produkts in eine bestimmte Produktart des Hilfsmittelverzeichnisses (hier: Produktart 23.04.03.3 "Rahmenorthesen zur Führung und Stabilisierung des Kniegelenks mit Extensions-/Flexionsbegrenzung") oder ist der vom Gesetzgeber vorgegebene Zweck des Hilfsmittelverzeichnisses bereits dann erfüllt, wenn das betreffende Hilfsmittel überhaupt aufgenommen/gelistet wird?	***LSG Thüringen***, Urt. v. 28.03.2017 - L 6 KR 1809/13 -	17-03-216
Hilfsmittelverzeichnis: Aufnahme des Speedy-Duo 2?	B 3 KR 3/16 R **Termin:** 30.11.2017	Sind Vorspann- bzw Einhängefahrräder für Rollstühle mit Handkurbelantrieb und elektromotorischer Servounterstützung zum Erreichen von 10 km/h bzw 14 km/h in das Hilfsmittelverzeichnis aufzunehmen?	***LSG Nordrhein-Westfalen***, Urt. v. 08.12.2015 - L 1 KR 61/11 -	16-01-184
Hilfsmittelverzeichnis: Aufnahme von Laufrädern	B 3 KR 5/18 R Zurücknahme	Zum Anspruch auf Aufnahme eines (Therapie-)Laufrads in das Hilfsmittelverzeichnis.	***LSG Berlin-Brandenburg***, 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 **Termin:** 20.12.2018	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	***LSG Baden-Württemberg***, Urt. v. 13.05.2016 - L 4 KR 3332/15 -	16-03-174 NZB

		aber ausschließlich Hausbesuche durchführen soll?		
Raumhöhe für physiotherapeutische Praxis	B 3 KR 16/17 R Erledigterklärung	Erfüllt ein Physiotherapeut auch dann die Voraussetzungen für eine Zulassung nach § 124 SGB 5, wenn die Raumhöhe seiner Praxis 2,50 m unterschreitet?	***LSG Thüringen***, Urt. v. 20.04.2017 - L 6 KR 936/14 -	17-03-218
Unterbliebene Durchführung des Schiedsverfahrens	B 3 KR 31/15 R **Termin:** 29.06.2017 B 3 KR 9/17 R Erledigterklärung	Kann ein Pflegedienst eine höhere Vergütung für Leistungen der häuslichen Krankenpflege (hier: ärztlich verordnete Einmalkatheterisierungen) im Wege der Leistungsklage durchsetzen, wenn ein Schiedsverfahren trotz Vorliegens einer Schiedsvereinbarung unterblieben ist?	***LSG Baden-Württemberg***, Urt. v. 18.11.2015 - L 5 KR 2883/13 - ***LSG Baden-Württemberg***, Urt. v. 21.02.2017 - L 11 KR 4278/15 -	16-01-185 17-02-200
	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.	***LSG Bayern***, 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 **Termin:** 18.12.2018	Ist die Krankenkasse berechtigt, ein eingereichtes Lichtbild länger als zur Herstellung der elektronischen Gesundheitskarte erforderlich zu speichern?	***LSG Baden-Württemberg***, 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?	***LSG Bayern***, Urt. v. 20.03.2018 - L 5 KR 394/16 KL -	18-04-75
Wahltarife	B 1 KR 34/18 R	Dürfen Krankenkassen gemäß § 53 Absatz 4 Satz 1 SGB V in ihrer Satzung Wahltarifleistungen vorsehen, die Kostenerstattungsansprüche Versicherter für Leistungen im Ausland, für "Krankenhauszuzahlung", für "Ein- oder Zwei-Bett-Zimmer" im Krankenhaus, für Leistungen bei Zahnersatz, für Brillen und für kieferorthopädische Behandlungen ergänzend zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung zum Gegenstand haben?	***LSG Nordrhein-Westfalen***, Urt. v. 14.06.2018 - L 16 KR 251/14 -	18-04-76
Kosten für medizinische Rehabilitationsleistung und gesetzliche Rentenversicherung	B 1 KR 6/18 R **Termin:** 11.09.2018	Hat der Träger der gesetzlichen Rentenversicherung einen Erstattungsanspruch gegenüber der Krankenkasse nach § 14 Absatz 4 Satz 1 SGB IX oder §§ 102 ff SGB X, wenn der Versicherte nach Bewilligung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation einen Antrag auf Altersrente stellt (§ 12 Absatz 1 Nummer 2 SGB VI-Sozialgesetzbuch Sechstes Buch - Gesetzliche Rentenversicherung)?	***LSG Bayern***, Urt. v. 16.01.2018 - L 5 KR 601/15 -	18-02-181
Private Auslandskrankenversicherung: Erstattung von Geldleistungen	B 1 KR 7/18 R **Termin:** 11.09.2018	Hat eine private Auslandskrankenversicherung einen Anspruch gegen eine gesetzliche Krankenkasse auf Erstattung von Geldleistungen, die sie Versicherten für Krankenbehandlungen im Ausland gewährt hat?	***LSG Bayern***, 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) **Termin:** 20.03.2018	Kann die Aufsichtsbehörde die Zustimmung zu einer Vergütungserhöhung für den Vorstandsvorsitzenden einer Krankenkasse verweigern, wenn die geplante Erhöhung die Trendlinie, die von der Aufsichtsbehörde unter Berücksichtigung aller gezahlten Vorstandsgehälter ermittelt wurde, um mehr als 30 Prozent überschreitet?	***LSG Bayern***, Urt. v. 21.03.2017 - L 5 KR 334/15 KL -	17-04-147
Zustimmung der Aufsichtsbehörde zur Vorstandsvergütungsanpassung	B 1 A 2/18 R	Kann die Aufsichtsbehörde die Zustimmung zum Abschluss, zur Verlängerung oder zur Änderung eines Vorstandsdienstvertrages einer Krankasse verweigern, wenn darin die automatische Anpassung des Vorstandsgehalts mittels dynamischer Verweisung (hier:	***LSG Baden-Württemberg***, Urt. v. 05.09.2018 - L 5 KR 4364/17 KL -	18-04-80

		auf die Veränderungsrate gemäß § 71 Absatz 3 SGB V vorgesehen ist?		
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?	***LSG Bayern***, Urt. v. 27.02.2018 - L 5 KR 224/14 -	18-02-184
Erstattungsanspruch nach Rentenantragstellung	B 1 KR 29/18 R	Unter welchen Voraussetzungen hat ein Rentenversicherungsträger gegen einen Krankenversicherungsträger für die Gewährung medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen Erstattungsansprüche, wenn der Versicherte nach Bewilligung der Maßnahme einen Rentenantrag stellt?	***LSG Berlin-Brandenburg***, Urt. v. 29.06.2018 - L 1 KR 308/16 -	18-04-83
Keine aktive Prozessführungsbefugnis für Ersatzkassenverband	B 1 KR 16/18 R	Besteht für einen Verband von Ersatzkassen eine Prozessführungsbefugnis zur Geltendmachung von Wettbewerbsansprüchen seiner Mitgliedskassen gegenüber einer anderen Krankenkasse?	***SG Berlin***, 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 **Termin:** 28.09.2017	Ist eine Ärztekammer als Herausgeberin eines Ärzteblattes abgabepflichtig nach dem KSVG, wenn die Redaktionsmitglieder ausschließlich ehrenamtlich gegen Aufwandsentschädigung tätig und die Beiträge idR kostenlos verfasst werden?	***LSG Mecklenburg-Vorpommern***, Urt. v. 16.06.2015 - L 4 R 183/10 -	16-01-251
Beschwerdewert	B 3 KR 14/17 R **Termin:** 04.07.2018	Kommt es für den Beschwerdewert iS von § 144 Abs 1 S 1 Nr 1 SGG auf den wegen der Erfüllungswirkung nach § 107 Abs 1 SGB 10 verringerten Betrag der geltend gemachten Forderung an (hier: wenn der Kläger einen Anspruch auf Krankengeld geltend macht, im streitgegenständlichen Zeitraum aber bereits Leistungen in Form von Arbeitslosengeld bezogen hat)?	***LSG Rheinland-Pfalz***, Urt. v. 20.04.2017 - L 5 KR 175/16 -	17-04-154

Anhang III: Anhängige Rechtsfragen des Großen Senats und weiterer Senate

Stand: 18.11.2018. Die Angaben „Aktenzeichen“, „Termin“ und „Rechtsfrage“ sowie über die Vorinstanz (Gericht und Aktenzeichen) beruhen auf der Veröffentlichung des BSG (Anhängige Rechtsfragen Großer Senat http://www.bundessozialgericht.de).

Sachgebiet	Aktenzeichen:	Rechtsfrage	Vorinstanz	RID
Verfahrensfragen				
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?	***BSG***, Beschl. v. 17.08.2017 - B 5 R 26/14 R -	juris