

Rechtsprechungsinformationsdienst 19-02

REDAKTION	5
EDITORISCHE HINWEISE	5
ERRATUM	5
A. VERTRAGSARZTRECHT	6
I. Honorarverteilung	6
1. Regelleistungsvolumen/QZV	6
a) Neueintritt in MVZ (Niedersachsen Quartal III/11)	6
b) Leistungsbegrenzung für in Teilzeit angestellte Ärzte (Niedersachsen 2011)	7
c) RLV-Sonderregelung: Schlaflabor	7
d) Neuropädiatrie: Bezugsquartal für Sonderregelung/Voraussetzungen für 40 %-Aufschlag	8
e) QZV: Praxisbesonderheit nur bei strukturell abweichender Patientenschaft (Akupunktur)	8
f) QZV 61 und CT-gesteuerte Intervention	9
g) QZV für geriatrische und palliativmedizinische Leistungen	10
2. Wachstumsmöglichkeit von Ärzten mit anteiligem Versorgungsauftrag	10
3. „Topf-in-Topf-Leistung“ für Gastroenterologen	10
4. Psychotherapeutische Leistungen	11
a) Keine Verpflichtung der Krankenkassen zur Nachvergütung	11
b) Keine Nachvergütungspflicht für bestandskräftige Honorarbescheide	11
5. Fristen in Abrechnungsbestimmungen	11
II. Sachlich-rechnerische Berichtigung	12
1. Berichtigung wegen Falschabrechnung: Feststellung der Tatsachen	13
2. Unzulässigkeit der Tätigkeit in Praxis eines Kollegen	13
3. Postoperativer Bereitschaftsdienst anästhesistischer BAG u. unvorhergesehene Inanspruchnahme	14
4. Abrechnung einer „Kombinationsnarkose mit Maske“ nach Nr. 31822 EBM (Katarakt-Operation)	14
III. Genehmigung/Qualitätssicherung/Notdienst	14
1. Eintragung in das Arztregister: Bescheinigung eines EU-Mitgliedstaates	15
2. Qualitätssicherung	15
a) Mitteilung über Ergebnis einer Prüfung durch Koloskopie-Kommission	15
b) QVb zur spezialisierten Versorgung von Patienten mit HIV-Infektion	16
3. Angabe der Diagnosen der Patienten durch Psychotherapeuten	16
4. Anbindung an die Telematikinfrastruktur rechtmäßig	16
5. Beschäftigung eines Vorbereitungsassistenten durch MVZ	17
6. Notdienst: Keine Befreiung wegen weiterer Beschäftigung als Chefarzt	17
IV. Wirtschaftlichkeitsprüfung/Arzneikostenregress/Schadensersatz	18
1. Keine Publikationspflicht für interne Prüfrichtlinien	18
2. Keine Zuständigkeit der Prüfungsgremien: Prüfung der Nr. 03212 EBM (Chronikerzuschlag)	18
3. Arzneimittel	18
a) Vorangegangene Überschreitung auch bei vergleichsweiser Einigung	18
b) Hinweispflicht auf günstigen Bezugsweg über Krankenhausapotheke	19
c) Verordnungsaußchluss	19
aa) Fehlende Begründung bei Nichtvorlage der Behandlungsdokumentation	19
bb) Vorlage der Behandlungsdokumentation im Gerichtsverfahren	19
4. Zahnärzte	20
a) Prüfvereinbarung: Statistische Vergleichsprüfung als Regelfall/Praxisbesonderheiten	20
b) Relationsprüfung/Ländlicher Raum/Angstpatienten/Patientenverteilung	20
c) Wahlfeststellung der Prüfungseinrichtungen bei erhöhtem Prüfaufwand	21
d) Psychogene Prothesenunverträglichkeit/Funktionsfähigkeit nach Tragezeit von 7 Jahren	21
V. Zulassungsrecht	21
1. Auswahlentscheidung: Räumliche Verteilung/Geräteausstattung	22
2. Nachbesetzungsverfahren	23
a) Auswahlentscheidung: Praxisnachfolge in anästhesistische Vertragsarztpraxis	23
b) Bestandsschutz für BAG-Mitglied erteilte Anstellungsgenehmigung	23

c) Versorgungskontinuität/Anordnung des Sofortvollzuges	24
d) Erledigung des Nachbesetzungsverfahrens nach Zurücknahme des Antrags	25
e) Anfechtung der Stattgabe eines Nachbesetzungsverfahrens und Erledigung	25
f) Klagebefugnis eines Bewerbers gegen begrenzenden Eröffnungsbeschluss	25
3. Anstellungsgenehmigung für Fachärztin für Herzchirurgie	26
4. Durchführung künstlicher Befruchtungen: Drittanfechtungsbefugnis	26
5. Zulassungsentziehung	26
a) Unrichtige Abrechnung/Strafverfahren/Hygienemängel	26
b) Nachholen versäumter Fortbildungen	27
6. Ermächtigung	27
a) Umfang der Überweisungsbefugnis eines ermächtigten Krankenhausarztes	27
b) Facharztfilter für urologisch therapeutische Maßnahmen bei Kindern	27
VI. Streitwert	28
1. Datengrundlage zur Ermittlung des Fachgruppendurchschnitts	28
VII. Erweiterte Honorarverteilung der KV Hessen (EHV)	28
1. Heranziehung eines MVZ zur EHV/Kostenanteile/Beitragsklassen (Quartale III/12-II/13)	29
2. Beitragsklassen (Fachärzte für psychosomatische Medizin und Psychotherapie)/Sachkosten	29
3. Honorar aus Sonderverträgen: Schätzbescheide und Praxiskostenanteile	30
VIII. Gesamtvergütung/Kassenärztliche Vereinigung	30
1. Gesamtvergütung: Aufrechnung mit verjährter Forderung	30
IX. Bundessozialgericht (BSG)	31
1. Honorarverteilung	31
a) Anerkennung eines MVZ als Aufbaupraxis	31
b) Keine Beschränkung der Abtretung von Honoraransprüchen an Dritte	31
2. Vertretung in BAG ausschließlich für Katarakt-Operationen	31
3. Gebot der persönlichen Leistungserbringung: Ermächtigter Facharzt für Pathologie	31
4. Kein Ermessensspielraum der Prüfgremien bei unzulässiger Verordnung	32
5. Zulassungsrecht	32
a) Nachbesetzung in einer BAG: Fortführungsfähigkeit/Vorverfahren	32
b) MVZ kein Gründer eines anderen MVZ	32
c) Zulassungsentziehung aus gesundheitlichen Gründen	32
B. KRANKENVERSICHERUNGSRECHT	34
I. Vertrags(zahn)ärztliche Behandlung	34
1. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	34
a) Bestehen anderweitiger zugelassener Behandlungsmöglichkeiten	34
b) Ausschöpfen der Standardtherapien	34
c) Gesichtsfeldtherapie (Visuelle Restitutions-Therapie)	34
d) Unterkieferprotrusionsschiene bei Schlafapnoe	34
2. Satzungsregelung zur künstlichen Befruchtung	35
3. Lebendorganspende im EU-Ausland: Näheverhältnis	35
4. Anordnungsanspruch: Glaubhaftmachung der Voraussetzungen der Apherese-Richtlinie	35
II. Stationäre Behandlung	36
1. Liposuktion	36
a) Fehlende Anforderungen an Qualitätsgebot/Grundrechtsorientierte Leistungsauslegung	36
b) Liposuktion bei Lipödemen an den Beinen: Fehlende Anforderungen an Qualitätsgebot	36
2. Mammaaufbauplastik: Besonderheit bei Jugendlichen	37
III. Kostenerstattung	37
1. Genehmigungsfiktion	37
a) In-vitro-Fertilisations-Behandlungen und Altersgrenze	37
b) Hörgeräte mit integriertem Lärmschutz	38
c) Ganzheitliche Zahnbeh. nicht offensichtlich außerhalb des Leistungskataloges (Störfeldtherapie)	38
d) Vertrauensschutzregelung: Vertrauen auf Ergehen einer Genehmigung	39
2. Stationäre Behandlung während eines Türkeiurlaubs	39
3. Trainingsprogramm „Project Walk“ in den USA bei Querschnittslähmung	39
4. Kostenerstattungsverfahren: Nicht zugelassener Leistungserbringer	40
5. Keine Einhaltung des Beschaffungswegs: Verbindliche Abnahme der Hörgeräte	40
IV. Arzneimittelversorgung	40

1. Cannabis	40
a) Ärztliche Einschätzungsprärogative und Überprüfungsumfang	40
b) ADHS: Verordnung/Begründete Einschätzung/Mindestevidenz	41
c) Medizinal-Cannabisblüten: Kein Vorrang von Sativex	42
2. Off-Label-Use: Wertungsmäßig vergleichbare Erkrankung (Gichtarthritis)	42
3. Fertigarzneimittel Cytotect CP Biotest: Prophylaxe für noch ungeborenes Kind	42
V. Hilfsmittel/Heilmittel	43
1. Maßgefertigtes Haarteil bei Erkrankung an Psoriasis vulgaris	43
2. Vorübergehende Doppelversorgung mit einem weiteren Pflegebett	43
3. Versorgung nur durch Vertragspartner der Krankenkasse	43
4. Übernahme von Stromkosten für das Laden eines Elektrorollstuhles	44
VI. Rehabilitation/Häusliche Krankenpflege/Fahrkosten	44
1. Rehabilitationssport in Gruppen (Reha-Sport)	44
2. Häusliche Krankenpflege	45
a) Maßgeblichkeit der ärztlichen Verordnung für Leistungsumfang	45
b) Budget/Kosten für eine selbstbeschaffte Kraft	45
c) Blutzuckermessungen: Ausnahmefall	45
d) Medikamentengabe in einer ambulant betreuten Demenz-Wohngemeinschaft	46
e) Schulbegleitung: Zuständigkeit nach Überleitung	46
f) Zuständigkeit für Kosten einer Integrationsfachkraft bei Diabetes	46
3. Fahrkosten: Hohe Behandlungsfrequenz bei ambulanter Psychotherapie	47
VII. Beziehungen zu Krankenhäusern	47
1. Vergütungsanspruch/Fälligkeit	48
a) Nachträgliche Rechnungskorrektur im Prüfverfahren	48
b) Bestreiten der stationären Behandlungsnotwendigkeit nach drei Jahren	48
c) Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode: Gesetzesänderung (bronchiale Thermoplastie)	48
d) Erfordernis teilstationärer Krankenhausbehandlung: Multimodale Ganzkörper-Therapie	49
e) Unterschreiten der prognostizierten Mindestmenge im Ausnahmefall	49
f) Keine Anschlussheilbehandlung wegen Kapazitätsproblemen	49
g) Wirtschaftliches Alternativerhalten und Fallzusammenführung/Aufrechnung	49
h) Potenzial einer erforderlichen Behandlungsalternative (hier: Radiofrequenzbehandlung)	50
i) Überschneidungen zwischen Prüfregimen	50
j) Korrektur der Rechnung nach MDK-Prüfung: Offensichtlichkeit eines Fehlers	50
k) Unzulässigkeit der Vereinbarung einer Ausschlussfrist für nachträgliche Rechnungskorrektur	51
2. Erklärung der Krankenkasse über Anerkennung stationärer Behandlungsnotwendigkeit	51
3. Fallpauschalen	51
a) Fallzusammenführung	51
aa) Zweistufige Prüfung	51
bb) Verschiedene Hauptdiagnosegruppen	52
cc) Beurlaubung nicht ohne Willen des Versicherten	52
dd) Beurlaubung, Wirtschaftlichkeitsgebot und Fallzusammenführung	52
b) Verlegung: Zwischen Entlassung und Aufnahme keine 24 Stunden	52
c) Bestimmung der Hauptdiagnose	53
d) Medizinproduktrechtlich nicht uneingeschränkt zugelassenes Herzassistenzsystem	53
e) Intensivmedizinische Komplexbehandlung	53
f) Monitoring der hirnvenösen Sauerstoffsättigung	54
g) Beatmung eines Neugeborenen bzw. Säuglings mit der High-Flow-Nasenbrille	54
h) Setzen von Goldmarkern als Operation	54
i) Kodierung einer Verletzung der Pleura als Nebendiagnose	54
j) Hauptdiagnose bei einem „diffus metastasierenden Tumorleiden“	55
k) Intensivmedizinische Versorgung und Beatmungspflichtigkeit	55
4. Aufwandspauschale	55
a) Einleitung eines Prüfverfahrens vor Rechnungseingang	55
b) Fehlende Begründung zur Überschreitung der voraussichtl. Dauer der Krankenhausbehandlung	56
c) Fehlende Übermittlung einer signifikanten Prozedur	56
d) Sachlich-rechnerische Überprüfung: Keine Rückwirkung bei späterer Rechnungstellung	56
e) Erstattung bereits geleisteter Aufwandspauschalen	56
f) Unbilligkeit der Rückforderung bei Zahlung bis 2012	57
VIII. Beziehungen zu Leistungserbringern und Arzneimittelherstellern	57
1. Apotheken	58
a) Kein Vergütungsanspruch bei fehlendem Vertragsarztstempel auf Verordnung	58
b) Verhängung einer Vertragsstrafe: Falsche Pharmazentralnummer	58
c) Substitution durch ein rabattbegünstigtes Fertigarzneimittel	59

2. Arzneimittelrabattverträge: Kein Schadensersatz bei Lieferausfall	59
3. Hilfsmittelerbringer	59
a) Fehlender Anhaltspunkt für Depot in Arztpraxen	59
b) Vergütungsrückzahlung nach einer Prothesenversorgung	60
4. Heilmittelerbringer: Wegfall einer fachlichen Leiterin	60
IX. Angelegenheiten der Krankenkassen	60
1. Haftung des Verwaltungsratsvorsitzenden des MDK	61
2. Arbeitsgemeinschaft von Krankenkassen: Erteilung von Auskünften	61
3. Rückstellungen wegen Haftungsrisiko bei Schließung anderer Betriebskrankenkassen	61
X. Bundessozialgericht (BSG)	61
1. Genehmigungsfiktion	61
a) Geltung der 3-Wochenfrist: Fehlende Unterrichtung über MDK-Stellungnahme	61
b) Bekanntgabe der Entscheidung innerhalb der Frist erforderlich	62
c) Erforderlichkeit: Liposuktion nicht offensichtlich außerhalb des Leistungskataloges	62
d) Selbstbeschaffung der Leistung im Ausland	62
e) Voraussetzungen der Zurücknahme einer fiktiven Genehmigung	62
2. Beziehungen zu Krankenhäusern	62
a) Krankenseinweisung für stationäre Behandlung	62
b) Vergütung und Versorgungsauftrag (Chirurgie und Knie-TEP)	63
3. Arzneimittelhersteller	63
a) Festbetragsfestsetzung: Beiladung/Klagebefugnis/Wettbewerbsverzerrung	63
b) Mischpreisbildung bei unterschiedlich nutzenbewerten Patientengruppen	63
c) Mischpreisbildung für Arzneimittel (Wirkstoff: Albiglutid)	64
4. Speicherung eines Lichtbilds nur bis zur Herstellung der elektronischen Gesundheitskarte	64
5. Keine weitere Beschwerde zur Rechtswegzuweisung	64
C. ENTSCHEIDUNGEN ANDERER GERICHTE	65
I. Ärztliches Berufsrecht	65
1. Widerruf/Ruhen/Wiedererteilung der Approbation/Berufserlaubnis	65
a) Aufhebung der Ruhensanordnung: Zweifel an Ungeeignetheit unzureichend	65
b) Widerruf einer Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des ärztlichen Berufs	65
2. Zweifel an der gesundheitlichen Eignung zur Ausübung des Arztberufs	65
3. Berufspflichten	66
a) Verletzung des Distanzgebots durch Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie	66
b) Pflicht zur Abrechnung (nur) „angemessener“ Honorarforderungen	66
c) Betrügerisches Abrechnungsverhalten kann berufsrechtliche Ahndung erfordern	66
4. Verbot irreführender Werbung: HNO-Arzt nicht als „Plastischer & Ästhetischer Chirurg“	67
5. Kooperationsvereinbarung zwischen Arzt und Apotheke	67
6. Ausschluss eines Arztes von der Erstattungspflicht einer öffentlich-rechtlichen Sozialeinrichtung	67
7. Erlaubnisfreie Führung einer Gewebebank	67
8. Zuständigkeiten nach dem Infektionsschutzgesetz	67
II. Arzthaftung	68
1. Bundesgerichtshof (BGH)	68
a) Sekundäre Darlegungslast bei Hygieneverstoß	68
b) Risikoauflärung über Komplikationen einer Knieprothesen-Operation/Häufigkeitsdefinitionen	68
c) Aufklärungsgespräch mit Lebendorganspender	68
d) Schmerzensgeldanspruch des Erben bei lebens- und leidensverlängernden Maßnahmen	69
2. Behandlungsfehler	69
a) Leitlinie und fachärztlicher Standard/Entscheidungskonflikt bei verstorbenem Patienten	69
b) Überwachung einer Ärztin in Weiterbildung aus angrenzendem Monitorraum	69
c) Zurücklassen einer 1,9 cm langen Nadel im Bauchraum	70
d) Morbus Sudeck als Sekundärschaden eines ärztlichen Behandlungsfehlers	70
e) Unschädlichkeit fehlender Dokumentation der Abwägungsgründe bei Lysebehandlung	70
f) Befunderhebungspflichten bei Kenntnis von diabetischer Polyneuropathie/Schmerzensgeld	70
g) Schmerzensgeldbemessung bei schwerstgeschädigtem Kind (hypoxischer Hirnschaden)	71
3. Aufklärung/Einwilligung	71
a) Darlegungs- und Beweislast für Kausalität einer etwaigen Aufklärungspflichtverletzung	71
b) Aufklärungsversäumnis: Ex post gewonnene Erkenntnisse maßgebend	71
c) Bedenkzeit zwischen Aufklärung und Einwilligung	71
d) Art des Verschlusses einer Punktionsstelle nach Herzkatheteruntersuchung	72
e) Aufklärungspflicht über die Art des verwendeten Knochenersatzmaterials	72
f) Aufklärung über Schnittentbindung bei makrosomem Kind	72
4. Schmerzensgeldanspruch eines Angehörigen wegen des Todes des Patienten	72

5. Kein Auskunftsanspruch bzgl. einer Berufshaftpflichtversicherung _____ 73
6. Zahnärztliche Behandlung: Haftung eines Zahntechnikers für das Beschleifen einer Prothese _____ 73

ANHANG I: BSG - ANHÄNGIGE REVISIONEN VERTRAGSARZTRECHT _____ 74

ANHANG II: BSG - ANHÄNGIGE REVISIONEN KRANKENVERSICHERUNG _____ 81

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 15.05.2019 eingestellten Entscheidungen.

Erratum

AG Gießen, Urteil v. 24.11.2017 - 507 Ds 501 Js 15031/15 - RID 18-04-102 wurde irrtümlich mit dem Az. 3 Ns 406 Js 15031/15 angegeben.

A. VERTRAGSARZTRECHT

I. Honorarverteilung

Nach BSG, Urt. v. 03.04.2019 - **B 6 KA 67/17 R** - sind die **rückwirkenden Neuregelungen** des Bewertungsausschusses ab dem 01.01.2008 zur **Vergütung von Notfallbehandlungen**, mit denen die Notfallbehandlungen in Krankenhäusern und bei Vertragsärzten gleichgestellt wurden, rechtmäßig und wurden bei der Nachvergütung der Klägerin für die streitbefangenen Quartale zutreffend angewandt. In der Senatsrspr. wie der des BVerfG finden sich unterschiedliche **Ansätze zum Gestaltungsspielraum des Normgebers** bei der **Beseitigung normativ induzierter Ungleichbehandlungen in der Vergangenheit**. Im Lichte der Rechtsprechung des BVerfG kann ein gleichheitswidriger Begünstigungsausschluss für den Zeitraum bis zum Inkrafttreten der Neuregelung jedenfalls nicht nur dadurch behoben werden, dass die höheren Leistungen auch der bislang benachteiligten Gruppe gewährt werden, sondern auch dadurch, dass die gleichheitswidrige Begünstigung zwar ganz abschafft wird, aber alle von der Neuregelung Betroffenen wirtschaftlich schlechter gestellt bleiben als die ehemals gleichheitswidrig begünstigte Gruppe. Auch nach BSG, Urt. v. 12.12.2012 - **B 6 KA 3/12 R** - SozR 4-2500 § 75 Nr. 13 war der Bewertungsausschuss nicht verpflichtet, für eine Anhebung der Vergütung der Krankenhäuser auf das Niveau der rechtswidrigen Vergütungstatbestände der ursprünglich geltenden Regelung zu sorgen. Daran hält der Senat fest. Um aber eine faktische Benachteiligung für die Vergangenheit soweit wie möglich zu begrenzen, stellt der Senat **für künftige Streitfälle zu Gleichheitsverstößen bei der Notdienstvergütung** klar, dass der Bewertungsausschuss nach der bestandskräftigen gerichtlichen Feststellung des Gleichheitsverstößes durch EBM-Regelungen innerhalb eines Jahres - ab dem Ende des Quartals, in dem das Urteil den Beteiligten zugestellt worden ist - eine Neuregelung (auch) für die Vergangenheit schaffen muss. Zudem sind die KVen ab diesem Zeitpunkt verpflichtet, die Honorarbescheide gegenüber den Angehörigen der begünstigten Gruppe mit einem Vorbehalt zu versehen, der es ermöglicht, die Vergütungsansprüche für die Zeit bis zur Neuregelung auf das Niveau abzusenken, dass sich (rückwirkend) nach Inkrafttreten der Neuregelung ergibt.

Nach BSG, Urt. v. 12.12.2018 - **B 6 KA 41/17 R** - ist die Revision gegen die Verurteilung zur Zahlung des **Strukturzuschlags** an eine staatlich anerkannte **Ausbildungsstätte für Psychotherapie** unzulässig, da die Rechtsgrundlage des Vergütungsanspruchs („Vereinbarung gemäß § 120 SGB V“) eine Norm des Landesrechts ist und die bekl. Krankenkasse nicht dargelegt hat, dass und warum diese landesrechtliche Regelung revisibel sein soll. Zur Sache hat der Senat darauf hingewiesen, dass das SG die Vorschrift zu Recht als **dynamische Verweisung** auf die jeweils geltenden Regelungen des EBM ausgelegt und die Bekl. im Grundsatz zu Recht zur Zahlung von Strukturzuschlägen an die Kl. verurteilt hat. Entgegen der Auffassung des SG dürften die Strukturzuschläge jedoch nicht höher bewertet werden als bei Erbringung der entsprechenden Leistungen durch einen voll ausgelasteten Psychotherapeuten. Nachzahlungen von Honorar für Ausbildungsstätten sind aber grundsätzlich **nicht zu verzinsen**, solange keine entsprechende Vereinbarung getroffen worden ist. Die Vertragspartner der Vereinbarung gemäß § 120 II SGB V durften die kostentragenden Krankenkassen ermächtigen, über Vergütungsansprüche des Leistungserbringers durch **Verwaltungsakt** zu entscheiden.

1. Regelleistungsvolumen/QZV

a) Neueintritt in MVZ (Niedersachsen Quartal III/11)

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 12.12.2018 - L 3 KA 98/15

RID 19-02-1

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 87b

Leitsatz: Die Regelung in Teil A Nr. 5 NVV-Vereinb 2011 („Vereinbarung zur Umsetzung der Beschlüsse des <Erweiterten> Bewertungsausschusses zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung im Jahr 2011“ der Gesamtvertragspartner in Niedersachsen), wonach für einen Arzt, der **neu** in eine bestehende Praxis eintritt, **„maximal“ das arztgruppenspezifische Regelleistungsvolumen** für das jeweilige Quartal angesetzt wird, verletzt höherrangiges Recht.

Die Kl. betreibt ein MVZ, das seit dem Quartal II/09 an der vertragsärztlichen Versorgung teilnimmt. Ab dem Quartal I/11 war Dr. H. als fachärztlich tätige Internistin mit dem Schwerpunkt Nephrologie im MVZ angestellt. Im streitbefangenen Abrechnungszeitraum III/11 nahm ferner Dr. I. seine Anstellung im MVZ als hausärztlich tätiger Internist auf. **SG Hannover**, Urt. v. 22.07.2015 - 71 KA 279/12 - wies die Klage ab, das **LSG** verurteilte die Bekl., über den Honoraranspruch der Kl. für das Quartal III/11 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats neu zu entscheiden.

Aus den Gründen:

27 b) Unter Zugrundelegung dieser Vorgaben erweist sich der angefochtene Honorarbescheid als rechtswidrig, weil der Bemessung des RLV bei der hier gegebenen Sachlage **keine wirksame Rechtsgrundlage** zugrunde liegt (dazu unter aa). Außerdem ist es mit höherrangigem Bundesrecht nicht vereinbar, dass die Beklagte für das MVZ **kein praxisbezogenes festes RLV** für die abrechenbare Menge der vertragsärztlichen Leistungen, sondern lediglich für beide angestellten Ärzte gesonderte Obergrenzen der Honorierung in Abhängigkeit von der jeweiligen tatsächlichen individuellen Fallzahl zugrunde gelegt hat (dazu unter bb).

28 aa) Der B-BewA 2010 enthält keine abschließende Regelung zur arztbezogenen Ermittlung des RLV für den auch hier vorliegenden Fall, dass ein Arzt erst nach Abschluss des Vorjahresquartals in einem MVZ angestellt wird; dasselbe gilt im Übrigen für den Eintritt eines Arztes in eine BAG. (...)

29 Insoweit oblag es den Vertragspartnern, ergänzende Regelungen zu treffen. (...)

30 Bei Anwendung dieser Maßstäbe ist die Anstellung eines Arztes in einem MVZ keine Umwandlung der Kooperationsform, und zwar auch dann nicht, wenn dieser Arzt an die Stelle eines zuvor im MVZ angestellten Arztes tritt. Denn durch die Anstellung bzw den personellen Wechsel ändert sich an der Kooperationsform MVZ als solcher nichts; in dieser Hinsicht ist der Wortlaut des Ermächtigungstatbestandes auch nicht unklar.

31 Die Notwendigkeit der Schaffung ergänzender Regelungen ist schließlich auch nicht auf die von Teil F Abschnitt I Nr 3.6 B-BewA 2010 erfassten Praxen in der Anfangsphase beschränkt. Denn ebenso wie der Eintritt eines Arztes in eine BAG kommt die Anstellung eines Arztes in einem MVZ auch nach Ablauf der **von den Vertragspartnern festzulegenden Aufbauphase** in Betracht. Ist dieser Zeitraum - für dessen Beginn die erstmalige Zulassung des MVZ maßgebend ist - verstrichen, kann sich die Praxis nicht durch Neuanstellung von Ärzten „verjüngen“ und so die Eigenschaft als Aufbaupraxis länger als von den Vertragspartnern bestimmt oder gar durch regelmäßige Neueinstellungen „junger“ Ärzte fortwährend behalten (vgl BSG Urteil vom 24. Januar 2018 - B 6 KA 23/16 R, juris). Demzufolge bedarf es einer **generellen**, auch für **etablierte Praxen geltenden** Regelung zur arztbezogenen Ermittlung des RLV in den **ersten vier Quartalen nach dem Beginn der Anstellung** eines Arztes im MVZ (und entsprechend nach dem Eintritt eines Arztes in eine BAG). Da der BewA eine derartige Regelung nicht geschaffen hat, durfte und musste die damit verbliebene Lücke von der Beklagten - hier über die gemeinsam mit den Kassen(verbänden) abgeschlossene NVV-Vereinbarung - geschlossen werden, weil die sich aus § 85 Abs 4 SGB V ergebenden Befugnisse der KÄV gemäß § 87b Abs 5 S 3 SGB V aF (im Gesetz sind nur beispielhaft die Bestimmung von Abrechnungsfristen und -belegen sowie zur Verwendung von Vergütungsanteilen für Verwaltungsaufwand genannt) durch § 87b SGB V aF unberührt bleiben. (...)

33 Danach greift im vorliegenden Fall die Verweisung auf Teil A Nr 5 S 1 NVV-Vereinbarung 2011. (...) Dementsprechend ist die Formulierung, dass maximal das arztgruppendurchschnittliche RLV zugebilligt wird, im Ergebnis **inhaltsleer** und damit **unbestimmt**, sodass die von der Regelung Betroffenen die daraus resultierende Rechtslage nicht konkret erkennen und ihr Verhalten danach ausrichten können (...).

34 (...)Eine „Zuweisung“ des RLV erst nach Abschluss des Quartals im Honorarbescheid ist nicht vorgesehen und wäre auch mit den gesetzgeberischen Zielen der Festlegung von RLV nicht zu vereinbaren.

35 (...) Bei der Anpassung der NVV-Vereinbarung 2011 wird insbesondere eine Regelung zu treffen sein, welche Fallzahl der arztbezogenen Ermittlung des RLV eines angestellten Arztes eines MVZ in den ersten vier Quartalen seiner Anstellung im MVZ zugrunde zu legen ist. Dabei steht den Vertragspartnern als Normgeber ein Gestaltungsspielraum zu, den auch die Gerichte zu respektieren haben; nähere Vorgaben für den Inhalt der Neuregelung durch den Senat kommen demzufolge nicht in Betracht.

36 Lediglich ergänzend weist der Senat auf die Rechtsprechung des BSG hin, wonach im Fall der (hier nicht gegebenen) Vergrößerung einer BAG durch den Eintritt eines Arztes im ersten Jahr nach dem Eintritt des RLV für die Praxis nicht allein nach deren (Gesamt-)Fallzahl im Vorjahresquartal berechnet werden darf; vielmehr muss in einem solchen Fall eine zusätzliche Fallzahl für das neu eintretende Mitglied berücksichtigt werden (vgl BSG, Urteil vom 17. Juli 2013 - B 6 KA 44/12 R, SozR 4-2500 § 87b Nr 2). Das kann beispielsweise durch eine Erhöhung der Fallzahl der BAG entsprechend dem Personenzuwachs in der BAG oder durch Hinzurechnung der vom Eintretenden zuvor erbrachten Fallzahlen erfolgen, wobei dies normativ-schematisch vorgegeben oder an der Gestaltung des konkreten Falles ausgerichtet werden kann (vgl BSG aaO). Unabhängig davon, ob mit dem Eintritt eines Arztes in eine Praxis ein Personenzuwachs oder nur eine Änderung der personellen Zusammensetzung der BAG verbunden ist, spricht aus Sicht des Senats aber auch nichts dagegen, den Begriff „maximal“ in Teil A Nr 5 S 1 NVV-Vereinbarung 2011 wieder zu streichen und für den neu eintretenden Arzt das arztgruppendurchschnittliche RLV zu berücksichtigen; das entspräche auch der ursprünglichen (Auffang-) Regelung in Teil F Nr 3.5 des Beschlusses des BewA vom 27./28. August 2008. Nichts anderes kann für das erste Jahr der Anstellung eines zusätzlichen Arztes in einem MVZ gelten. Ab dem fünften Quartal der Anstellung des Arztes im MVZ (bzw nach dem Eintritt eines Arztes in eine BAG) ist grundsätzlich die verbindliche Vorgabe des B-BewA 2010 zu beachten, also die Fallzahl des Arztes im Vorjahresquartal zugrunde zu legen; insoweit bedarf es einer Regelung der Vertragspartner auf regionaler Ebene nicht. Weiterhin wird die neue Regelung aber die Vorgaben aus der Rechtsprechung des BSG zur Honorierung von Ärzten in der Aufbauphase (vgl dazu Urteile vom 24. Januar 2018 aaO) zu beachten haben. (...)

b) Leistungsbegrenzung für in Teilzeit angestellte Ärzte (Niedersachsen 2011)

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 27.03.2019 - L 3 KA 78/16

RID 19-02-2

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 85 IV, 95 III 1 u. 2

Leitsatz: Die Regelung in Teil B § 9 Abs. 1 NVV-Vereinbarung 2011, die eine **Leistungsbegrenzung** für Ärzte mit **zeitlich hälftigem Versorgungsauftrag** vorsieht, ist auf **in Teilzeit angestellte Ärzte** nicht anwendbar (Aufgabe der insoweit anderslautenden Senatsentscheidung vom 26. Oktober 2016 - L 3 KA 1/14).

Die Kl. ist Trägerin eines MVZ. *SG Hannover*, Urt. v. 06.07.2016 - S 65 KA 532/12 - wies die Klage ab, das LSG verurteilte die Beklagte, über den Honoraranspruch der Kl. für die Quartale I und III/11 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats neu zu entscheiden.

c) RLV-Sonderregelung: Schlaflabor

SG Marburg, Gerichtsbescheid v. 15.03.2019 - S 12 KA 776/16

RID 19-02-3

Berufung anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 36/19 -

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 87b

Leitsatz: Für eine **Sonderregelung** zum Regelleistungsvolumen bilden die **Leistungen nach Nr. 30900 und 30901 EBM** keinen einheitlichen Leistungsbereich.

Das *SG* wies die Klage der Fachärztin für Physikalische und Rehabilitative Medizin für das Quartal I/14 ab.

d) Neuropädiatrie: Bezugsquartal für Sonderregelung/Voraussetzungen für 40 %-Aufschlag

LSG Hessen, Urteil v. 20.02.2019 - L 4 KA 31/15

RID 19-02-4

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 87b

Bezugszeitraum für eine **Sonderregelung zum RLV** ist **nicht** das **Aufsatzquartal**, sondern das Quartal, für das die Sonderregelung gefordert wird. Das folgt aus dem Sinn und Zweck der Norm. Denn die Sonderregelung wird wegen der Sicherstellung der ärztlichen Versorgung eingeräumt. Ihre vorrangige Aufgabe ist es daher gerade nicht, einen Arzt unter Berücksichtigung von dessen wirtschaftlichen Interessen individuell zu begünstigen, sondern es geht maßgeblich darum, eine ausreichende Versorgung der Versicherten zu gewährleisten. Dass der Arzt seine Leistungserbringung über das ihm zuerkannte Regelleistungsvolumen hinaus ausgeweitet hat, wird insofern ausdrücklich gebilligt. Angesichts dieser Sachlage gibt es keine nachvollziehbaren Gründe, das RLV nicht sofort, sondern erst mit einjähriger Verzögerung anzupassen, indem die Werte statt dem aktuellen dem jeweiligen Aufsatzquartal entnommen werden (LSG Hessen, Urt. v. 30.11.2016 - L 4 KA 69/14 - RID 17-01-8, juris Rn. 85).

Leistungen, die in einem **QZV** separat vergütet werden, unterfallen nicht dem **RLV** und kommen daher von vornherein für eine Sonderregelung nicht in Betracht.

Nicht jeder Behandlungsfall, der einen 40-prozentigen **Aufschlag** nach Präambel 4.1.4. EBM erfährt, muss mit eben jenem Aufschlag als spezielle Leistung Berücksichtigung finden. Nur soweit Versichertenpauschalen zugleich mit einer neuropädiatrischen Leistung abgerechnet werden, ist der jeweilige 40 %ige Aufschlag mit in die Berechnung einzustellen.

Die kl. Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie streitet über die Festsetzung des RLV für das Quartal II/11, hierbei allerdings nur noch um die Frage, welche Leistungsziffern des EBM bei Anwendung der Präambel 4.1.4 EBM Berücksichtigung finden. **SG Marburg**, Urt. v. 17.06.2015 - S 16 KA 188/13 - RID 15-03-2 wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

e) QZV: Praxisbesonderheit nur bei strukturell abweichender Patientenschaft (Akupunktur)

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 12.12.2018 - L 3 KA 56/15

RID 19-02-5

Revision anhängig: B 6 KA 10/19 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 87b

Leitsatz: Im Rahmen **Qualitätsgebundener Zusatzvolumen (QZV)** kommt die Anerkennung einer **Praxisbesonderheit** nur in Betracht, wenn der Arzt darlegt und belegt, dass seine Patientenschaft durch strukturelle Besonderheiten im Vergleich zu derjenigen seiner Fachkollegen mit gleichem QZV geprägt ist und dass dies einen deutlich überdurchschnittlichen Bedarf bei den von diesem Budget erfassten Leistungen ergibt.

Die Kl. ist eine BAG von drei Fachärzten für Orthopädie und Unfallchirurgie. Die Ärzte haben jeweils die Berechtigung zum Führen der Zusatzbezeichnung Akupunktur und nehmen an der QVb Akupunktur teil. Ab dem Quartal III/10 umfasste das QZV Akupunktur die Leistungen nach Nr. 30790 und 30791 EBM, die zuvor als sog. freie Leistungen außerhalb des RLV vergütet worden waren. **SG Hannover**, Urt. v. 22.04.2015 - S 71 KA 306/11 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

Aus den Gründen:

„(...) 26 Inhaltlich bestimmen die Nrn 7 bzw 8 der genannten Regelungen der Gesamtvertragspartner zunächst, dass sich Praxisbesonderheiten „aus einem besonderen Versorgungsauftrag oder einer besonderen, für die Versorgung bedeutsamen fachlichen Spezialisierung [ergeben]. Hierunter fallen insbesondere Sonderbedarfszulassungen, die Teilnahme an Sondervereinbarungen, die Teilnahme an Qualitätssicherungsvereinbarungen, wenn hieraus ein zusätzlicher Behandlungsbedarf bezüglich RLV-Leistungen resultiert. Unter Satz 2 fällt auch die Deckung eines besonderen Sicherstellungsbedarfs. Voraussetzung für letztere ist, dass der Antragsteller einen wesentlichen Beitrag zur Sicherstellung der der Antragstellung unterliegenden (RLV)-Leistungen geleistet hat und weiterhin leistet und dass dem Versicherten nicht zugemutet werden kann, den ansonsten nächst erreichbaren Arzt für besagte Leistungen in Anspruch zu nehmen (Fahrzeit einfache Fahrt mehr als 30 Minuten)“.

27 (...) Zutreffend gehen die Beteiligten aber übereinstimmend davon aus, dass grundsätzlich auch die Anerkennung der einem QZV zugeordneten Leistungen als Praxisbesonderheiten in Betracht kommt. (...)

32 b) Allerdings ergibt sich aus der **Teilnahme an der Qualitätssicherungsvereinbarung Akupunktur** eine für die Versorgung bedeutsame **fachliche Spezialisierung** der Ärzte der Klägerin; das stellt auch die Beklagte im Grundsatz nicht in Abrede. Die Teilnahme an der Qualitätssicherungsvereinbarung begründet für sich genommen aber keine Praxisbesonderheit, weil sie den Ärzten als notwendige Voraussetzung für die Erbringung der Akupunkturleistungen und die Zuweisung des QZV diesen Leistungsbereich erst eröffnet. (...)

34 Sinn und Zweck der Anerkennung von QZV-Leistungen als Praxisbesonderheiten kann es aber nur sein, einen aus den besonderen Umständen einer Arztpraxis resultierenden besonderen Versorgungsbedarf in Bezug auf diese Leistungen auszugleichen, der in anderen Praxen der Arztgruppe mit demselben QZV nicht besteht und deshalb durch das QZV nicht ausreichend abgebildet wird. Insoweit hält es der Senat im Hinblick auf die Systematik von RLV und QZV mit der Beklagten und dem SG für sachgerecht, die **vom BSG entwickelten Grundsätze zur Erweiterung** der bis zum 30. Juni 2003 geltenden **Zusatzbudgets** (vgl dazu SozR 4-2500 § 87 Nr 12) heranzuziehen.

35 Dem steht der Inhalt der von den Vertragspartnern in Niedersachsen getroffenen Regelungen nicht entgegen. (...)

36 Entgegen der Auffassung der Klägerin können für die Anerkennung einer Praxisbesonderheit im Rahmen von QZV-Leistungen aber nicht dieselben Maßstäbe gelten, die für die Anerkennung einer Praxisbesonderheit im Bereich der vom RLV erfassten Leistungen maßgebend sind. Denn mit der Zuweisung eines QZV werden bereits Besonderheiten einer Praxis berücksichtigt, die bei den Praxen derselben Fachgruppe nicht typischerweise vorliegen und die der BewA bzw die Vertragspartner deshalb auch nicht dem im RLV abgebildeten Leistungsspektrum zugeordnet haben (zur Befugnis der Vertragspartner, abweichend von den Vorgaben des BewA Zusammenfassungen von QZV auch mit den RLV sowie QZV für weitere Arztgruppen und Leistungen zu vereinbaren, vgl Anl 3 zum Beschluss Teil F Abschnitt I, Nr 2). Damit ist das systematische Verhältnis von RLV und QZV mit der Systematik der bis zum 30. Juni 2003 geltenden Praxis- und Zusatzbudgets vergleichbar; auch die Zuerkennung eines Zusatzbudgets bedingte das Vorliegen struktureller Besonderheiten in der jeweiligen Praxis (vgl dazu näher BSG SozR 4-2500 § 87 Nr 12). Mit der Beklagten und dem SG ist der Senat daher der Auffassung, dass die vom BSG entwickelten Grundsätze zur Erweiterung von Zusatzbudgets auf die hier maßgebende Rechtslage unter der Geltung von QZV übertragen werden können; bei seinen Entscheidungen vom 29. Juni 2011 (aaO) hat das BSG im Übrigen selbst ausdrücklich seine frühere Rechtsprechung zum „besonderen Versorgungsbedarf“ als Voraussetzung für eine Erweiterung von Praxis- und Zusatzbudgets herangezogen und weiterentwickelt. Danach muss der Arzt für die Annahme eines besonderen Versorgungsbedarfs im Bereich der von einem QZV erfassten Leistungen darlegen und belegen, dass seine Patientenschaft durch strukturelle Besonderheiten im Vergleich zu derjenigen seiner Fachkollegen mit gleichem QZV geprägt ist und dass dies einen deutlich überdurchschnittlichen Bedarf bei den von diesem Budget erfassten Leistungen ergibt (vgl BSG SozR 4-2500 § 87 Nr 12 zur entsprechenden Voraussetzung für die Erweiterung eines qualifikationsgebundenen Zusatzbudgets).

37 **Strukturelle Besonderheiten der Patientenschaft** der Klägerin im Vergleich zu den übrigen Praxen der Fachärzte für Orthopädie mit QZV Akupunktur sind aber weder von der Klägerin nachvollziehbar dargelegt worden noch von Amts wegen erkennbar. In diesem Zusammenhang weist die Beklagte zutreffend darauf hin, dass die **Behandlung von Patienten mit chronischen Schmerzen** für sich genommen keine strukturelle Besonderheit darstellen kann, weil die streitbefangenen Leistungen von vornherein nur bei chronischen Schmerzen erbracht und abgerechnet werden dürfen. Gleichermäßen trifft es zu, dass die **Zahl der Leistungsfälle** (im Vorjahresquartal) bei der Bemessung des QZV berücksichtigt worden ist, sodass eine strukturelle Besonderheit auch nicht darin bestehen kann, dass die Klägerin im Vergleich zu anderen Praxen besonders viele Patienten mit Akupunkturleistungen behandelt. Letzteres ist allerdings auch gar nicht der Fall, denn die Zahl der Leistungsfälle der Ärzte der Klägerin weicht nicht wesentlich von den durchschnittlichen Leistungsfällen der Fachgruppe ab. (...) Die von der Klägerin dargelegten Abweichungen bei der Abrechnungsfrequenz - die sich vor allem bei der Leistung nach GOP 30791 EBM zeigen - beruhen deshalb darauf, dass diese Leistungen im Krankheitsfall überdurchschnittlich häufig erbracht und abgerechnet werden. Ein **bloßes Mehr an Leistungen** kann für sich genommen aber auch im Rahmen eines QZV keine Praxisbesonderheit begründen; die hohe Frequenz kann vielmehr auch ein Hinweis auf eine unwirtschaftliche Leistungserbringung sein.

38 Zu Recht hat ferner das SG darauf abgestellt, dass die Akupunkturleistungen nur ein begrenztes Anwendungsgebiet haben; sie können nur bei chronischen Schmerzen der LWS und/oder chronischen Schmerzen eines oder beider Kniegelenke durch Gonarthrose erbracht und abgerechnet werden. Dieses sehr begrenzte Indikationsspektrum der streitbefangenen Leistungen spricht ebenfalls dafür, dass die Patientenschaft nicht wesentlich von derjenigen der anderen Orthopäden mit QZV Akupunktur abweicht. Gleichzeitig hat das SG zutreffend angeführt, dass die Eingangsdiagnostik (und Abschlussuntersuchung) nach GOP 30790 EBM nur einmal im Krankheitsfall erbracht und abgerechnet werden kann. Variabel ist demgegenüber die Durchführung der Körperakupunktur nach GOP 30791 EBM, die bis zu zehnmal (bzw mit besonderer Begründung bis zu 15-mal) im Krankheitsfall berechnungsfähig ist. Die **Annahme struktureller Besonderheiten** käme deshalb nur in Betracht, wenn die **Patientenschaft** der Klägerin im Vergleich zu derjenigen des Durchschnitts der verfeinerten Fachgruppe dadurch gekennzeichnet wäre, dass die Leistung nach GOP 30791 EBM überdurchschnittlich häufig im Krankheitsfall erbracht werden muss. Dafür ist dem Vorbringen der Klägerin jedoch nichts zu entnehmen. (...)

f) QZV 61 und CT-gesteuerte Intervention

LSG Hessen, Urteil v. 20.02.2019 - L 4 KA 12/17
SGB V § 87b

RID 19-02-6

Leistungen nach Nr. 34502 EBM (**CT-gesteuerte Intervention**) sind **fachgruppentypische Leistungen**, die eine Praxisbesonderheit nicht begründen können. Von solchen fachgruppentypischen Leistungen ist jedenfalls auszugehen, wenn die Leistungen von **mehr als der Hälfte der Ärzte** der Fachgruppe erbracht werden (BSG, Beschl. v. 21.03.2018 - B 6 KA 70/17 B - juris Rn. 13). Da es hier auf eine Betrachtung der Leistungserbringung ankommt, ist ein Vergleich des betroffenen Arztes mit Leistungen **abrechnenden Ärzten** seiner Fachgruppe im jeweiligen Quartal geboten; es kommt dagegen nicht auf die in dem jeweiligen Quartal zugelassenen Ärzte der Fachgruppe an. Abzustellen ist aber wegen des Arztbezugs der QZV für die Bestimmung des Anteils am Leistungsgeschehen auf die Anzahl der (abrechnenden) Ärzte der Fachgruppe, nicht auf die Anzahl der Praxen.

Bei der Bestimmung der **Vergleichsgruppe** ist zu berücksichtigen, dass es sich um ein qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen handelt, das einen spezifischen Leistungsbereich erfasst und dessen Zuerkennung bereits begrifflich von einer besonderen Qualifikation abhängt, so dass diese Qualifikation für die Bestimmung der Atypik des Versorgungsauftrags bzw. der für die Versorgung bedeutsamen fachlichen Spezialisierung nicht herangezogen werden kann; es ist also ein Vergleich lediglich mit denjenigen Fachärzten für Radiologie anzustellen, denen ebf. das QZV 62 zuerkannt wurde.

Die Kl. ist eine aus zwei Fachärzten für Radiologie bestehende BAG, die eine Erhöhung des Fallwerts für das QZV 62 (CT) für die Quartale III und IV/12 begehrte. **SG Marburg**, Urt. v. 08.03.2017 - S 11 KA 352/13 - verpflichtete zur Neubescheidung, das **LSG** wies die Klage ab.

g) QZV für geriatrische und palliativmedizinische Leistungen

SG Marburg, Gerichtsbescheid v. 02.05.2019 - S 12 KA 406/16

RID 19-02-7

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

Leitsatz: Aus den Beschlüssen des Bewertungsausschusses folgt nicht die Vorgabe, dass die Vergütung der innerhalb des **QZV 74** vergüteten Leistungen ab dem Quartal I/15 als freie Leistungen erfolgen muss.

Das **SG** wies die Klage ab.

2. Wachstumsmöglichkeit von Ärzten mit anteiligem Versorgungsauftrag

LSG Schleswig-Holstein, Urteil v. 15.01.2019 - L 4 KA 57/16

RID 19-02-8

Revision anhängig: B 6 KA 12/19 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 87b

Leitsatz: Keine Diskriminierung von Ärzten mit **anteiligem Versorgungsauftrag**. Eine KV darf **Wachstumsmöglichkeiten** über den Fachgruppendurchschnitt hinaus, die Ärzten mit vollem Versorgungsauftrag eingeräumt sind, Ärzten mit halbem Versorgungsauftrag nicht vollständig verweigern.

SG Kiel, Urt. v. 14.06.2016 - S 2 KA 663/14 - verurteilte die Bekl., den Honoraranspruch (Quartale II u. III/13) der Kl. neu zu bescheiden. Das **LSG** wies die Berufung zurück.

3. „Topf-in-Topf-Leistung“ für Gastroenterologen

LSG Bayern, Urteil v. 11.05.2016 - L 12 KA 39/15

RID 19-02-9

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

Leitsatz: 1. Es ist rechtlich nicht zu beanstanden, wenn in dem ab 01.01.2013 geltenden Honorarverteilungsmaßstab der Beklagten in der Fachgruppe der Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt **Gastroenterologie**, Facharzt für Innere Medizin und Gastroenterologie die Nr. 13400 EBM (Ösophago-Gastroduodenoskopie - ÖGD) dem Vergütungsvolumen mit einer Mengenbegrenzung für je Arztgruppe spezialisierte Leistungen zugeteilt ist (sog. „Topf-in-Topf-Leistung“).

2. Dies gilt auch für die weitere Regelung, wonach die erbrachten Leistungen der ÖGD nur bis zu einer **Grenze** von 300 ÖGD mit dem vollen Wert der Bayerischen Eurogebührenordnung **vergütet** werden, während die darüber hinausgehenden Leistungen nur noch mit 70 % des vollen Wertes honoriert werden. Diese Grenzziehung ist nicht willkürlich und stellt ein zulässiges und zweckmäßiges Mittel der Mengensteuerung dar, das den Ärzten zudem ein hohes Maß an Kalkulationssicherheit gewährt.

SG München, Urt. v. 04.02.2015 - S 38 KA 1031/14 - verpflichtete die Bek., über die Honorarfestsetzung des Kl. für das Quartal I/13 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden, das **LSG** wies die Klage ab, **BSG**, Beschl. v. 28.06.2017 - B 6 KA 76/16 B - juris wies die Nichtzulassungsbeschwerde zurück.

4. Psychotherapeutische Leistungen

a) Keine Verpflichtung der Krankenkassen zur Nachvergütung

SG Kiel, Urteil v. 20.02.2019 - S 2 KA 58/17

RID 19-02-10

juris
SGB V § 87b

Eine **Nachvergütung** für **bestandskräftig festgestellte Honoraransprüche** aufgrund einer nachträglichen Höherbewertung des EBM ist keine Nachvergütung für nachträglich zur Abrechnung eingereichte Behandlungsfälle, sondern eine nachträglich höhere Honorierung für seinerzeit abschließend zur Abrechnung eingereichte Behandlungsfälle. Wird dieser Fall nach dem übereinstimmend erklärten Willen der Vertragspartner von der Honorarvereinbarung nicht erfasst, so bedarf es keiner Auslegung nach Treu und Glauben mit Rücksicht auf die Verkehrssitte (§ 61 SGB X, § 157 BGB). Ein Vertragsarzt kann nicht geltend machen, dass die vertraglichen Formulierungen einen anderen Regelungsgehalt haben sollen, selbst wenn es hier nicht um die Ausgestaltung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung geht (dazu BSG, Urt. v. 31.08.2005 - B 6 KA 6/04 R - BSGE 95, 86 = SozR 4-2500 § 85 Nr. 21), sondern um extrabudgetär vergütete Leistungen.

Streitig ist eine höhere Vergütung psychotherapeutischer Leistungen für die Quartale I/13 bis I/14. Die Honorarbescheide wurden nach erfolglosem Widerspruch bestandskräftig. Der Erweiterte Bewertungsausschuss beschloss im September 2015 rückwirkend eine Änderung der Bewertung psychotherapeutischer Leistungen ab Januar 2012 (Höherbewertung der Nr. 35200 bis 35225, Zuschläge nach Nr. 35251 bis 35253 EBM für Betriebskosten). Im April 2016 berechnete die Beklagte von Amts wegen eine Nachvergütung für die Quartale I/14 bis I/15 in Höhe von 10.290,38 €. Die kl. Psychologischen Psychotherapeuten stellten ohne Erfolg einen Antrag auf Überprüfung der bestandskräftigen Honorarbescheide. Das SG wies die Klage mit dem Antrag auf Feststellung, dass die Beigel. bzw. die von ihnen vertretenen Krankenkassen verpflichtet sind, der bekl. KV die Nachvergütungen an sie - die Kl. - aufgrund der nachträglichen Änderung des EBM mit Wirkung ab 01.01.2012 durch Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 22.09.2015 zu vergüten, und auf Neubescheidung ab.

b) Keine Nachvergütungspflicht für bestandskräftige Honorarbescheide

SG Kiel, Urteil v. 20.02.2019 - S 2 KA 178/16

RID 19-02-11

juris
SGB V §§ 85 I, IV, 85 IV 1, 87 I, II 1, 87a I; SGB X § 44 II

Eine KV kann die **Korrektur der Honorarbescheide** mit dem Argument ablehnen, der **Verwaltungsaufwand** sei zu hoch und aus Gründen der **Gleichbehandlung** müssten auch alle anderen Betroffenen neu beschieden werden, was jedoch aus **finanziellen Erwägungen** heraus nicht getan werde, da für die Nachvergütung nicht mehr auf Honoraranteile der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zurückgegriffen werden könne, sondern dazu in die Honoraranteile der aktuell zu vergütenden Vertragsärzte eingegriffen werden müsse, und für die Quartale II/13 bis I/15 keine Finanzierungspflicht der Krankenkassen gesehen werde und eine Bereitschaft der Krankenkassen auch nicht bestehe.

Streitig ist die Vergütung psychotherapeutischer Leistungen für die Quartale I/12 bis I/15, nachdem der Kl. am 11.01.2016 einen Antrag auf Korrektur bzw. Nachvergütung für alle gültigen Honorarbescheide ab Januar 2012 gestellt hatte. Das SG wies die Klage ab.

5. Fristen in Abrechnungsbestimmungen

SG München, Urteil v. 13.02.2019 - S 38 KA 21/18

RID 19-02-12

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

Leitsatz: 1. Die in den **Abrechnungsbestimmungen** enthaltenen **Fristen** einschließlich der für Korrekturanträge sind rechtlich nicht zu beanstanden. Denn sie sind grundsätzlich zur zügigen, zeitgerechten und vollständigen Verteilung der Gesamtvergütung geeignet (vgl. LSG München, Urt. v. 25.03.2015 - L 12 KA 37/13 - RID 15-02-19; SG München, Urt. v. 09.05.2018 - S 38 KA 341/17 - RID 18-03-19).

2. **Bloße Kontaktaufnahmen** mit der Kassenärztlichen Vereinigung ersetzen nicht eine rechtzeitige **Antragstellung**. Auch wenn § 3 der Abrechnungsbestimmungen für den Korrekturantrag eine bestimmte Form nicht vorsieht, ist nicht zuletzt wegen der Notwendigkeit der Einhaltung von Fristen und aus Beweisgründen eine **Schriftform** zwingend erforderlich.

3. Der sog. „**sozialrechtliche Herstellungsanspruch**“ ist nach gefestigter Rechtsprechung im Verhältnis zwischen Vertragsarzt und Kassenärztlicher Vereinigung nicht anwendbar, da kein Sozialrechtsverhältnis besteht und die Kassenärztliche Vereinigung kein Leistungsträger i.S. von § 12 SGB I ist (vgl. LSG München vom 25.09.2013 - L 12 KA 2/12 - RID 14-01-23).

4. Eine **Wiedereinsetzung** in den vorigen Stand nach § 67 SGG ist ausgeschlossen, da die Fristen in § 3 der Abrechnungsbestimmungen der KVB sog. **materielle Ausschlussfristen** darstellen (vgl. Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, Kommentar zum SGG, Rn 2b zu § 67; LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 29.03.2006 - L 7 KA 67/01 - juris; SG Marburg, Urt. v. 04.07.2012 - S 12 KA 599/11 - RID 12-03-22).

Das SG wies die Klage ab.

II. Sachlich-rechnerische Berichtigung

Nach BSG, Urt. v. 15.05.2019 - **B 6 KA 65/17 R** - können **fehlerhafte RLV-Zuweisungsbescheide** auf der **Grundlage des § 106a** (a.F.) bzw. heute § 106d SGB V **korrigiert** werden. Zwar regeln RLV-Bescheide nicht unmittelbar die Abrechnung des Vertragsarztes, doch setzen sie wesentliche Teilelemente des nachfolgenden Honorarbescheides fest. Allerdings genießen RLV-Zuweisungsbescheide einen **höheren Vertrauensschutz** als Honorarbescheide, die innerhalb von vier Jahren ohne wesentliche Einschränkungen korrigiert werden können. Nach dem Wortlaut des § 87b V SGB V a.F. sind **rückwirkende Korrekturen des RLV im Grundsatz ausgeschlossen**. Wie der Senat bereits mit Urteil vom 02.08.2017 entschieden hat, sind davon jedoch **Ausnahmen** etwa dann geboten, wenn das RLV auf Falschabrechnungen des Arztes im maßgeblichen Vorjahresquartal beruht oder wenn sich die KV eine Korrektur des RLV rechtmäßig vorbehalten hat. Zudem kann eine rechtswidrige RLV-Zuweisung bei Vorliegen der in § 45 II 3 SGB X normierten Vertrauensausschlussgründe auch noch nach Beginn ihres Geltungszeitraumes rückwirkend reduziert werden. Die - bedarfsplanungsrechtlich neutrale - Einstellung eines weiteren Arztes auf einer $\frac{3}{4}$ -Stelle bei gleichzeitiger Reduzierung der vollen Anstellung der Ärztin De. auf $\frac{1}{4}$ kann ersichtlich nicht dazu führen, dass der Bemessung des RLV für die Praxis der Kl. einschließl. der Angestellten nunmehr 2,75 anstelle von zwei Stellen zugrunde zu legen ist. Der Klägerin musste sich daher der Schluss aufdrängen, dass die Bemessung des RLV auf der Grundlage von 2,75 Arztstellen rechtswidrig war (vgl. § 45 II 3 Nr 3 SGB X). Nach BSG, Urt. v. 15.05.2019 - **B 6 KA 63/17 R** - genügt es nicht zur vollständigen Erbringung des Leistungsinhalts nach **Nr. 09315 EBM (Bronchoskopien)**, wenn der Arzt das Endoskop nicht in die Bronchien einführt, sondern nur in die Luftröhre. Das Einsehen der oberen Bronchien genügt nicht zur vollständigen Erbringung des Leistungsinhalts. Dagegen kann der Kl. auch nicht mit Erfolg einwenden, dass die vollständige Erbringung einer Bronchoskopie für ihn als HNO-Arzt fachfremd wäre. Ob Bronchoskopien für HNO-Ärzte **fachfremd** sind, erscheint aus Sicht des Senats angesichts der ausdrücklichen Regelung der entsprechenden GOP im Kapitel für fachärztliche Leistungen der HNO-Ärzte des EBM fraglich, kann jedoch offen bleiben, weil der Kl. unabhängig davon **keine Leistungen abrechnen** kann, die er **nicht vollständig erbracht** hat. Indes bestätigt das Vorbringen des K., dass seiner Abrechnung bezogen auf die Nr. 09315 EBM- immer nur in die Luftröhre und nicht in die Bronchien einführt, entspricht seinen **eigenen Angaben**. Unter diesen Umständen begegnet es keinen Bedenken, dass die Beklagte die aus der Auswertung von Behandlungsunterlagen des Quartals II/08 gewonnenen Erkenntnisse **auf die Quartale III/08 bis II/12 übertragen** hat, obwohl Abrechnungsauffälligkeiten in Gestalt einer Überschreitung von Tages- oder Quartalszeitprofilen in diesen Folgequartalen nicht vorgelegen haben. Nach BSG, Urt. v. 13.02.2019 - **B 6 KA 58/17 R** - sind bei der **Berechnung der Rückforderung** nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung bereits **zuvor** erfolgte Honorarkürzungen wegen **Überschreitens der Job-Sharing-Obergrenze** nur anteilig und nicht in voller Höhe als Eurobetrag zu berücksichtigen. Ausgangspunkt der Berechnung ist § 106a II 6 (heute § 106d II 6) SGB V. **Danach ist bei den „Prüfungen“ von dem jeweils angeforderten Punktzahlvolumen unabhängig von honorarwirksamen Begrenzungsregelungen auszugehen. Auch die Jobsharing-Obergrenze ist eine „honorarwirksame Begrenzungsregelung“ in diesem Sinne**, die bei der Prüfung der Richtigkeit einer Abrechnung grundsätzlich außer Betracht bleiben muss. Denn sie begrenzt den Umfang der Leistungen, die gegenüber der bekl. KV abrechnungsfähig sind. Dementsprechend kann der Plausibilitätsprüfung nicht nur die Honorarforderung der Kl. zugrunde gelegt werden, die dieser nach Umsetzung der Honorarminderung wegen Überschreitens der Jobsharing-Grenze tatsächlich zusteht. **Allerdings darf** bei der Berechnung der Kürzung der Honorarforderungen der Kl. wegen - von ihr eingeräumter und in der Sache nicht umstrittener - Falschabrechnungen **nicht unberücksichtigt bleiben, dass ihr Honorar schon aufgrund einer Überschreitung der Jobsharing-Grenze vermindert worden ist**. Dem trägt das Vorgehen der Bekl. angemessen Rechnung. Die Bekl. hat für jedes betroffene Quartal berechnet, um welchen Vom-Hundert-Satz das angeforderte Honorar wegen Überschreitung der Jobsharing-Grenze vermindert worden ist. Dabei haben sich Werte zwischen 3,41 % (III/07) und 16,6 % (II/09) ergeben. Diesen Prozentsatz hat die Bekl. bei Ermittlung der jeweiligen Überschreitungen wegen fehlerhafter Abrechnungen bei den einzelnen Leistungspositionen oder Leistungskomplexen in Form eines Abschlags berücksichtigt. Damit hat die Bekl. sichergestellt, dass sich **die wertmäßige Höhe der Kürzung wegen fehlerhafter Abrechnung von Gebühren auch danach richtete, inwieweit das angeforderte Honorar schon im Zuge der Anwendung der Jobsharing-Grenze vermindert war**. Das trägt sowohl dem **Verbot einer doppelten Kürzung** als auch der Vorgabe des § 106a II 6 SGB V (heute § 106d II 6 SGB V) Rechnung; diese Norm zielt darauf ab, dass sich Kürzungen wegen fehlerhafter Abrechnungen auch dann tatsächlich auswirken, wenn das Honorar schon durch Maßnahmen der Honorarverteilung - also der Begrenzung der Honorarforderung für tatsächlich korrekt erbrachte Leistungen - vermindert worden ist oder werden

muss. Nach BSG, Urt. v. 13.02.2019 - **B 6 KA 56/17 R** - dürfen die **Nrn. 30790 und 30791 EBM** nach ihrer Leistungslegende nur abgerechnet werden, wenn die Voraussetzungen der **Qualitätssicherungsvereinbarung zur Akupunktur** (QV-A) erfüllt sind. Dazu gehört gemäß § 5 Abs. 1 Nr. 2 QV-A die Überprüfung, dass vor der Akupunktur **ein mindestens sechsmonatiges ärztlich dokumentiertes Schmerzintervall** vorliegt. Das LSG hat diese Vorschrift in Übereinstimmung mit der beigel. Krankenkasse zutreffend in dem Sinne ausgelegt, dass zu Beginn der Akupunktur in der Vergangenheit erstellte ärztliche Dokumentationen - des die Akupunktur durchführenden Arztes oder anderer Ärzte - vorliegen müssen, die ein Schmerzintervall belegen, das mindestens sechs Monate und auch noch aktuell andauert. Es **reicht nicht aus**, dass der die Akupunktur durchführende Arzt **allein aufgrund von Angaben des Patienten in der Eingangsuntersuchung** Schmerzzustände von mehr als sechs Monaten feststellt. Ebenso wenig genügt es, wenn sich aus vorhandenen ärztlichen Dokumentationen ergibt, dass solche Schmerzzustände **irgendwann in der Vergangenheit** vorgelegen haben. Ein Schmerzintervall, das nach der QV-A im Rahmen eines schmerztherapeutischen Gesamtkonzepts den Einsatz von Akupunktur rechtfertigt, muss unmittelbar vor Beginn der Behandlung mindestens sechs Monate bestanden haben. Das ergibt sich aus einer systematischen Interpretation der einschlägigen Regelungen der QV-A, deren Ergebnisse durch Dokumente aus der Entstehungszeit der Vorschrift gestützt werden.

1. Berichtigung wegen Falschabrechnung: Feststellung der Tatsachen

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 20.03.2019 - L 11 KA 76/18 B ER

RID 19-02-13

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 87b; SGG § 86b II

Soweit nach § 5 I 1 AbrechnungsprüfungsRL die rechtliche **Fehlerhaftigkeit** ärztlicher Abrechnungen vermutet werden kann, setzt dies feststehende **Tatsachen** und keine nur wahrscheinlichen oder gar möglichen Geschehensabläufe oder Umstände voraus. Die Tatsachen müssen festgestellt sein.

Gegen die Ast., Ärztin für Allgemeinmedizin, wurde auf Anzeige der KV (Ag.) Ende 2015 ein strafrechtliches Ermittlungsverfahren eingeleitet wegen der Abrechnung möglicherweise in verschiedenen Quartalen bis zu 20 tatsächlich nicht erbrachter Akupunkturleistungen. Im August 2017 wurde das Verfahren gegen Zahlung einer Geldauflage von 4.000 € gem. § 153a StPO eingestellt. Mit Aufhebungs- und Rückforderungsbescheid v. 11.01.2018 hob die Ag. die Honorarbescheide der Quartale I/13 bis I/17 mittels nachträglich sachlich-rechnerischer Berichtigung wegen Falschabrechnung in Höhe von 265.020,87 € auf (Streichung aller Ansätze der Nr. 30790 und 30791 EBM). Im Widerspruchsbescheid v. 18.04.2018 heißt es u.a., die Ast habe im strafrechtlichen Ermittlungsverfahren zugestanden, dass es im Hinblick auf die Abrechnung von Akupunkturleistungen zu Fehlern gekommen sei, auch wenn diese nicht von Gewinnerzielungsabsicht getragen worden seien, sondern allein auf Unachtsamkeit oder Überforderung beruht hätten. Insofern bestünden an der fehlerhaften Abrechnung von Akupunkturleistungen keinerlei Zweifel. Die Ast. habe in mindestens 20 Fällen bzw. im Hinblick auf 20 Patienten im Zeitraum 2013-2014 Akupunkturbehandlung in Rechnung gestellt, die tatsächlich nicht erbracht worden seien. **SG Düsseldorf**, Beschl. v. 05.09.2018 - S 14 KA 74/18 ER - ordnete die aufschiebende Wirkung der Klage an, das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

2. Unzulässigkeit der Tätigkeit in Praxis eines Kollegen

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 01.04.2019 - L 11 KA 11/18 B ER

RID 19-02-14

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
Zahnärzte-ZV § 24 I; SGG § 86b I 1 Nr. 2

Der Vertragszahnarzt wird für den **Ort der Niederlassung** zugelassen (§ 24 I Zahnärzte-ZV). Vertragszahnärztlich wird er hier und nirgendwo anders tätig, sofern es ihm nicht Gesetz oder untergesetzliche Regelungen erlauben, von diesem Grundsatz abzuweichen.

Die Zahnärzte-ZV begrenzt nicht die **Zahl** der möglichen (zulässigen) „**vertragsärztlichen Tätigkeiten außerhalb des Vertragsarztsitzes an weiteren Orten**“. Sie ist insoweit offen. Grenzen folgen aus der Berufsordnung. Vertrags(zahn)arztrechtlich müssen aber immer die Voraussetzungen des § 24 III 1 Zahnärzte-ZV erfüllt sein.

Konsiliarische Tätigkeit umfasst die externe Beratung des originär in Anspruch genommenen Arztes zur Stellung und Absicherung der Diagnose, die Festlegung des Behandlungsplanes, aber auch die Untersuchung und Mitbehandlung des Patienten.

SG Düsseldorf, Beschl. v. 05.01.2018 - S 2 KA 232/17 ER - lehnte den Antrag des Ast., eines Oralchirurgen, die aufschiebende Wirkung des Widerspruchs und einer etwaigen Klage gegen den Honorarrückforderungsbescheid anzuordnen und die Ag. im Wege der einstweiligen Anordnung vorläufig zu verpflichten, vom Ast. konsiliarisch in der allgemein Zahnärztlichen Praxis Dr. T in F erbrachte fachzahnärztlich-oralchirurgische Leistungen abzurechnen und diese Abrechnungen sachlich-rechnerisch hinsichtlich der Berechtigung des Ast. zur auswärtigen Leistungserbringung in der Praxis Dr. T nicht mehr nachträglich zu berichtigen, ab, das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

3. Postoperativer Bereitschaftsdienst anästhesistischer BAG u. unvorhergesehene Inanspruchnahme

LSG Bayern, Urteil v. 31.10.2018 - L 12 KA 93/17

RID 19-02-15

Revision anhängig: B 6 KA 13/19 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V a.F. § 106a

Leitsatz: Eine **unvorhergesehene Inanspruchnahme** des Vertragsarztes durch den Patienten liegt nicht vor, wenn der Patient das vom Vertragsarzt vorgehaltene Angebot einer Inanspruchnahme während eines **Bereitschaftsdienstes** annimmt.

SG München, Urt. v. 15.05.2017 - S 38 KA 305/15 - RID 17-03-29 hob die Honorarrückforderungsbescheide aus den Plausibilitätsprüfungen II/08 bis II/11 auf, das *LSG* wies die Klagen ab.

4. Abrechnung einer „Kombinationsnarkose mit Maske“ nach Nr. 31822 EBM (Katarakt-Operation)

LSG Hessen, Urteil v. 20.02.2019 - L 4 KA 58/16

RID 19-02-16

Revision anhängig: B 6 KA 15/19 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 106a

Es ist von der **Richtigkeit** der im Anhang 3 des EBM („Angaben für den zur Leistungserbringung erforderlichen Zeitaufwand des Vertragsarztes gemäß § 87 Abs. 2 Satz 1 SGB V in Verbindung mit § 106a Abs. 2 SGB V“) normierten **Prüfzeiten** auch für Nr. 31822 EBM auszugehen. Die dort festgelegten Prüfzeiten sind bundeseinheitliche Messgrößen, die für Vertragsärzte und KVen verbindlich sind, und die Angaben zum Zeitaufwand in einem gerichtlichen Verfahren sind nur eingeschränkt überprüfbar, weil der weite Gestaltungsspielraum des Bewertungsausschusses bei der Aufstellung des **EBM als Rechtsnorm** in Form von Normsetzungsverträgen zu beachten ist (LSG Hessen, Urt. v. 13.09.2017 - L 4 KA 65/14 - RID 17-04-14).

Wird die **Kombinationsnarkose mit Maske** nicht zur Durchführung der ambulanten Operationen selbst durchgeführt, sondern nur **initial eine kurzzeitige Narkose** eingeleitet, um dann die lokale Retrobulbäranästhesie setzen zu können, wird der obligate Leistungsinhalt der Nr. 31822 EBM nicht vollständig erfüllt.

Unter einer **fachspezifischen Dokumentation** ist das anästhesiologische Protokoll zu verstehen, in dem Angaben zur Art und Menge des verwendeten Anästhetikums/Narkotikums einschließlich der ggf. zusätzlich erforderlich werdenden Medikamente und Infusionen, Zeitpunkt der Verabreichung, des Wirkungseintritts und der Wirkungsdauer bzw. der Entlassung des Patienten aus der Praxis, ggf. Beschreibung der sensiblen bzw. vegetativen Effekte, Erfassung der Ergebnisse des EKG-Monitorings und der Pulsoxymetrie, Vermerk ggf. aufgetretener Komplikationen und Zwischenfälle gemacht werden.

Die Beteiligten streiten um einen Honorarberichtigung für die Quartale I/08 bis IV/08 aufgrund einer Plausibilitätsprüfung in Höhe von 56.458,99 €. Streitig ist insb. die Frage, ob für eine Anästhesieleistung bei Katarakt-Operationen im Regelfall die Leistung nach Nr. 31822 EBM (Anästhesie und/oder Narkose) abgerechnet werden kann und ob diese Leistung auch unterhalb der festgelegten Prüfzeiten noch ordnungsgemäß ausgeführt werden kann. *SG Marburg*, Urt. v. 10.08.2016 - S 11 KA 665/13 - RID 16-04-19 hob den angefochtenen Bescheid auf, das *LSG* wies die Klage der Fachärztin für Anästhesie ab.

S. auch *SG Marburg*, Urt. v. 02.12.2015 - S 12 KA 196/14 - RID 16-01-25, Berufung anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 3/16 -.

III. Genehmigung/Qualitätssicherung/Notdienst

Nach BSG, Urt. v. 03.04.2019 - **B 6 KA 64/17 R** - gilt die bisherige Rspr. zur Regelung in § 4 Ib der Anl. 9.1 zum BMV-Ä (Dialyse-Vereinbarung), nach der der einer BAG erteilte **Versorgungsauftrag** bei der BAG verbleibt, auch wenn der Arzt, der ihn bisher wahrgenommen hat, die BAG verlässt, auch für eine **überörtliche BAG**, die das Recht hat, den ausgeschiedenen Arzt durch einen anderen Arzt zu ersetzen. Könnte der ausscheidende Arzt den von ihm wahrgenommenen Auftrag ohne Weiteres „mitnehmen“ und an seinem bisherigen Standort die Dialyseversorgung in Einzelpraxis fortführen, würde das zu einer nicht vom Bedarf abhängigen Vermehrung von Versorgungsaufträgen führen. Eine **Anfechtungsberechtigung** steht aber nur der BAG zu, die selbst zur Erbringung von Dialyseleistungen berechtigt ist. Gerade weil die Versorgungsaufträge zur Dialyse der BAG und nicht den einzelnen ihr angehörenden Ärzten rechtlich zugeordnet

sind, kommt auch nur der BAG das Recht zu, die Erteilung weiterer Versorgungsaufträge an Konkurrenten gerichtlich überprüfen zu lassen.

Nach BSG, Urt. v. 13.02.2019 - **B 6 KA 51/17 R** - kann ein Arzt nicht ohne Anrechnung auf den bereits am Hauptsitz der Praxis zu leistenden Bereitschaftsdienst zusätzlich mit einem Anrechnungsfaktor von 0,5 der Bereitschaftsdienstgruppe am Sitz der Zweigpraxis zugeordnet werden. Eine solche Regelung in einer **Bereitschaftsdienstordnung (BDO) ist mit dem allgemeinen Gleichheitssatz aus Art. 3 I GG nicht vereinbar**. Es unterliegt keinem Zweifel, dass der Kl. am Bereitschaftsdienst mitwirken muss und dass der bekl. KV bei der Ausgestaltung des Dienstes ein weiter Gestaltungsspielraum zukommt. Dieser deckt auch die Heranziehung von Ärzten zum **Dienst am Ort ihrer Zweigpraxis**: Zweigpraxen sind Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung, und je stärker ein bestimmter Bezirk tatsächlich durch Zweigpraxen versorgt wird, desto größer kann das Bedürfnis sein, die in diesem Bezirk praktizierenden Ärzte in den Bereitschaftsdienst einzubeziehen, auch um eine Überlastung der Ärzte mit Hauptpraxen dort zu vermeiden. Das ändert aber nichts daran, dass **Ärzte mit Zweigpraxen hinsichtlich des Umfangs ihrer Verpflichtung zur Teilnahme am Dienst nicht anders behandelt werden dürfen als andere Ärzte**. Die BDO der Bekl. differenziert im Ausgangspunkt sachgerecht, indem sie den Umfang der Teilnahme am Bereitschaftsdienst an den Umfang der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung knüpft. **Der Umfang des Versorgungsauftrags ändert sich jedoch durch den Betrieb einer Zweigpraxis nicht**. Auch die in der BDO der Beklagten geregelte Unterscheidung danach, ob der Standort der Zweigpraxis im selben Bereitschaftsdienstbezirk wie die Hauptpraxis gelegen ist, ist jedenfalls, soweit es um den Umfang der Verpflichtung und nicht nur darum geht, wo der Dienst zu verrichten ist, nicht zu rechtfertigen. Nach BSG, Urt. v. 12.12.2018 - **B 6 KA 50/17 R** - kann ein **ermächtigter Arzt** nicht aufgrund der Bereitschaftsdienstordnung der bekl. KV zum **ärztlichen Bereitschaftsdienst (Notdienst)** herangezogen werden. Dies ist mit höherrangigem Recht unvereinbar. Bzgl. der Pflicht zur Teilnahme am Notdienst ist an den **Zulassungsstatus** und nicht an die **Mitgliedschaft** in der KV anzuknüpfen. Der ermächtigte Arzt ist nicht zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen, sondern für bestimmte Leistungen zur Deckung eines qualitativen Bedarfs in der ambulanten Versorgung der Versicherten ermächtigt. Die **Ermächtigung** stellt einen grundsätzlich anderen Grad der Einbeziehung in die vertragsärztliche Versorgung dar als die Zulassung. Ermächtigungen kommen - ausnahmsweise und subsidiär - immer erst dann in Betracht, wenn die gebotene Versorgung von den vorrangig niedergelassenen Vertragsärzten und MVZ nicht gewährleistet werden kann. Ermächtigungen werden nach Inhalt und Umfang beschränkt und grundsätzlich nur befristet erteilt. Die Ermächtigungen dienen allein dazu, Lücken in der vertragsärztlichen Versorgung zu schließen. Die Ermächtigung nach § 116 S. 1 SGB V wird nur mit Zustimmung des Krankenhausträgers erteilt und ihre Ausübung stellt nur eine „Nebenfunktion“ zur hauptberuflichen Tätigkeit des Arztes im Krankenhaus dar. Eine „Rund um die Uhr“-Verfügbarkeitsverpflichtung für die Sicherstellung der vertragsärztlichen ambulanten Versorgung trifft den ermächtigten Krankenhausarzt gerade nicht. Der ermächtigte Krankenhausarzt könnte am Notdienst nur in Abstimmung mit seinem Arbeitgeber mitwirken. Der Dienstplan des Krankenhauses und der Notfalldienstplan müssten koordiniert werden. Demgegenüber tritt die Erwägung der bekl. KV zurück, jeder Arzt, der zur ambulanten Versorgung berechtigt ist, müsse auch deren Pflichten - hier die Mitwirkung am Bereitschaftsdienst - mittragen. Schon berufsrechtlich greift die Idee der Belastungsgleichheit nicht: Nach § 26 der Berufsordnung für Ärzte in Hessen sind (nur) die niedergelassenen Ärzte zur Teilnahme am Notdienst verpflichtet, Krankenhausärzte dagegen nicht.

1. Eintragung in das Arztregister: Bescheinigung eines EU-Mitgliedstaates

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 20.03.2019 - L 11 KA 36/18

RID 19-02-17

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 95 II 3, 95a; Ärzte-ZV § 3

Es besteht ein Anspruch auf **Eintragung** in das **Arztregister** nach § 95a V 2 Fall 1 SGB V (Inhaber von **Bescheinigungen** über besondere erworbene Rechte von praktischen Ärzten nach Art. 30 der Richtlinie 2005/36/EG), wenn eine tatsächliche Inhaberschaft einer Bescheinigung besteht.

SG Düsseldorf, Urt. v. 21.02.2018 - S 14 KA 45/17 - wies die Klage ab, das **LSG** verpflichtete die Bekl., die Kl. in das Arztregister für den Zulassungsbezirk L einzutragen.

2. Qualitätssicherung

a) Mitteilung über Ergebnis einer Prüfung durch Koloskopie-Kommission

SG Kiel, Urteil v. 20.02.2019 - S 2 KA 51/18

RID 19-02-18

juris

SGB V §§ 82 I, 135 II; SGB I § 60; SGB X § 31 S. 1; BMV-Ä Anl. 3

Die **Mitteilung** über das **Ergebnis einer Prüfung** durch die Koloskopie-Kommission nach der Qualitätssicherungsvereinbarung Koloskopie ist **kein Verwaltungsakt**.

Die Anforderung von 20, ggfs. erneut 20 und sodann nach zwölf Monaten 200 Dokumentationen ist lediglich eine **Aufforderung der KV zur Mitwirkung** des Vertragsarztes. Es handelt sich um eine **Obliegenheit**, die von der KV nicht eingeklagt werden kann, bei deren Verletzung der Vertragsarzt jedoch mit für ihn nachteiligen rechtlichen Konsequenzen rechnen muss. Letztlich handelt es sich somit um Mitwirkungspflichten, die denen in § 60 SGB I für ein Sozialrechtsverhältnis zwischen

Sozialleistungsträger und Sozialleistungsempfänger geregelten Mitwirkungspflichten des Antragstellers vergleichbar sind.

Streitig sind Ergebnismitteilungen über durchgeführte Prüfungen nach der Qualitätssicherungsvereinbarung Koloskopie. Das *SG* wies die Klage ab.

b) QVb zur spezialisierten Versorgung von Patienten mit HIV-Infektion

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 27.02.2019 - L 7 KA 54/15

RID 19-02-19

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 135 II; QVb zur spezialisierten Versorgung von Patienten mit HIV-Infektion

Die Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur spezialisierten Versorgung von Patienten mit **HIV-Infektion/Aids-Erkrankung** (nachfolgend QSV HIV/Aids) verlangt vom Arzt einen **Nachweis**, dass er jährlich durchschnittlich 25 HIV-/Aidspatienten je Quartal selbständig betreut hat. Es ist möglich und zumutbar, der KV eine anonymisierte oder pseudonymisierte (vgl. § 299 SGB V) Liste der erfolgten Behandlung von Privatpatienten zukommen zu lassen. Denkbar wäre die Benennung anhand der von ihm vergebenen Patientennummern mit einer kurzen Darstellung der erfolgten Behandlung und Benennung des Behandlungstermins. Ebenso ist es zumutbar, geschwärzte Rechnungen für die Privatpatienten zu übersenden.

Die **Voraussetzung** der Behandlung von **25 Patienten** durchschnittlich im Quartal pro Jahr ist nicht zu unbestimmt. Der Nachweis von Quartal zu Quartal kann auch durch die Behandlung der gleichen Patienten geführt werden. Die geforderte Menge von 25 Patienten im Quartal ist im Rahmen der hausärztlichen Versorgung keine unverhältnismäßige Anforderung. Für die QSV HIV/Aids besteht keine vorrangige Regelungskompetenz des GBA, da sie keine generellen Anforderungen an die Art und Weise sowie die Qualität der durchzuführenden Behandlungen, sondern letztlich in Verbindung mit dem Bundesmantelvertrag nur regelt, dass die Vertragsärzte, welche die Genehmigung zur Teilnahme an der spezialisierten Versorgung für HIV/ Aids-Patienten haben, weitere Zusatzpauschalen abrechnen dürfen.

SG Berlin, Ur. v. 07.10.2015 - S 22 KA 414/13 - wies die Klage des Facharztes für Allgemeinmedizin ab, das *LSG* die Berufung zurück.

3. Angabe der Diagnosen der Patienten durch Psychotherapeuten

LSG Schleswig-Holstein, Urteil v. 24.07.2018 - L 4 KA 37/16

RID 19-02-20

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris = GesR 2019, 255

SGB V §§ 285 IV, 295 I 1 Nr. 2; BMV-Ä § 44

Ausschließlich **psychotherapeutisch tätige Ärzte** und **Psychologen** sind in gleicher Weise wie andere Ärzte verpflichtet, auch für die Abrechnung der in probatorischen Sitzungen erbrachten Leistungen die **Diagnosen der Patienten** zu benennen. Die Regelung des § 295 I 1 Nr. 2 SGB V ist verfassungsgemäß.

SG Kiel, Ur. v. 14.06.2016 - S 2 KA 1106/13 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

4. Anbindung an die Telematikinfrastruktur rechtmäßig

SG München, Beschluss v. 22.03.2019 - S 38 KA 52/19 ER

RID 19-02-21

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 291 I, IIb 3 u. 16, 291a V 5 u. 7, VIIb 3; SGG § 86b II; BMV-Ä Anl. 32

Die **Vereinbarung** der Bundesmantelvertragspartner zur Finanzierung und Erstattung der bei den Vertragsärzten entstehenden Kosten im Rahmen der Einführung und des Betriebes der **Telematikinfrastruktur** über die Art und Höhe der **Kostenerstattung** ist rechtlich nicht zu beanstanden.

Soweit der **Einsatz weiterer kompatibler Terminals** von der Pauschale nicht umfasst, sondern auf eigene Kosten zu schaffen ist, ist dies bei summarischer Prüfung als rechtlich unbedenklich anzusehen. Unabhängig davon ist den gesamten Regelungen, allen voran den §§ 291, 291a SGB V nicht zu entnehmen, dass die Pauschalen kostendeckend im Sinne einer Vollkostenerstattung sein müssen.

Auch ein Verstoß gegen **Datenschutzrecht** ist nicht ersichtlich. Die Regelung der Ausgestaltung und Verwendung der elektronischen Gesundheitskarte sind mit **höherrangigem Recht**, vor allem mit dem Recht der Patienten auf informationelle Selbstbestimmung vereinbar (vgl. auch BSG, Urt. v. 18.11.2014 - B 1 KR 35/13 R - BSGE 117, 224 = SozR 4-2500 §291a Nr. 1).

Das **SG** wies die Anträge auf Erlass einer einstweiligen Anordnung (Aussetzung des Zwangstermins <31.03.2019> für die Bestellung von Hardware zur Anbindung der Kassenärzte an die TI-Infrastruktur und Aussetzung der damit verbundenen Strafabzüge <rückwirkend ab dem 1.1.2019> bei Fristversäumnis) ab.

5. Beschäftigung eines Vorbereitungsassistenten durch MVZ

SG München, Beschluss v. 06.03.2019 - S 38 KA 5009/19 ER

RID 19-02-22

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

Zahnärzte-ZV §§ 3 III, 32 II

Die Bindung der Beschäftigung eines Vorbereitungsassistenten an einen im **MVZ** tätigen zugelassenen **Vertragszahnarzt** stellt neben einem Verstoß gegen Art. 3 GG eine Einschränkung der Berufsausübung nach Art. 12 GG dar. Eine solche Einschränkung enthalten weder das SGB V, insb. § 95 SGB V, noch die auf der Grundlage von § 95 IX 3 SGB V erlassene Zahnärzte-Zulassungsverordnung, noch der Bundesmantelvertrag-Zahnärzte. Insofern fehlt für eine solche Einschränkung eine **gesetzliche Grundlage**.

Auch ein **vertragszahnärztlich zugelassenes MVZ** besitzt einen Anspruch auf **Genehmigung einer Vorbereitungsassistentin** nach § 32 II 1 i.V.m. § 3 III Zahnärzte-ZV, und zwar unabhängig davon, welchen Status die in ihm tätigen Zahnärzte (eigene Zulassung und/oder angestellte Zahnärzte) besitzen. Einem MVZ, in dem nur angestellte Zahnärzte tätig sind, kann seine Ausbildereignung nicht abgesprochen werden.

Werden Ausweichmöglichkeiten nicht genutzt und steht die grundsätzliche Klärung der Rechtsfrage im Vordergrund und ist eine abschließende Klärung der Rechtsfrage durch das BSG im Rahmen einer Sprungrevision (B 6 KA 1/19 R) zu erwarten, so fehlt es an einem **Anordnungsgrund**.

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

S. auch bereits SG Düsseldorf, Urt. v. 05.12.2018 - S 2 KA 77/17 - RID 19-01-26, Sprungrevision anhängig; B 6 KA 1/19 R; SG Düsseldorf, Beschl. v. 16.05.2017 - S 2 KA 76/17 ER - RID 17-03-33; LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 13.02.2018 - L 11 KA 33/17 B ER - RID 18-02-22; SG Marburg, Urt. v. 31.01.2018 - S 12 KA 572/17 - RID 18-01-25 (Sprungrevision zurückgenommen).

6. Notdienst: Keine Befreiung wegen weiterer Beschäftigung als Chefarzt

LSG Bayern, Urteil v. 16.01.2019 - L 12 KA 53/18

RID 19-02-23

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 75 Ib

Leitsatz: 1. Ein im Krankenhaus angestellter **Chefarzt**, der gleichzeitig mit einem hälftigen **Versorgungsauftrag** an der vertragsärztlichen Versorgung teilnimmt, ist nach § 2 Abs. 1 Nr. 1 BDO-KVB grundsätzlich verpflichtet, am allgemeinen ärztlichen **Bereitschaftsdienst** teilzunehmen.

2. Ein Anspruch auf **Befreiung** nach § 14 BDO-KVB ergibt sich nicht aus der Verpflichtung, am stationären und ambulanten Bereitschaftsdienst der Klinik teilzunehmen. Der Arzt ist insoweit nicht mit einem Belegarzt, der im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung tätig wird, zu vergleichen.

Der Kl. nimmt im Rahmen einer hälftigen Sonderbedarfszulassung als Facharzt für Urologie an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Gleichzeitig ist er Chefarzt am Klinikum im Angestelltenverhältnis (Teilzeit) und führt dort zusammen mit seinem Gemeinschaftspraxispartner (ebf. hälftige Sonderbedarfszulassung und Teilzeit am Klinikum) die urologische Abteilung. Zuvor war er im Rahmen einer Ermächtigung tätig. Er wurde zur Teilnahme am ärztlichen Bereitschaftsdienst verpflichtet. **SG München**, Urt. v. 20.06.2018 - S 38 KA 360/17 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

IV. Wirtschaftlichkeitsprüfung/Arzneikostenregress/Schadensersatz

1. Keine Publikationspflicht für interne Prüfrichtlinien

SG Stuttgart, Urteil v. 26.03.2019 - S 5 KA 3864/17

RID 19-02-24

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 106 Va; SGB X § 24; GG Art. 19 IV, 20 III, 28 I 1

Leitsatz: 1. Die **Publikationspflicht** für **Verwaltungsvorschriften** gilt nur für Verwaltungsvorschriften mit unmittelbarer Außenwirkung.

2. Bei den „Prüfrichtlinien der gemeinsamen Prüfungsstelle Baden-Württemberg und des Beschwerdeausschusses Baden-Württemberg (Stand 28.10.2009)“ handelt es sich um eine interne Verwaltungsvorschrift ohne unmittelbare Außenwirkung, so dass das Publikationsgebot nicht verletzt wurde.

3. Eine **Anhørungsfrist** von zwei Wochen - zuzüglich der Postlaufzeit - ist als Mindestzeitraum angemessen.

Das *SG* wies die Klage ab.

2. Keine Zuständigkeit der Prüfungsgremien: Prüfung der Nr. 03212 EBM (Chronikerzuschlag)

SG Berlin, Urteil v. 13.03.2019 - S 83 KA 328/17

RID 19-02-25

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 106, 106d

Geht es allein um die Frage, ob die **Abrechnung in Übereinstimmung mit dem Regelwerk des EBM** erfolgt ist, handelt es sich um eine **sachlich-rechnerische Prüfung** und ist die Zuständigkeit der KV begründet. Ein Zusammenhang mit der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung ist allein durch die Inbezugnahme der Chroniker-Richtlinie nach § 62 I 8 SGB V nicht gegeben.

Der kl. Facharzt für Allgemeinmedizin streitet nur noch um die Honorarkürzung wegen Unwirtschaftlichkeit der Nr. 03212 (Chronikerzuschlag) in den Quartalen IV/11 bis III/12. Das *SG* hob den angefochtenen Beschluss v. 27.07.2017, geändert durch Teilanerkennnis v. 13.03.2019, auf.

3. Arzneimittel

a) Vorangegangene Überschreitung auch bei vergleichsweiser Einigung

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 31.01.2019 - L 11 KA 44/18

RID 19-02-26

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 106

Zwar muss es sich bei der **vorangegangenen Überschreitung** um eine solche handeln, die von der Prüfungsstelle „förmlich“ festgestellt wurde. In welcher Form die Prüfungsgremien die Feststellung treffen, dass eine relevante Überschreitung vorliegt, und in welcher Art und Weise sie diese dokumentieren, gibt das Gesetz nicht vor. Regelmäßig dürfte diese Feststellung zwar durch einen Regressbescheid erfolgen, doch benennt § 106 Ve 1 SGB V a.F. als Tatbestandsvoraussetzung allein eine „erstmalige Überschreitung des Richtgrößenvolumens um mehr als 25 Prozent“, stellt also auf den Umstand einer (nicht gerechtfertigten) Überschreitung als solchen, nicht hingegen auf die hierauf gegründete förmliche Festsetzung eines Regresses ab.

Entscheidend ist die „**Feststellung**“ des Umstandes, dass eine - nicht durch Praxisbesonderheiten gerechtfertigte - **Überschreitung des Regelleistungsvolumens um mehr als 25 % gegeben** ist. Der Annahme einer (vorangegangenen) Überschreitung steht es daher nicht entgegen, wenn das Verfahren (wie hier für die Jahre 2005 bis 2007) durch eine **vergleichsweise Regelung** beendet worden ist, sofern dies die Tatsache einer Überschreitung des Regelleistungsvolumens (nach Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten) um mehr als 25 % als solche unangetastet lässt (BSG, Urt. v. 22.10.2014 - B 6 KA 3/14 R - BSGE 117, 149 = SozR 4-2500 § 106 Nr. 48).

SG Dortmund, Urt. v. 14.03.2018 - S 16 KA 45/16 - wies die Klage der Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe gegen einen Regress wegen Überschreitung des Arzneimittelrichtgrößenvolumens im Jahr 2010 in Höhe von 9.360,43 € ab, das *LSG* die Berufung zurück.

b) Hinweispflicht auf günstigen Bezugsweg über Krankenhausapotheke

SG Stuttgart, Urteil v. 26.03.2019 - S 5 KA 1359/17

RID 19-02-27

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 31 I, 106 III 3, 129a

Leitsatz: 1. Das **Apothekenwahlrecht** der Versicherten nach § 31 Abs. 1 S. 5 SGB V findet im Hinblick auf die Versorgung mit Arzneimitteln durch eine **Krankenhausapotheke** keine Anwendung.
2. Leistungserbringer sind im Hinblick auf das **Wirtschaftlichkeitsgebot** gehalten, den Versicherten rechtlich zulässige und mögliche **Bezugswege von Arzneimitteln** aufzuzeigen.
3. Das **Versichertenwahlrecht** im Hinblick auf die freie Wahl der Apotheke hat gegenüber dem **Wirtschaftlichkeitsgebot** regelmäßig nur bei berechtigten Interessen und/oder gegen Tragung der Mehrkosten Vorrang (Anschluss an BSG, Urt. v. 25.11.2015 - B 3 KR 16/15 R - BSGE 120, 122 = SozR 4-2500 § 129 Nr. 11).

Zwischen den Beteiligten ist ein Arzneikostenregress für die Quartale II/13 bis II/14 in Höhe von insgesamt 14.461,05 € streitig. Das *SG* verpflichtete auf Klage der Krankenkasse den Bekl. zur Neubescheidung.

c) Verordnungsausschluss

aa) Fehlende Begründung bei Nichtvorlage der Behandlungsdokumentation

SG Marburg, Urteil v. 03.04.2019 - S 12 KA 303/18

RID 19-02-28

Berufung zugelassen
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V a.F. §§ 31 I 4, 106; AM-RL §§ 10, 12, 16

Leitsatz: Wird eine **Behandlungsdokumentation** weder im Prüf- noch Gerichtsverfahren vorgelegt, so fehlt es an einer Begründung i. S. d. § 31 Abs. 1 Satz 4 SGB V und am Nachweis, dass eine Arzneimittelverordnung trotz Ausschluss im Einzelfall gerechtfertigt war.

Die Beteiligten stritten um die Festsetzung eines Arzneikostenregresses für die drei Quartale II bis IV/14 wegen der Verordnung von Actos 30 mg (mit Wirkstoff Pioglitazon) in einem Behandlungsfall i. H. v. insgesamt 543,21 € (netto). Das *SG* wies die Klage ab.

bb) Vorlage der Behandlungsdokumentation im Gerichtsverfahren

SG Marburg, Urteil v. 03.04.2019 - S 12 KA 141/18

RID 19-02-29

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V a.F. §§ 31 I 4, 106; AM-RL §§ 10, 12, 16

Leitsatz: Für den Nachweis eines **Ausnahmefalls** zur Verordnung eines von der Arzneimittel-Richtlinie von der Verordnung ausgeschlossenen Arzneimittels reicht es aus, eine **Behandlungsdokumentation im Gerichtsverfahren** vorzulegen.

Die Beteiligten stritten um die Festsetzung eines Arzneikostenregresses für die zwei Quartale IV/13 und I/14 wegen der Verordnung von Competact (mit Wirkstoff Pioglitazon) in einem Behandlungsfall i.H.v. insgesamt 235,13 € (netto). Das *SG* hob den angefochtenen Bescheid auf.

4. Zahnärzte

a) Prüfvereinbarung: Statistische Vergleichsprüfung als Regelfall/Praxisbesonderheiten

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 12.12.2018 - L 11 KA 17/16

RID 19-02-30

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 106

Eine **Prüfvereinbarung** kann die Prüfung der Wirtschaftlichkeit nach **Durchschnittswerten** als Regelfall vorsehen.

Geringe Fallzahlen stellen keine Praxisbesonderheit dar. Es fehlt an Umständen, aus denen ein besonderer Behandlungsbedarf der Patienten herrührt (sog. Morbiditätsstruktur). Eine unterdurchschnittliche Fallzahl ist im Übrigen bei der statistischen Vergleichsprüfung grundsätzlich irrelevant, da nicht die Gesamtkosten, sondern nur die Kosten pro behandeltem Patienten gegenübergestellt werden.

„**Schwere Fälle**“ mit einem 3,5-fachen Falldurchschnitt stellen keine Praxisbesonderheit dar. Mit ihnen werden keine Umstände benannt, aus denen ein besonderer Behandlungsbedarf der Patienten herrührt.

Die Behandlung von **Notfallpatienten** umfasst im Regelfall nur die notwendigen Leistungen zur Schmerzbehandlung. Abgerechnet werden daher zumeist weniger Punkte je Fall als bei Nichtnotfallpatienten.

Es besteht keine **Kausalität** zwischen den **Füllungsleistungen** und möglicherweise unterdurchschnittlichen Kosten im Bereich von **Überkronungen** im Sinne eines kompensatorischen Minderaufwands.

SG Münster, Urte. v. 22.02.2016 - S 2 KA 12/15 - wies die Klage gegen eine Honorarkürzung für die Quartale III/11 bis II/12 sowie IV/12 i.H.v. insgesamt 13.187,65 € ab, das *LSG* die Berufung zurück.

b) Relationsprüfung/Ländlicher Raum/Angstpatienten/Patientenverteilung

SG München, Urteil v. 29.01.2019 - S 38 KA 5171/16

RID 19-02-31

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 106

Leitsatz: Die **Relationsprüfung** (Leistungen nach der Bema-Nr. 25 als Bezugsleistungen werden in Relation zu den Leistungen nach der Bema-Nr. 13d gesetzt) ist **nicht zulässig**, weil eine solche Prüfmethode weder eine Rechtsgrundlage in der Prüfvereinbarung noch in der Rechtsprechung findet (vgl. SG München, Urteil vom 26.11.2015, Az. S 21 KA 5121/13). Im Rahmen einer **intellektuellen Prüfung** ist den Prüfungsgremien aber nicht verwehrt, zu untersuchen, in welcher Relation die Begleitleistung der Bema-Nr. 25 zu der Bezugsleistung der Bema-Nr. 13d steht. Eine Praxislage im **ländlichen Raum** ist grundsätzlich nicht als **Praxisbesonderheit** zu werten. Ebenfalls stellt die Behandlung von „**Angstpatienten**“ (Oralophobiker) grundsätzlich keine Praxisbesonderheit dar (vgl. SG München, Urteil vom 22.01.2015, Az. S 38 KA 5078/14). Eine im Vergleich zur Vergleichsgruppe unterschiedliche **Patientenverteilung** (hier: deutlich weniger Rentnerversicherte als die Durchschnittspraxis) ist bei Überschreitungen im Bereich der Füllungsleistungen (hier: F4-Leistungen) grundsätzlich auch nicht als Praxisbesonderheit anzuerkennen. Zur Belassung einer extrem hohen Restüberschreitung (vgl. BayLSG, Urteil vom 04.02.2009, Az L 12 KA 27/08, RID 09-04-28; LSG für das Land Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 01.10.1996, Az L 11 Ka 24/96).

Gegenstand der Klage ist ein Regress in Höhe von 7.024,05 € für das Quartal IV/13, betreffend die Leistungen nach den Bema-Nrn. 13d (Kürzung um 45 %) und 25 (Kürzung um 15 %). Das *SG* wies die Klage ab.

c) Wahlfeststellung der Prüfungseinrichtungen bei erhöhtem Prüfaufwand

SG Marburg, Urteil v. 27.03.2019 - S 12 KA 71/18

RID 19-02-32

Sprungrevision zugelassen, Berufung anhängig: LSG Hessen L 4 KA 38/19
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 106

Leitsatz: 1. Die **Prüfungseinrichtungen** dürfen bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung davon ausgehen, dass der Vertrags(zahn)arzt die abgerechneten Leistungen tatsächlich erbracht hat, und diese Leistungen ihrer Beurteilung zugrunde legen (vgl. BSG, Urt. v. 28.10.1992 - 6 RKa 3/92 - BSGE 71, 194 = SozR 3-2500 § 106 Nr. 15, juris Rdnr. 23 f.).

2. Eine **Wahlfeststellung** kommt nicht ausschließlich dann in Betracht, wenn sich die Frage, auf welcher alternativen Ursache der Mehraufwand beruht, nicht allein anhand der Behandlungsausweise, sondern nur durch nachträgliche Befragung des Arztes oder der Patienten beantworten lässt, sondern bereits dann, wenn ein erhöhter Prüfaufwand besteht, da es dann an der Offenkundigkeit des Abrechnungsfehlers fehlt. Von einem erhöhten Prüfaufwand wird dann auszugehen sein, wenn eine (zahn-)medizinische Expertise erforderlich ist und die sachlich-rechnerische Berichtigung nicht allein maschinell oder durch nicht (zahn-)ärztliche Prüfer erfolgen kann.

Die Beteiligten streiten um eine Honorarberichtigung wegen unwirtschaftlicher Behandlungsweise im KCH-Bereich in den Quartalen I und II/15 in Höhe von 25.812,48 € aufgrund einer eingeschränkten Einzelfallprüfung (ohne Hochrechnung) sowie weiterer Kürzungen im KB-Bereich in Höhe von 1.655,63 € und im PAR-Bereich in Höhe von 3.169,20 €, insgesamt um eine Honorarkürzung in Höhe von 30.637,31 €. Das SG wies die Klage ab.

d) Psychogene Prothesenunverträglichkeit/Funktionsfähigkeit nach Tragezeit von 7 Jahren

SG München, Urteil v. 28.03.2019 - S 38 KA 5001/15

RID 19-02-33

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 12; BGB §§ 630a ff.

Konkret ist die Ausgangslage dadurch gekennzeichnet, dass die Patientin über einen sehr langen Zeitraum (10-15 Jahre) im Seitenzahnbereich nicht versorgt war, sich dadurch bei ihr auch ein gewisser Gewöhnungseffekt eingestellt hat, dadurch bedingt eine **psychogene Prothesenunverträglichkeit** entstanden ist und die Patientin sich in einem schlechten psychischen Allgemeinzustand befand und befindet. Diese ungünstige Ausgangslage ist nach der „**Sphärentheorie**“ der Patientin bzw. der Krankenkasse, nicht aber dem Kl. zuzurechnen, „neutralisiert“ einen evtl. vorliegenden Mangel und führt zur Mangelfreiheit der eingegliederten Prothetik im Oberkiefer.

Trägt die Patientin nach mittlerweile **über 7 Jahren seit Eingliederung** immer noch die angefertigte Prothetik im Oberkiefer, spricht dies für die **Funktionsfähigkeit** der Prothetik und deutet darauf hin, dass die Patientin nach einem das Übliche überschreitenden, längeren Gewöhnungsprozess mit der Prothetik zu Recht kommt, auch wenn im Vertrags(-zahn)arztrecht - anders als im Zivilrecht - der formale Schadensbegriff Anwendung findet.

Das SG hob die Entscheidung des Prothetikausschusses in der Fassung des Prothetikeinigungsausschusses auf und wies die Mängelrüge der AOK Bayern zurück.

V. Zulassungsrecht

Nach BSG, Urt. v. 15.05.2019 - **B 6 KA 5/18 R** - trifft es nicht zu, dass die **Regelung zu „Konzeptbewerbungen“ im Nachbesetzungsverfahren** nach § 103 IV 10 SGB V a.F. (seit 11.5.2019: § 103 IV 5 Nr. 9 SGB V n.F.) bei Auswahlentscheidungen über die Besetzung eines nach Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen zusätzlich zur Verfügung stehenden Vertragsarztsitzes generell nicht **anwendbar** sei. Die Unterschiede zwischen Nachbesetzungen einerseits und der Besetzung von zusätzlichen Vertragsarztsitzen **nach partieller Entsperrung** andererseits stehen einer **entsprechenden Anwendung** der Vorschrift auch in den zuletzt genannten Zulassungsverfahren nicht entgegen. Allerdings können **derzeit in beiden Konstellationen** nur Bewerbungen von MVZ oder Vertragsärzten berücksichtigt werden, in denen neben dem geplanten Versorgungskonzept **konkret der Arzt benannt wird**, der auf dem Vertragsarztsitz tätig werden soll. Zwar wollte der Gesetzgeber für MVZ und Vertragsärzte die Möglichkeit eröffnen, sich auch ohne Benennung eines Arztes nur mit einem Versorgungskonzept um einen zu vergebenden Vertragsarztsitz bewerben zu können. Hierfür **bedarf es zusätzlicher Regelungen**, die bisher noch fehlen. Mit der Auswahlentscheidung zugunsten einer Konzeptbewerbung **würde** eine bislang

weder im SGB V noch in der Ärzte-ZV auch nur ansatzweise konturierte **Sonderform einer „arztlosen Anstellungsgenehmigung“ geschaffen**. Diese müsste später in einem weiteren Verfahren mit einer Anstellungsgenehmigung für einen bestimmten Arzt ausgefüllt werden, wobei die Zulassungsgremien prüfen müssten, ob der anzustellende Arzt nach seiner persönlichen Befähigung in der Lage ist, den besonderen Versorgungsauftrag umzusetzen, mit dem sich das MVZ erfolgreich um den Sitz beworben hat. Andere Bewerber um den freien Sitz müssen es unter bestimmten Voraussetzungen hinnehmen, dass ein geringer qualifizierter Arzt auf dem zu vergebenden Sitz tätig wird, wenn das im Rahmen eines vorzugswürdigen Versorgungskonzepts erfolgt. Dann muss aber auch **sichergestellt werden, dass das MVZ dieses Konzept zeitnah umsetzt**. Das erfordert u.a. **Regelungen zu den Anforderungen an Anstellungsgenehmigungen in Ausfüllung eines Versorgungskonzepts** sowie Bestimmungen zum weiteren Bestand oder Fortfall des Sitzes, falls das Konzept nicht mehr verfolgt wird oder nicht realisiert werden kann, und schließlich auch **Regelungen zur Beteiligung der im Auswahlverfahren unterlegenen Bewerber an den nachfolgenden Verfahrensschritten**. Die Ausgestaltung einer solch komplexen, z.T. grundrechtlich determinierten Rechtslage kann nicht durch die höchstrichterliche Rechtsprechung erfolgen; sie muss aus kompetenziellen Gründen unter Beachtung der Gewaltenteilung durch den Gesetzgeber bzw. den Normgeber der Ärzte-ZV vorgenommen werden. Die Grundrechte der Träger von MVZ aus Art 12 I GG werden dadurch nicht verletzt. Nach BSG, Urt. v. 03.04.2019 - **B 6 KA 4/18 R** - können Gerichte sich bei der **Ermittlung** des entscheidungserheblichen Sachverhaltes **auf die vom Amtsgericht getroffenen Feststellungen oder die Ergebnisse des staatsanwaltschaftlichen Ermittlungsverfahrens stützen**, auch wenn das Strafverfahren nach § 206a StPO wegen Eintritts eines Verfahrenshindernisses eingestellt wurde. Es liegt eine gröbliche Verletzung vertragszahnärztlichen Pflichten vor, wenn ein Vertragszahnarzt vor Ende 2007 bis zum Jahr 2012 in seiner Praxis eine Überwachungsanlage installiert hat, mit deren Hilfe er Aufnahmen seiner Helferinnen in unbedecktem Zustand beim Umziehen erstellen konnte und erstellt hat, die dann in sein Büro überspielt und dort aufgezeichnet worden sind. In der **über Jahre fortgesetzten massiven Verletzung der Privat- und Intimsphäre der Mitarbeiterinnen** liegt eine Pflichtverletzung im Sinne des § 95 VI 1 SGB V. Strafandrohung und Strafraum des § 201a StGB lassen hinreichend deutlich erkennen, welchen Unrechtsgehalt der Gesetzgeber Verletzungen der Intimsphäre zuweist. Gerade die Übertragungen der Bilder aus dem Umkleieraum in das Büro des Kl. und die Speicherung mit dem ausdrücklich eingeräumten Ziel, entsprechende Bilder öfter anzusehen, machen deutlich, dass der Kl. die Intimsphäre der Mitarbeiterinnen zum Objekt seiner besonderen Interessen gemacht hat, was geeignet ist, die Betroffenen nachhaltig zu traumatisieren. Mit einem Zahnarzt, der sich über Jahre so verhalten hat, müssen die Träger der vertragszahnärztlichen Versorgung nicht länger zusammenarbeiten.

Nach BSG, Urt. v. 13.02.2019 - **B 6 KA 62/17 R** - ist die Anstellung eines bisher fachärztlich-internistisch tätigen Arztes auf einer halben hausärztlich-internistischen und einer halben fachärztlich-internistischen Arztstelle (eines MVZ) **mit der gesetzlichen Zuordnung von Arztgruppen entweder zur hausärztlichen oder zur fachärztlichen Versorgung nicht vereinbar**. Jedenfalls kann ein Arzt im Rahmen seines Anstellungsverhältnisses bei einem Arzt, bei einer Berufsausübungsgemeinschaft, bei einem MVZ oder ein und derselben Zulassung **nur entweder hausärztlich oder fachärztlich tätig** sein. Die Trennung von hausärztlicher und fachärztlicher Versorgung bei Zulassungen oder Anstellungsgenehmigungen wird durch die Einführung hälftiger Versorgungsaufträge nicht obsolet. Die Erfüllung der besonderen Aufgaben von Hausärzten soll nach dem Willen des Gesetzgebers nicht durch die Möglichkeit gleichzeitiger fachärztlicher Tätigkeit beeinträchtigt werden.

1. Auswahlentscheidung: Räumliche Verteilung/Geräteausstattung

LSG Schleswig-Holstein, Urteil v. 12.06.2018 - L 4 KA 46/17

RID 19-02-34

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 11/19 R

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 95 IXb, 103 IV; Ärzte-ZV § 32b V

Eine BAG ist klagebefugt, wenn ein Mitglied der BAG, das zunächst erfolglos den Antrag auf Anstellungsgenehmigung gestellt hat und daher Adressat des Ablehnungsbescheids ist, nach BSG, Urt. v. 04.05.2016 - B 6 KA 24/15 R - BSGE 121, 54 = SozR 4-2500 § 103 Nr. 19 den Antrag auf Genehmigung für die BAG umgestellt hat.

Bei einer **Auswahlentscheidung** nach Öffnung des Planungsbereichs kommt es für die Kriterien nach § 26 Abs. 4 Nr. 3 BedarfspRL im Falle eines Antrags auf **Anstellungsgenehmigung** nicht auf das Vorliegen der entsprechenden Voraussetzungen beim **antragstellenden Arzt** an, sondern es muss auf den **Arzt** abgestellt werden, der die Tätigkeit abgeleitet aus der erteilten Zulassung **tatsächlich ausübt**.

Es ist nicht ermessensfehlerhaft, bei einer **Auswahlentscheidung** nach Öffnung des Planungsbereichs hinsichtlich der bestmöglichen Versorgung der Versicherten im Hinblick auf die **räumliche Wahl** des Vertragsarztsitzes den Standort zu bevorzugen, an dem bislang kein Kassenarztsitz vorhanden ist, gegenüber einem Standort mit bereits mehreren zugelassenen Augenärzten.

Der **Gerätepark der zukünftigen Praxis** gehört nicht zu den zu berücksichtigenden Gesichtspunkten, da die Frage der Praxisausstattung und die Auswahl der für die augenärztliche Untersuchung benötigten Geräte in die Verantwortung eines jeden einzelnen Arztes fällt.

Die Kl. ist eine aus zwei Augenärzten bestehende BAG. Dr. T war bei ihr seit dem 06.01.2014 mit 15 Wochenstunden als Entlastungsassistentin angestellt. Die Genehmigung hierfür erfolgte zunächst bis zum 30.06.2016. Später war sie im selben Umfang im Rahmen eines Job-Sharings bei der Kl. tätig. Im Jahr 2017 erhielt die Kl. nach Öffnung des Zulassungsbezirks einen weiteren halben Sitz, den sie mit Dr. T als angestellter

Ärztin besetzte. Nach Öffnung des Planungsbereichs für eine Zulassung von 0,5 weiteren Ärzten erhielt der Beigel. bei Ablehnung der übrigen Bewerber die Zulassung. *SG Kiel*, Urt. v. 07.06.2017 - S 2 KA 151/16 - wies die Klage als wegen fehlender Klagebefugnis unzulässig ab, das *LSG* die Berufung zurück. Es sah die Klage als zulässig, aber unbegründet an.

2. Nachbesetzungsverfahren

a) Auswahlentscheidung: Praxisnachfolge in anästhesistische Vertragsarztpraxis

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 19.12.2018 - L 11 KA 86/16

RID 19-02-35

Rechtskräftig

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 103 IV

Im Rahmen einer Auswahlentscheidung wird die **Dauer der Berufserfahrung** nicht bereits ab der Approbation berechnet, sondern erst ab erfolgreichem Abschluss der Facharztweiterbildung (LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 19.01.2011 - L 11 KA 106/10 B ER u. L 11 KA 119/10 B ER - RID 11-02-50).

Es ist zwischen den voller gerichtlicher Prüfung unterliegenden **Voraussetzungen**, die jeder Bewerber erfüllen muss, um im Nachbesetzungsverfahren nach § 103 IV SGB V zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen werden zu können, und der zwischen solchen Bewerbern zu treffenden **Auswahlentscheidung** zu **unterscheiden**, für die dem Berufungsausschuss ein nur eingeschränkt gerichtlich überprüfbarer Ermessensspielraum zusteht.

Für die Frage nach dem **Praxisfortführungswillen** ist zu ermitteln, ob der Praxisvorgänger als **Anästhesist** in den Praxisräumlichkeiten überhaupt in nicht unwesentlichem Umfang vertragsärztliche Leistungen erbracht hat. Nur wenn dies der Fall war, kann es bei der Prüfung des Praxisfortführungswillens der Bewerber (voll gerichtlich überprüfbare Anspruchsvoraussetzung) und der Versorgungskontinuität (Kriterium im Rahmen der Ermessensauswahlentscheidung) darauf ankommen, ob und inwieweit die Nachfolgebewerber den Willen haben, in den dortigen Praxisräumen mit den dort vorgehaltenen Mitteln den Patientenstamm des verstorbenen Vertragsarztes weiter zu versorgen.

Das Kriterium **Kooperationsverträge** sowie deren Fortführung ist ein geeignetes Kriterium, sowohl im Rahmen der Prüfung des Fortführungswillens der Bewerber als auch - wenn der Berufungsausschuss hierauf im Rahmen seiner Ermessensentscheidung abstellt - beim Kriterium der Versorgungskontinuität. Allein der Umstand, dass zwei Kooperationspartner des praxisabgebenden Anästhesisten sich bereit erklärt haben, mit einem der Bewerber um die Praxisnachfolge zu kooperieren, besagt für die zu treffende Auswahlentscheidung wenig. Damit ist nämlich noch keine Aussage dazu getroffen, ob sie nicht auch bereit wären, mit den anderen Bewerbern zusammen zu arbeiten. Zudem ist für die Frage der Fortführung einer (rein) anästhesistisch betriebenen Vertragsarztpraxis bzw. des hierauf gerichteten Willens entscheidend, von **welchem Gewicht** für die Vertragsarztpraxis die Zusammenarbeit mit den einzelnen Kooperationspartnern war. Insoweit können u.a. die Anzahl der gemeinsamen Operationstage, der finanzielle Umfang der damit für die Praxis generierten Einnahmen, die Gesamtzahl der Operationstage mit Kooperationspartnern und der dadurch insgesamt generierten Einnahmen eine Rolle spielen.

Eine Bevorzugung von Bewerbern mit **abgeschlossenem Praxisübernahmevertrag** kommt nach dem klaren Gesetzeswortlaut nicht in Betracht.

SG Düsseldorf, Urt. v. 02.11.2016 - S 2 KA 442/14 - wies die Klage ab, das *LSG* verpflichtete den Bekl., die Kl. unter Berücksichtigung der Rechtsauffassung des Senates neu zu bescheiden.

b) Bestandsschutz für BAG-Mitglied erteilte Anstellungsgenehmigung

SG München, Urteil v. 20.02.2019 - S 49 KA 508/17

RID 19-02-36

Berufung anhängig: LSG Bayern

SGB V § 104 IVa

Bringt ein Vertragsarzt, dem trotz Mitgliedschaft in einer BAG eine **Anstellungsgenehmigung** erteilt worden war, seinen Sitz in ein MVZ ein und wird dies genehmigt, so hat das MVZ als Nachfolgerin auch Anspruch auf Erteilung der Genehmigung zur Beschäftigung einer Anstellung auf dem weiteren

Sitz. Die Anstellungsgenehmigung verhält sich **akzessorisch** zu der von dem MVZ übernommenen Zulassung und „wandert“ mit dieser.

BSG, Urt. v. 04.05.2016 - B 6 KA 24/15 R - BSGE 121, 54 = SozR 4-2500 § 103 Nr. 19 trifft keine Aussage zu bestandskräftigen, nicht auf die BAG, sondern auf den einzelnen Vertragsarzt lautenden Anstellungsgenehmigungen. BSG, Urt. v. 25.01.2017 - B 6 KA 6/16 R - SozR 4-2500 § 87b Nr. 9 stellt klar, dass es nicht darauf ankommt, dass bereits erteilte, bestandskräftige Genehmigungen dadurch nicht in Frage gestellt werden.

Der Kl. zu 2), ein Pathologe, war Mitglied einer BAG, der Beigel. zu 3). Er erhielt 2014 die Genehmigung zur Beschäftigung einer angestellten Pathologin, der Beigel. zu 4). Nach Ausscheiden aus der BAG beantragte er 2016 die Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens für seinen Vertragsarztsitz mit Anstellung. Das zu 1) kl. MVZ erhielt mit rechtskräftigem Beschl. v. 20.09.2016 die Genehmigung zur Beschäftigung des Kl. zu 2) als angestellter Arzt im MVZ mit einem Tätigkeitsumfang von 31 Wochenstunden. Die Genehmigung zur Beschäftigung zweier Ärzte - Beigel zu 1) und 2) - mit jeweils elf Wochenstunden lehnte der Zulassungsausschuss hingegen ab. Er stellte fest, die 2014 erteilte Anstellungsgenehmigung sei tatsächlich der BAG (Beigel. zu 3) zuzuordnen und bestehe unverändert fort. Der Bekl. wies die Widersprüche der Kl. zurück. Das **SG** verpflichtete den Bekl., den Anträgen der Kl. zu 1) auf Genehmigung zur Beschäftigung der Beigel. zu 1) und 2) zur Fortführung der ausgeschriebenen Praxis des Kl. zu 2) stattzugeben. Die Klage des Kl. zu 2) wies es ab.

c) Versorgungskontinuität/Anordnung des Sofortvollzuges

SG Potsdam, Beschluss v. 03.08.2018 - S 1 KA 31/18 ER

RID 19-02-37

juris = MedR 2018, 1009

SGB V §§ 96 IV, 103 IV; SGG § 86b I

Es ist nicht zu beanstanden, dass der Zulassungsausschuss bei der Auswahlentscheidung des Weiteren den Umstand berücksichtigt hat, ob ein bestimmter Bewerber deutlich mehr die prognostische Gewähr für eine länger andauernde kontinuierliche Patientenversorgung (**Versorgungskontinuität**) bietet als andere (so BSG, Urt. v. 20.03.2013 - B 6 KA 19/12 R - SozR 4-2500 § 103 Nr. 12) und im Ergebnis der Ermessenausübung auf den auf Dauer angelegten Fortführungswillen der Bewerber in der bisherigen Form abgestellt hat.

Die **Anordnung des Sofortvollzuges** bis zur Entscheidung über den Widerspruch ist nicht zu beanstanden, wenn nach den Behandlungsfallzahlen der in der näheren Umgebung tätigen Fachärzte für Urologie nicht erkennbar ist, dass die bisherigen **Patienten** des Praxisabgebers durch die nächstgelegenen Praxen auch nur vorübergehend **mitversorgt** werden können und der Praxisabgeber aufgrund seines hohen Alters und bestehender gesundheitlicher Einschränkungen nicht mehr in der Lage ist, selbst die Patientenversorgung gegenwärtig zu gewährleisten, denn im Rahmen der Anordnung des Sofortvollzuges ist auch das Interesse des Praxisabgebers am Erhalt des wirtschaftlichen Wertes der Praxis zu beachten.

Der Facharzt für Urologie W. beantragte am 30.06.2017 die Durchführung des Nachbesetzungsverfahrens für seinen Praxissitz. Auf die Ausschreibung bewarb sich der Ast. am 06.11.2017 zum 01.01.2018. Im Zeitpunkt der Antragstellung war er als Facharzt für Urologie zur vertragsärztlichen Versorgung seit dem 02.01.2005 mit einem vollen Versorgungsauftrag zugelassen. Ab dem 01.11.2017 war seine Zulassung auf die Hälfte des Versorgungsauftrags beschränkt. Ab diesem Zeitpunkt beschäftigte er den Facharzt für Urologie Dr. H. als angestellten Facharzt mit 0,5. Mit der Bewerbung beantragte er die Anstellung des Facharztes für Urologie Dr. H. ab dem 01.04.2018 mit einem Beschäftigungsumfang von 20 Stunden pro Woche für den Sitz in B. F. In dem Anstellungsvertrag bzw. der Ergänzung zum Anstellungsvertrag vom 10.01.2018 war geregelt, dass der Ast. in B. F. eine weitere Praxis eröffne und der Angestellte in beiden Praxen die schriftlich vereinbarte Arbeitszeit von 40 Stunden quotal erbringe. Ferner bewarb sich der zu 2) beigel. L., mit dem der Praxisabgeber einen Kaufvertrag abschloss. Der Zulassungsausschuss (Ag.) ließ den L zu und lehnte den Antrag des Ast. ab. Er ordnete die sofortige Vollziehung an. Das **SG** lehnte den Antrag auf Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung des Widerspruchs des Ast. ab.

d) Erledigung des Nachbesetzungsverfahrens nach Zurücknahme des Antrags

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 14.11.2018 - L 11 KA 91/16

RID 19-02-38

Revision anhängig: B 6 KA 8/19 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 103 IIIa

Ein Nachbesetzungsverfahren **erledigt** sich dadurch, dass der Vertragsarzt seinen **Antrag auf Nachbesetzung zurücknimmt**, was auch noch nach bestandskräftiger - positiver - Entscheidung des Zulassungsausschusses zur Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens möglich ist. Ein Antrag ist erst vollständig beschieden, wenn alle erforderlichen Entscheidungen getroffen sind. Wie viele das im Einzelfall sind, hängt von der Weichenstellung auf der ersten Stufe ab. Beendet ist das Verfahren jedenfalls nicht mit der Entscheidung auf der ersten Stufe, sondern erst entweder mit der Festsetzung der Entschädigung oder der Auswahl des Nachfolgers.

Ein **Bewerber** auf den ursprünglich ausgeschriebenen Vertragsarztsitz hat **keinen Anspruch auf Durchführung** des Nachbesetzungsverfahrens. Die Nachbesetzung schützt das Verwertungsinteresse des ausscheidenden Vertragsarztes bzw. seiner Erben. Ein Bewerber hat nur einen Anspruch auf Gleichbehandlung im Rahmen einer Auswahlentscheidung, nicht jedoch auf Ausschreibung des Sitzes und Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens.

Der Beigel zu 8) war als Facharzt für Augenheilkunde in F zugelassen. Für die Nachbesetzung seines Vertragsarztsitzes bewarb sich u.a. der ebf. als Facharzt für Augenheilkunde in F vertragsärztlich zugelassene Kl., verbunden mit dem Antrag, die Beschäftigung einer angestellten Ärztin zur Weiterführung der Praxis zu genehmigen. Im Nachbesetzungsverfahren fand sodann am 20.08.2014 vor dem Bekl. ein Termin statt, in dem die Sache vertagt wurde. Nachfolgend nahm der Beigel. zu 8) mit Schreiben v. 04.11.2014 den Antrag auf Ausschreibung des Vertragsarztsitzes zurück, woraufhin der Bekl. das Verfahren als erledigt behandelte und einen für den 12.11.2014 angesetzten neuen Termin absagte. Dem widersprach der Kl. Im Februar 2015 beantragte das MVZ der Klinik E die Genehmigung der Beschäftigung des Beigel. zu 8) als angestellten Arzt. Dieser erklärte den Verzicht auf seine Zulassung unter dem Vorbehalt, dass die beantragte Anstellung bestandskräftig genehmigt werde. Der Kl., der weiterhin die Übernahme des Vertragsarztsitzes des Beigeladenen zu 8) im Wege der Nachbesetzung anstrebt, hat am 16.03.2015 Klage erhoben. *SG Düsseldorf*, Ur. v. 12.10.2016 - S 33 KA 104/15 - www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

e) Anfechtung der Stattgabe eines Nachbesetzungsverfahrens und Erledigung

SG München, Urteil v. 25.02.2019 - S 28 KA 84/18

RID 19-02-39

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 103 IIIa 3

Leitsatz: Ein (von Krankenkassen<verbänden> angefochtener) Bescheid, mit dem dem Antrag auf Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens gemäß § 103 Abs. 3a SGB V stattgegeben wurde, **erledigt** sich nicht durch die **erfolgreiche Ausschreibung** des Vertragsarztsitzes.

Die beigel. Allgemeinärztin stellte einen Antrag auf Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens (Vollausschreibung). Der bekl. Zulassungsausschuss gab dem Antrag statt. Die Krankenkassen(verbände) erhoben jeweils Klagen gegen den Beschluss. Die zu 2) beigel. KV schrieb die Praxis am 06.04.2018 aus. Es gingen keine Bewerbungen ein. Das *SG* verpflichtete den Bekl., über den Antrag auf Durchführung des Nachbesetzungsverfahrens für den Vertragsarztsitz der Beigel. im Umfang eines vollen Versorgungsauftrags unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden. Im Übrigen wies es die Klagen ab.

f) Klagebefugnis eines Bewerbers gegen begrenzenden Eröffnungsbeschluss

SG Berlin, Urteil v. 20.03.2019 - S 87 KA 187/18

RID 19-02-40

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 103 IIIa 3, IV; SGG § 54

Leitsatz: Ein **Bewerber** im Nachbesetzungsverfahren ist bereits **klagebefugt** im Verfahren gegen den Beschluss des Zulassungsausschusses über die Zustimmung zum Nachbesetzungsverfahren, wenn in diesem Beschluss bereits die Auswahl bindende Regelungen enthalten sind.

Frau R beantragte als Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie ein Nachbesetzungsverfahren und gab als Nachfolgerin P1 an. Der bekl. Zulassungsausschuss erteilte mit Beschl. v. 14.07.2017 die Zustimmung zur

Durchführung des Nachbesetzungsverfahrens unter der Maßgabe, dass die Nachbesetzung im Bezirk M. erfolgen soll, da in T.-S. eine Nachbesetzung aus Versorgungsgründen nicht notwendig sei. Weil die Wunschnachfolgerin bereit sei, den Arztsitz nach M. zu verlegen, werde das Nachbesetzungsverfahren auf M. begrenzt. Nach Ausschreibung bewarben sich neben der Kl. zur Anstellung der P2 in T die Beigel. zu 7, 8 u. 10. Der bekl. Zulassungsausschuss ließ die Beigel. zu 8 zu, wogegen Widerspruch eingelegt wurde. Der Berufungsausschuss ließ P1 an ihrem bisherigen Praxissitz im Verwaltungsbezirk M. zu. Den Widerspruch der Kl. wies der Berufungsausschuss als unzulässig zurück, weil die Ausschreibung auf den Verwaltungsbezirk M. beschränkt gewesen sei. Hiergegen erhob die Kl. Klage (S 87 KA 194/18), ferner gegen den Beschl. des bekl. Zulassungsausschusses v. 14.07.2017. Das **SG** verpflichtete den Bekl., erneut über den Antrag auf Durchführung des Nachbesetzungsverfahrens bzgl. des Vertragsarztsitzes der Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie der Dr. R unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts zu entscheiden.

3. Anstellungsgenehmigung für Fachärztin für Herzchirurgie

SG Düsseldorf, Urteil v. 30.01.2019 - S 2 KA 1196/16

RID 19-02-41

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 95 II

Eine **Fachärztin für Herzchirurgie** kann zur vertragsärztlichen Versorgung angestellt werden, da mehr als ein nur ganz kleiner Teil herzchirurgischer Leistungen ambulant erbringbar ist. Aus verfassungsrechtlichen Gründen (Art. 12 I GG) dürfen die für herzchirurgische Leistungen weiterbildungsrechtlich qualifizierten Ärzte für Herzchirurgie auch im ambulanten Bereich nicht von der Erbringung solcher Leistungen ausgeschlossen werden.

Erst bei einer ggf. späteren Umwandlung der Anstellung in eine Zulassung wird der Gesichtspunkt der **wirtschaftlichen Tragfähigkeit** herzchirurgischer Tätigkeit Bedeutung entfalten.

Das **SG** verurteilte den Bekl., die Anstellung der Frau B N1, Fachärztin für Herzchirurgie, geb. 1972, mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von 32 Stunden (Anrechnungsfaktor 1,0) in dem MVZ der Kl. zu genehmigen.

4. Durchführung künstlicher Befruchtungen: Drittanfechtungsbefugnis

SG Berlin, Urteil v. 13.03.2019 - S 83 KA 4409/15

RID 19-02-42

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 121a

Leitsatz: Wird einem seit Jahren bestehenden Kinderwunschzentrum eine neue **Genehmigung** nach § 121a SGB V nur deshalb erteilt, weil dies aus **formalen Gründen** notwendig ist (Änderungen in der IVF-Arbeitsgruppe), besteht für Dritte keine **Drittanfechtungsbefugnis**

Das **SG** wies die Klage ab.

5. Zulassungsentziehung

a) Unrichtige Abrechnung/Strafverfahren/Hygienemängel

LSG Bayern, Urteil v. 28.11.2018 - L 12 KA 127/16

RID 19-02-43

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 10/19 B
www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 95 VI

Eine Entziehung der Zulassung kann auf drei voneinander unabhängigen - jeder für sich allein die Zulassungsentziehung rechtfertigenden - Komplexen beruhen, zum einen auf dem Umstand einer **unrichtigen Abrechnung** über viele Quartale hinweg, des Weiteren auf eine Reihe von Strafanzeigen, Ermittlungsverfahren und **Strafverfahren** im Zusammenhang mit der operativen Tätigkeit, insb. dem Vorwurf des Operierens ohne Assistenz, sowie auf **Hygienemängeln** im Rahmen der operativen Tätigkeit.

Die Entziehung der vertragsärztlichen Zulassung wegen gröblicher Verletzung kassenärztlicher Pflichten ist nicht deshalb unzulässig, weil dieselben Pflichtverletzungen bereits Gegenstand von **Disziplinarmaßnahmen** der KV waren.

SG Nürnberg, Urt. v. 03.11.2016 - S 1 KA 24/15 - wies die Klage des Augenarztes ab, das **LSG** die Berufung zurück.

b) Nachholen versäumter Fortbildungen

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 18.04.2018 - L 11 KA 9/17

RID 19-02-44

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 95 VI, 95d

Das **Nachholen versäumter Fortbildungen** ist nicht beliebig lang, sondern nur binnen einer Zusatzfrist von **zwei Jahren** möglich.

SG Düsseldorf, Urt. v. 30.11.2016 - S 14 KA 144/15 - juris wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück, BSG, Beschl. v. 13.02.2019 - B 6 KA 20/18 B - juris verwarf die Nichtzulassungsbeschwerde.

6. Ermächtigung

a) Umfang der Überweisungsbefugnis eines ermächtigten Krankenhausarztes

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 14.11.2018 - L 11 KA 50/17

RID 19-02-45

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 4/19 B
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 116 I; Ärzte -ZV § 31a; BMV-Ä § 24 II 4

§ 24 II 4 BMV-Ä wird zutreffend angewandt, wenn ein **Bedarf** für die begehrten (**Weiter-Überweisungen**) verneint wird, soweit der Arzt von seiner vor dem streitigen Zeitraum bestehenden Möglichkeit zur Weiterüberweisung (zumindest) acht Quartale lang keinen Gebrauch gemacht hat. Dies ergibt sich aus dem Wortlaut der Vorschrift sowie ihrer systematischen und teleologischen Auslegung.

Der Kl. ist Facharzt für Chirurgie - Unfallchirurgie und Visceralchirurgie - und Chefarzt der Abteilung Chirurgie am St.-F-Krankenhaus. Seit 2010 ist er als Krankenhausarzt zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt. Dabei wurden die zeitlich befristet erteilten Ermächtigungen auf bestimmte Arten von Überweisungen sowie auf konkret benannte, chirurgische Behandlungsleistungen beschränkt, insb. Behandlungen von Problemwunden sowie des Stütz- und Bewegungsapparats. Für die Zeit ab dem 01.10.2013 wurde der BMV-Ä geändert. Gem. der Neuregelung sind Krankenhausärzte nicht mehr per se mit ihrer Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Tätigkeit berechtigt, Patienten (weiter) zu überweisen. Vielmehr bedürfen sie nun einer ausdrücklichen Befugnis hierzu in der Ermächtigung, die die einzelnen Leistungen der Überweisungsbefugnis festlegt. Gegen die nur z.T. erteilte Überweisungsbefugnis erhob der Kl. die Klage. *SG Aachen*, Urt. v. 09.06.2017 - S 7 KA 3/16 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

b) Facharztfilter für urologisch therapeutische Maßnahmen bei Kindern

LSG Bayern, Beschluss v. 14.02.2019 - L 12 KA 74/18 B ER

RID 19-02-46

SGB V § 116; SGG § 86b I 1 Nr. 1

Die zeitnahe und leicht erreichbare vertragsärztliche **Versorgung** der betroffenen **Kinder** steht im **öffentlichen Interesse**. Dabei ist zu berücksichtigen, dass nach Art. 3 I UN-Kinderrechtskonvention das Wohl des Kindes bei allen Maßnahmen, die Kinder betreffen, vorrangig zu berücksichtigen ist. Dies gebietet es, dass bei den hier allenfalls offenen Erfolgsaussichten der Klage der KV die Interessen der betroffenen Kinder an einer zeitnahen und kindgerechten Behandlung vorrangig zu berücksichtigen sind und das Interesse der KV an der Nichtteilnahme des Bf. an der vertragsärztlichen Versorgung zurücktreten muss.

Können die Leistungen bereits ohne die Ermächtigung durch das **Krankenhaus**, in dem er zu ermächtigende Arzt beschäftigt ist, erbracht werden, so besteht kein überwiegendes öffentliches Interesse an der sofortigen Vollziehung.

Bei einem **Facharztfilter** müssen die im Rahmen des Beurteilungsspielraums angestellten Überlegungen deutlich werden. Bei urologisch-therapeutischen Maßnahmen besteht hierfür insb. deshalb Anlass, weil diese Leistungen möglicherweise erst ab einem bestimmten Alter durch die niedergelassenen Fachärzte für Urologie oder Kinderchirurgie durchgeführt werden und für **jüngere Kinder** die zusätzliche Vorstellung beim Facharzt für Urologie - allein zur Weiterüberweisung an den Bf. - ohne Mehrwert wäre.

Der Ag. erteilte dem Ast., Chefarzt einer Krankenhausabteilung für Kinderchirurgie und -urologie, eine Folgeermächtigung für bestimmte ärztliche Leistungen, befristet bis zum 31.03.2020. Hiergegen erhob die KV

Klage (S 5 KA 12/16). *SG Nürnberg*, Beschl. v. 26.10.2018 - S 5 KA 13/18 ER - RID 19-01-59 lehnte den Antrag, die sofortige Vollziehung des Beschlusses des Ag. anzuordnen, ab, das *LSG* ordnete die sofortige Vollziehung für verschiedene Leistungen an und wies im Übrigen die Beschwerde zurück.

VI. Streitwert

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

1. Datengrundlage zur Ermittlung des Fachgruppendurchschnitts

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 10.04.2019 - L 11 KA 89/16

RID 19-02-47

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

GKG § 52 I

Soweit für die Festsetzung des Streitwerts in **Zulassungssachen** auf Honorarumsätze des **Fachgruppendurchschnitts** abzustellen ist, verlieren die von der KBV herausgegebenen Grunddaten zur vertragsärztlichen Versorgung mit zunehmendem Zeitablauf jegliche Aussagekraft, da sie seit 2011 nicht mehr fortgeschrieben werden. Stattdessen bietet es sich nunmehr an, die von der **KBV** vierteljährlich veröffentlichten **Daten zur Entwicklung des Honorarumsatzes** und des Überschusses aus vertragsärztlicher Tätigkeit heranzuziehen (LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 23.10.2017 - L 11 KA 30/17 B ER -).

Das *LSG* setzte den Streitwert für die Zulassungssache eines psychologischen Psychotherapeuten endgültig auf 80.896,20 € fest.

VII. Erweiterte Honorarverteilung der KV Hessen (EHV)

Nach BSG, Urt. v. 15.05.2019 - **B 6 KA 57/17 R** - kann aus dem **Grundsatz der Spiegelbildlichkeit** kein Anspruch darauf abgeleitet werden, dass alle Listen, die in die (bekl.) **Vertreterversammlung** gewählt worden sind, auch in den **Ausschüssen** und im **Beirat** vertreten sein müssen. Die Rechte der über die Liste „Ärztinnen und Ärzte pro EHV“ in die VV gewählten Kläger werden dadurch, dass sie nicht in diese beiden Ausschüsse und auch nicht in den o.g. Beirat gewählt worden sind, nicht verletzt. Etwas anderes könnte nur gelten, wenn sie Angehörige einer **Fraktion** wären und wenn die **Satzung der Beigeladenen die Bildung von Fraktionen für die VV vorsehen würde**. Das ist jedoch nicht der Fall. Listen für die Wahl zur VV können Fraktionen innerhalb der VV nicht gleichgestellt werden. Die in der Satzung der Beklagten geregelten Vorgaben zur Zusammensetzung der o.g. Ausschüsse und des Beirats knüpfen weder an eine Fraktions- noch an eine Listenzugehörigkeit an, sondern an die Zugehörigkeit zum hausärztlichen oder fachärztlichen Versorgungsbereich und -bezogen auf den o.g. Beirat - auch an den Status als aktiver Vertragsarzt oder als Bezieher von Leistungen aus der Altersversorgung der Beigeladenen (sog. Erweiterte Honorarverteilung - EHV). Dass diese Gruppen in den Ausschüssen nicht angemessen berücksichtigt worden seien, machen die Kläger nicht geltend und dafür ist auch nichts ersichtlich. Nach BSG, Urt. v. 12.12.2018 - **B 6 KA 52 bis 55/17 R** - hat die **KV Hessen** im Rahmen der ihr als Normgeber der GEHV zustehenden Gestaltungsfreiheit für einen angemessenen Ausgleich der gegenläufigen Interessen der aktiven und der ehemaligen Vertragsärzte gesorgt. Die rechtlich geschützten **Belange der ehemaligen Vertragsärzte** sind durch die **Neuregelung der GEHV nicht verletzt**. Der **Fehler bei der Beschlussfassung** über die GEHV anlässlich der Sitzung der Vertreterversammlung (VV) führt nicht zur Nichtigkeit der Neufassung der GEHV. Die Ausrichtung der Anpassung der Zahlungen aus der EHV an der Entwicklung der Bezugsgröße für die Sozialversicherung hält sich im Rahmen der der Bekl. zukommenden Gestaltungsfreiheit. Die Bekl. war nicht gehalten, die **Einnahmen der aktiven Vertragsärzte aus Selektivverträgen** zum Anlass einer Erhöhung der Zahlungen aus der EHV zu nehmen. Über den Mechanismus des paritätischen Defizitenausgleichs kommt das auch den ehemaligen Vertragsärzten zu Gute. Soweit die Bekl. die Anpassung der Zahlungen aus der EHV weitgehend von den Honorareinnahmen der aktiven Vertragsärzte abkoppelt, ist sie allerdings nicht berechtigt, die Zahlungen aus der EHV auch mit der **Umlage für die ärztliche Weiterbildung** zu belasten. Für den **Abzug der allgemeinen Verwaltungskosten** gilt das nicht; an den Verwaltungskosten müssen sich alle Ärzte beteiligen, die von den Leistungen der KV profitieren. Eine Differenzierung des maßgeblichen Prozentsatzes der Verwaltungskosten je nach tatsächlichem oder vermeintlichem Nutzen der Tätigkeit der KV für den einzelnen Arzt hat der Senat stets abgelehnt. Daran hält er fest.

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

LSG Hessen, Urteil v. 30.01.2019 - L 4 KA 86/14

RID 19-02-48

Revision anhängig: B 6 KA 7/19 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
GEHV der KV Hessen

Die Einbeziehung auch der Ärzte in die EHV, die **nicht Mitglieder der KV** sind, erfolgt auf gesetzlicher Grundlage, nicht aufgrund der satzungsrechtlichen Regelungen der KV, da § 8 KVHG nicht an die Mitgliedschaft bei der KV anknüpft, sondern an die Stellung als „Vertragsarzt“, worunter in MVZ angestellte Ärzte nicht nur dem Grunde nach, sondern auch unabhängig von ihrer Mitgliedschaft bei der KV zu fassen sind. Obwohl das MVZ selbst nicht Mitglied der KV ist und selbst keine Ansprüche erwirbt, bedingt der Status des MVZ in der vertragsärztlichen Versorgung die Teilnahme an der EHV (vgl. BSG, Ur. v. 11.12.2013 - B 6 KA 39/12 R - SozR 4-2500 § 75 Nr. 14).

Die Einbeziehung von **Honoraren aus Selektivverträgen** als Bemessungsgrundlage für den EHV-Abzug ist nicht zu beanstanden (vgl. bereits LSG Hessen, Ur. v. 08.11.2017 - L 4 KA 88/14 - <rechtskräftig> - RID 18-01-43).

Die Regelung über die **Beitragsklassen** als solche begegnet keinen durchgreifenden verfassungsrechtlichen Bedenken (vgl. LSG Hessen, Ur. v. 11.04.2018 - L 4 KA 2/15 u. L 4 KA 11/15 - RID 18-03-61 u. 62, Revision anhängig: B 6 KA 12/18 R u. B 6 KA 16/18 R).

§ 3 I 1 GEHV verstößt gegen Art. 12 I i.V.m. Art. 3 I GG, soweit die Regelung keine **Sachkostenabzüge** vorsieht und damit in unangemessener Weise das weitgehend ungekürzte Honorar der Beitragsbemessung zu Grunde legt, ohne die mit der allein umsatzbezogenen Betrachtung einhergehende ungleiche Belastung in anderer Weise zu berücksichtigen (vgl. LSG Hessen, Ur. v. 11.04.2018 - aaO.).

Die Kl. ist eine GmbH und Trägerin eines MVZ. Seit Oktober 2011 beschäftigte sie die Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie C. als angestellte Ärztin. **SG Marburg**, Ur. v. 05.11.2014 - S 12 KA 81/14 - verpflichtete die Bekl., über die Eingruppierung von Frau C. und die Festsetzung des Quartalsbeitrags zur EHV unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden, und wies im Übrigen die Klage ab. Das **LSG** hob auf Berufung der Kl. das Ur. u. den angefochtenen Bescheid auf und verurteilte die Bekl., an die Kl. 2.508 € zu zahlen. Auf die Berufung der Bekl. hob es das Ur. auf, soweit damit die Bekl. verpflichtet wird, über die Eingruppierung der Frau C. und die Festsetzung des Quartalsbeitrags zur EHV neu zu entscheiden. Im Übrigen wies es beide Berufungen zurück.

2. Beitragsklassen (Fachärzte für psychosomatische Medizin und Psychotherapie)/Sachkosten

LSG Hessen, Urteil v. 27.02.2019 - L 4 KA 5/15

RID 19-02-49

Revision anhängig: B 6 KA 9/19 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
KVHG Hessen § 8; GKAR Art. 4 § 1 II; GEHV i.d.F. ab 01.07.2012

Die Regelung über die **Beitragsklassen** als solche begegnet keinen durchgreifenden verfassungsrechtlichen Bedenken (LSG Hessen, Ur. v. 11.04.2018 - L 4 KA 2/15, Revision anhängig: BSG, B 6 KA 12/18 R, und L 4 KA 11/15, Revision anhängig: BSG, B 6 KA 16/18 R).

§ 3 Abs. 1 Satz 1 GEHV verstößt gegen Art. 12 I i.V.m. Art. 3 I GG, soweit die Regelung keine **Sachkostenabzüge** vorsieht und damit in unangemessener Weise das weitgehend ungekürzte Honorar der Beitragsbemessung zu Grunde legt, ohne die mit der allein umsatzbezogenen Betrachtung einhergehende ungleiche Belastung in anderer Weise zu berücksichtigen (vgl. bereits LSG Hessen, Ur. v. 11.04.2018 - aaO.).

Die Beteiligten streiten um die Festsetzung der EHV-Beitragsklasse 2 und des EHV-Beitrags in Höhe von 1.254,00 € je Quartal für das Beitragsjahr 2012/2013, was einem Jahresbetrag von 5.016,00 € entspricht, nach den Grundsätzen der Erweiterten Honorarverteilung der Bekl. (GEHV). **SG Marburg**, Ur. v. 10.12.2014 - S 12 KA 229/13 - RID 15-01-72 verurteilte zur Neubescheidung und wies die Klage im Übrigen ab, das **LSG** wies die Berufung der Bekl. zurück.

3. Honorar aus Sonderverträgen: Schätzbescheide und Praxiskostenanteile

LSG Hessen, Urteil v. 10.04.2019 - L 4 KA 38/18

RID 19-02-50

KVHG Hessen § 8; GKAR Art. 4 § 1 II; GEHV

Die Regelungskonzeption zur **Schätzung** der **Umsätze aus Selektivverträgen** nach § 11 GEHV hält einer Überprüfung auch am Maßstab von Art. 12 I i.V.m. Art. 3 I GG stand, auch wenn der Satzungsgeber selbst nicht normiert hat, welche Anknüpfungstatsachen und -kriterien der durchzuführenden Schätzung zugrunde zu legen sind, sondern er der KV insoweit Schätzungsermessen eingeräumt hat, ohne insb. ausdrücklich die Berücksichtigung von **Praxiskostenanteilen** in den Vergütungen aus Sonderverträgen zu verlangen. Denn der eingeräumte Spielraum führt nicht automatisch zu einer an den Maßstäben der Honorarverteilungsgerechtigkeit nicht zu rechtfertigenden Ungleichbehandlung, da die Schätzung lediglich die **Tatsachenebene** betrifft und die KV bei der Ausübung des Schätzungsermessens daher gehalten ist, Regelungsgefüge, Norminhalt und -zweck von § 11 GEHV zu berücksichtigen, dessen Abs. 5 die begrenzte Berücksichtigung von Praxiskosten in analoger Anwendung von § 5 I GEHV vorsieht.

Es kann als Schätzungsgrundlage von einer **Durchschnittsberechnung** ausgegangen werden, die auf den oberen 30% der gemeldeten Umsätze beruht.

Das Unterlassen jeglichen - etwa pauschalierten - **Praxiskostenabzugs** im Rahmen der Schätzung führt wegen der Schätzung auf der Basis von Durchschnittswerten nicht zu einer ungerechtfertigten Ungleichbehandlung, weil auch § 5 I GEHV lediglich eine begrenzte Berücksichtigungsfähigkeit von Praxiskosten vorsieht.

SG Marburg, Urt. v. 10.12.2014 - S 12 KA S 12 KA 442/13 - RID 15-01-67 wies die Klage ab, *LSG Hessen*, Teilurt. v. 06.12.2017 - L 4 KA 91/14 - RID 18-02-43 hob den angefochtenen Widerspruchsbescheid auf. Das *LSG* wies darauf hin, das Verfahren hinsichtlich der Schätzbescheide bleibe dem Schlussurteil vorbehalten. Die KV müsse zunächst neu über den Widerspruch entscheiden. Das *LSG* wies nunmehr die Berufung des Kl. zurück und die Klage gegen den Widerspruchsbescheid v. 12.09.2018 ab.

VIII. Gesamtvergütung/Kassenärztliche Vereinigung

1. Gesamtvergütung: Aufrechnung mit verjährter Forderung

SG Dortmund, Urteil v. 12.09.2018 - S 16 KA 90/16

RID 19-02-51

Rechtskräftig

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 85 I

Der Anspruch einer KV auf **Gesamtvergütung verjährt** nach § 45 I SGB I und § 113 I SGB X in **vier Jahren** (vgl. BSG, Urt. v. 15.06.2016 - B 6 KA 22/15 R - SozR 4-2500 § 140d Nr. 3, juris Rn. 38; BSG, Urt. v. 10.05.1995 - 6 RKA 17/94 - BSGE 76, 117 = SozR 3-1200 § 45 Nr. 5, juris Rn. 15 ff.).

Wenn eine KV eine vertraglich nicht vorgesehene **vorläufige Abrechnung** erteilt und dabei für sich in Anspruch nimmt, dass – wie bei der Endabrechnung – der geforderte Betrag nach Ablauf von zehn Tagen zu zahlen ist, muss sie nach dem Grundsatz von **Treu und Glauben** aus § 242 BGB, der auch im öffentlichen Recht gilt (vgl. BSG, Urt. v. 08.02.2006 - B 6 KA 12/05 R - SozR 4-2500 § 106a Nr. 1, juris Rn. 21; BSG, Urt. v. 14.12.2005 - B 6 KA 17/05 R - BSGE 96, 1 = SozR 4-2500 § 85 Nr. 22, juris Rn. 20), hinnehmen, dass – ebf. wie bei der Endabrechnung – **Fälligkeit** auch hinsichtlich eines eventuell übersteigenden, noch nicht in Rechnung gestellten Betrags eintritt.

Der **Wirksamkeit der Aufrechnung** steht nicht entgegen, dass die zur Aufrechnung gestellte **Forderung verjährt** ist (§ 215 Alt. 1 BGB).

Das *SG* wies Klage der KV auf Zahlung rückständiger Gesamtvergütung für die Quartale I/06 bis II/07 und Widerklage einer Krankenkasse auf Erstattung überzahlter Gesamtvergütung für die Quartale I bis IV/08 ab.

IX. Bundessozialgericht (BSG)

1. Honorarverteilung

a) Anerkennung eines MVZ als Aufbaupraxis

BSG, Urteil v. 24.01.2018 - B 6 KA 23/16 R

RID 19-02-52

SozR 4 = ZMGR 2018, 245

Für die **Annahme einer Aufbaupraxis** kommt es auf den Zulassungszeitpunkt eines MVZ und auch auf den Zulassungszeitpunkt des in das MVZ eintretenden **Arztes** an.

Es spricht allerdings viel dafür, dass eine **Praxis mit überdurchschnittlichem Honorar**, das ganz überwiegend außerhalb der RLV erzielt wird, keiner besonderen Förderung mehr bedarf.

b) Keine Beschränkung der Abtretung von Honoraransprüchen an Dritte

BSG, Urteil v. 27.06.2018 - B 6 KA 38/17 R

RID 19-02-53

SozR 4-2500 § 79 Nr. 2 = GesR 2018, 729 = ZMGR 2018, 338 = zfm 2019, 24 = MedR 2019, 238

Leitsatz: 1. **Abtretungsvereinbarungen** über vertrags(zahn)ärztliches Honorar sind auch dann nicht generell nichtig, wenn die **Versicherten**, die in der Praxis behandelt worden sind, nicht **zugestimmt** haben.

2. Die Kassen(zahn)ärztliche Vereinigung darf die Abtretung der Honorarforderungen ihrer Mitglieder nicht in der Weise einschränken, dass nur an **Kreditinstitute** abgetreten werden darf.

2. Vertretung in BAG ausschließlich für Katarakt-Operationen

BSG, Beschluss v. 13.02.2019 - B 6 KA 17/18 B

RID 19-02-54

juris

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen **LSG Baden-Württemberg**, Urt. v. 18.04.2018 - L 5 KA 1229/19 - wird zurückgewiesen.

Nach § 32 I 2 Ärzte-ZV kann sich der Vertragsarzt bei Krankheit, Urlaub, Teilnahme an ärztlicher Fortbildung oder Wehrübung innerhalb von zwölf Monaten bis zur Dauer von drei Monaten vertreten lassen. „**Vertretung**“ setzt bereits begriffsnotwendig voraus, dass eine zu vertretende Person vorhanden ist. Für **Gemeinschaftspraxen** hat der Senat zudem entschieden, dass sich die Vertretungsregelungen (§ 32 Ärzte-ZV) auf die Praxis als Gesamtheit beziehen. Einer Vertretung bedarf es in einer Gemeinschaftspraxis (BAG) nur, wenn der Ausfall eines Partners nicht durch die weiterhin tätigen anderen Partner aufgefangen werden kann (vgl BSG, Urt. v. 19.08.1992 - 6 RKa 35/90 - MedR 1993, 279; BSG, Urt. v. 20.10.2004 - B 6 KA 15/04 R - SozR 4-1930 § 6 Nr. 1 Rn. 14; BSG, Urt. v. 14.12.2011 - B 6 KA 31/10 R - SozR 4-2500 § 106a Nr. 8 Rn. 29).

Vorliegend konnte der „Ausfall“ von Dr. H. durch die anderen tätigen Partner der Gemeinschaftspraxis grundsätzlich aufgefangen werden. Dies galt lediglich für die **Katarakt-Operationen** nicht, da die übrigen Partner nicht über die entsprechenden Genehmigungen zur Vornahme ambulanter Operationen verfügten. Durch Dr. We. erfolgte damit eine systematische „Vertretung“ der Gemeinschaftspraxis im Hinblick auf die Durchführung nur einer bestimmten Operationsleistung, die sonst niemand in der Praxis erbracht hätte. Eine solche Konstellation wird von § 32 Ärzte-ZV nicht erfasst.

3. Gebot der persönlichen Leistungserbringung: Ermächtigter Facharzt für Pathologie

BSG, Urteil v. 21.03.2018 - B 6 KA 47/16 R

RID 19-02-55

SozR 4-2500 § 106a Nr. 18 = ArztR 2018, 268 = ZMGR 2018, 307 = MedR 2019, 166

Leitsatz: Dem **Gebot der persönlichen Leistungserbringung** genügt es nicht, wenn sich ein **ermächtigter Facharzt für Pathologie** die von nachgeordneten Ärzten erhobenen Befunde nach Überprüfung zu eigen macht.

4. Kein Ermessensspielraum der Prüfungsgremien bei unzulässiger Verordnung

BSG, Beschluss v. 12.12.2018 - B 6 KA 13/18 B

RID 19-02-56

juris

Die Nichtzulassungsbeschwerde des Bekl. gegen *LSG Baden-Württemberg*, Urt. v. 18.04.2018 - L 5 KA 637/16 - wird zurückgewiesen.

Bei Regressen, denen unzulässige Verordnungen zugrunde liegen, wie dies z.B. beim Fehlen der Arzneimittelzulassung des verordneten Medikaments, bei einem unzulässigen Off-Label-Use, bei Verordnung entgegen einem ausdrücklichen Ausschluss in der Arzneimittel-Richtlinie oder bei Unvereinbarkeit einer Verordnung mit den Vorgaben des § 135 I SGB V der Fall ist, kann eine **Unwirtschaftlichkeit** nur bejaht oder verneint werden (vgl. dazu auch BSG, Urt. v. 05.11.2008 - B 6 KA 63/07 R - SozR 4-2500 § 106 Nr. 21 Rdnr. 29).

Da die Prüfungsgremien sowohl unter dem Gesichtspunkt eines Off-Label-Use als auch im Hinblick auf die tatbestandlichen Voraussetzungen des § 2 Ia SGB V bzw. die dort kodifizierten Aussagen des BVerfG im Beschl. v. 06.12.2005 (BVerfGE 115, 25 = SozR 4-2500 § 27 Nr. 5) prüfen müssen, ob der Versicherte unter Berücksichtigung der bei ihm vorhandenen schwerwiegenden Gesundheitsstörung Anspruch auf die entsprechende Verordnung hatte, besteht keine Notwendigkeit, der „**Härte**“ der Festsetzung eines Regresses unter dem Gesichtspunkt einer **Ermessensausübung** generell oder hinsichtlich seiner Höhe Rechnung zu tragen. Soweit die umstrittene Verordnung zumindest unter Berücksichtigung der Kriterien der Rechtsprechung des BVerfG und des BSG zulässig war, kommt eine Regressforderung gegenüber den Ärzten, die eine entsprechende Verordnung ausgestellt haben, nicht in Betracht. Wenn der Vertragsarzt allerdings bei der Verordnung die entsprechenden Regeln des vertragsärztlichen Systems nicht eingehalten hat, besteht **keine** - auch nicht zu einem gewissen Anteil - entsprechende **Zahlungspflicht der Krankenkassen** (BSG, Urt. v. 30.10.2013 - B 6 KA 2/13 R - SozR 4-2500 § 106 Nr. 43 Rdnr. 13).

5. Zulassungsrecht

a) Nachbesetzung in einer BAG: Fortführungsfähigkeit/Vorverfahren

BSG, Urteil v. 27.06.2018 - B 6 KA 46/17 R

RID 19-02-57

BSGE = SozR 4-2500 § 103 Nr. 25 = KrV 2018, 234 = GesR 2019, 92

Leitsatz: 1. Für die Frage, ob eine für die Nachbesetzung eines Vertragsarztsitzes in einer Berufsausübungsgemeinschaft **fortführungsfähige Praxis** besteht, ist auf die Berufsausübungsgemeinschaft als Ganzes und nicht auf den einzelnen Arzt abzustellen.

2. Bei der Entscheidung über die Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens für einen Vertragsarztsitz in einer Berufsausübungsgemeinschaft sind die schutzwürdigen **Interessen der verbliebenen Mitglieder** zu berücksichtigen.

b) MVZ kein Gründer eines anderen MVZ

BSG, Urteil v. 16.05.2018 - B 6 KA 1/17 R

RID 19-02-58

BSGE = SozR 4-2500 § 95 Nr. 34 = KrV 2018, 197 = ZMGR 2018, 302 = NZS 2019, 101 = MedR 2019, 325

Leitsatz: Ein Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) kann nicht **Gründer** eines weiteren MVZ sein.

c) Zulassungsentziehung aus gesundheitlichen Gründen

BSG, Beschluss v. 13.02.2019 - B 6 KA 14/18 B

RID 19-02-59

juris

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Thüringen*, Urt. v. 28.02.2018 - L 11 KA 1440/16 - juris wird zurückgewiesen.

Für die Beurteilung der Rechtmäßigkeit einer **Zulassungsentziehung** ist die **Sach- und Rechtslage im Zeitpunkt der letzten Verwaltungsentscheidung** maßgeblich (BSG, Urt. v. 20.10.2004 - B 6 KA 67/03 R - BSGE 93, 269 = SozR 4-2500 § 95 Nr. 9, Rn. 14 ff.; BSG, Beschl. v. 17.08.2011 - B 6 KA 18/11 B - juris Rn. 11; BSG, Urt. v. 21.03.2012 - B 6 KA 22/11 R - BSGE 110, 269 = SozR 4-2500

§ 95 Nr. 24, Rn. 54). Das gilt nicht nur für Zulassungsentziehungen wegen gröblicher Verletzung der vertragsärztlichen Pflichten (§ 95 VI 1 letzte Alternative SGB V), sondern in gleicher Weise für eine Zulassungsentziehung aufgrund nicht mehr vorliegender Voraussetzungen für die Erteilung der Zulassung (§ 95 VI 1 zweite Alternative SGB V), insb. der persönlichen Voraussetzungen i.S. von § 21 Ärzte-ZV. Die Aufgabe der sog. Wohlverhaltens-Rechtsprechung hat an der Maßgeblichkeit der Sachlage zum Zeitpunkt der letzten Verwaltungsentscheidung nichts geändert; sie hat lediglich eine bis dahin praktizierte Ausnahme vom dem genannten Grundsatz beseitigt (BSG, Urt. v. 17.10.2012 - B 6 KA 49/11 R - BSGE 112, 90 = SozR 4-2500 § 95 Nr. 26, Rn. 25 ff.).

Bei Betrachtung des vollständigen Normtextes von § 21 S. 1 Ärzte-ZV ergibt sich ohne Weiteres, dass **gesundheitliche Gründe** so gewichtig sein müssen, dass ihre Auswirkungen den Vertragsarzt unfähig machen, die **vertragsärztliche Tätigkeit ordnungsgemäß auszuüben**. Entscheidend ist deshalb nicht der Schweregrad einer Erkrankung im Sinne einer medizinischen Klassifikation (leichter, mittlerer oder schwerer Verlauf), sondern sind **funktional die konkreten Folgen** einer im Einzelfall bestehenden gesundheitlichen Beeinträchtigung für die Fähigkeit zur ordnungsgemäßen Ausübung der jeweiligen vertragsärztlichen Tätigkeit.

B. KRANKENVERSICHERUNGSRECHT

I. Vertrags(zahn)ärztliche Behandlung

Nach BSG, Urt. v. 18.12.2018 - B 1 KR 34/17 R - besteht lediglich Anspruch auf (vertrags-)ärztliche Behandlung, nicht aber auf **podologische Behandlung** als vertragsärztlich verordnetes Heilmittel, als Leistungsgegenstand im Rahmen von Modellvorhaben oder zur Schließung einer Versorgungslücke, auch wenn eine podologische Heilpraktikerin die Leistung erbringt. Werden keine Vertragsärzte gefunden, die eine Orthonyxielbehandlung erbringen wollen, begründet dies keinen Anspruch auf Verschaffung einer **Behandlung durch einen Nichtarzt**.

1. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

a) Bestehen anderweitiger zugelassener Behandlungsmöglichkeiten

SG Nürnberg, Urteil v. 18.01.2019 - S 21 KR 33/16

RID 19-02-60

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 2 Ia, 13 III

Auch bei Vorliegen einer lebensbedrohlichen bzw. regelmäßig tödlich verlaufenden Erkrankung (hier: Glioblastom mit oligodendroglialen Bestandteilen) besteht kein Anspruch auf Kostenübernahme einer immunbiologischen Behandlung mit Hyperthermie, Boswellia Carterii, onkolytischen Viren, dendritischen Zellen und einem parenteralen Infusionsschema aus Curcumin, Hypericin, DCA, Aretsunate, Vitamin C und Amgydalin, wenn **anderweitige zugelassene Behandlungsmöglichkeiten**, die Aussicht auf eine positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf haben, bestehen. Auch bieten diese Therapien keine hinreichende Aussicht auf Erfolg.

Das *SG* wies die Klage ab.

b) Ausschöpfen der Standardtherapien

LSG Hamburg, Urteil v. 21.02.2019 - L 1 KR 103/17

RID 19-02-61

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 2 Ia, 27, 135

Werden die **Standardtherapien** nicht ausgeschöpft, besteht kein Anspruch auf **neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden** (hier: Elektrohypothermie).

SG Hamburg, Urt. v. 05.09.2017 - S 8 KR 1485/13 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

c) Gesichtsfeldtherapie (Visuelle Restitutions-Therapie)

LSG Hessen, Urteil v. 01.02.2019 - L 8 KR 182/17

RID 19-02-62

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

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

Bei der **Gesichtsfeldtherapie (Visuelle Restitutions-Therapie)** handelt es sich um eine neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode, bezüglich derer es an der erforderlichen positiven Bewertung durch den GBA mangelt.

SG Frankfurt a. M., Urt. v. 26.01.2017 - S 34 KR 769/15 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

d) Unterkieferprotrusionsschiene bei Schlafapnoe

SG Berlin, Urteil v. 21.01.2019 - S 81 KR 339/18

RID 19-02-63

Berufung anhängig: LSG Berlin-Brandenburg - L 9 KR 50/19 -

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 2 I 3, 2 Ia, 11 VI, 27 I 1, 33 I 1, 92 I 2 Nr. 5, 135 I 1 Nr. 1, 140a

Leitsatz: 1. Bei der Versorgung mit einer **Unterkieferprotrusionsschiene (UKPS)** zur Behandlung einer leichten bis mittelgradigen obstruktiven Schlafapnoe handelt es sich um eine neue Behandlungsmethode im Sinne des § 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V, auf die mangels positiver Empfehlung

des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) im Rahmen der Regelversorgung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) kein Anspruch besteht.

2. Dass das **Methodenbewertungsverfahren** hinsichtlich der UKPS-Therapie bei leichter bis mittelgradiger obstruktiver Schlafapnoe durch den GBA erst im Mai 2018 auf einen entsprechenden Antrag der Patientenvertretung eingeleitet wurde, beruht nicht auf einem **Systemversagen**.

Das *SG* wies die Klage ab.

2. Satzungsregelung zur künstlichen Befruchtung

LSG Bayern, Urteil v. 15.01.2019 - L 5 KR 94/18

RID 19-02-64

Revision anhängig: B 1 KR 7/19 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 11 VI, 27a

Eine **Satzung** der Krankenkasse kann zusätzliche Leistungen zur künstlichen Befruchtung vorsehen. „**Medizinische Maßnahmen**“ i.S.d. § 27a SGB V bezeichnen nicht die einzelnen medizinischen Vorgänge, die zur Herbeiführung einer Schwangerschaft erforderlich sind, sondern mehrere aus solchen Einzelvorgängen zusammengefasste Gesamtvorgänge bezogen auf jeweils einen Behandlungszyklus. Die so definierte Maßnahme der Befruchtung kann zu zwei Ergebnissen führen; entweder es kommt zur Befruchtung und Schwangerschaft, dann liegt eine erfolgreiche Maßnahme vor; oder die Gesamtmaßnahme bleibt nach dem Embryonentransfer ohne Erfolg, so dass sie nur der Versuch der künstlichen Befruchtung bleibt. Dem widerspräche es, die Gesamtheit der Maßnahme aufzuteilen und einen Versuch bereits bei Abbruch im Stadium der Follikelreifung anzusetzen.

Die Krankenkasse ist im Rahmen von **Zusatzangeboten** grundsätzlich berechtigt, einen Unterschied zu machen zwischen der Maßnahme, als Versuch der Herbeiführung einer Schwangerschaft, und dem Versuch der Maßnahme, d.h. eine Beschränkung ihrer Leistungspflicht auf Einzelvorgänge wie bspw. die hormonell unterstützte Eizellreifung. Sie muss dies jedoch im Satzungswortlaut unmissverständlich deutlich machen.

SG Augsburg, Urt. v. 30.10.2018 - S 6 KR 537/17 - wies die Klage ab, das *LSG* verurteilte die Bekl., der Kl. den Eigenteil des im November /Dezember 2017 begonnenen Behandlungszyklus in Höhe von 1.669,99 € zu erstatten.

3. Lebendorganspende im EU-Ausland: Näheverhältnis

SG Berlin, Urteil v. 12.03.2019 - S 76 KR 1425/17

RID 19-02-65

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 13 IV 1, V 1, 27 I 1; TPG § 8 I 2

Leitsatz: Eine deutsche Krankenkasse hat die Kosten für eine **Lebendspende** (hier: Nierentransplantation) nur dann zu übernehmen, wenn diese nach dem Transplantationsgesetz (TPG) zulässig ist. Dies gilt auch dann, wenn der ärztliche Eingriff nicht in Deutschland, sondern im EU-Ausland (hier: Niederlande) stattfinden soll.

Eine Lebendorganspende ist nur dann zulässig, wenn der potentielle Empfänger dem potentiellen **Spender** „in besonderer persönlicher Verbundenheit“ offenkundig nahesteht (§ 8 Abs. 1 Satz 2 TPG). Die Vorschrift begegnet keinen verfassungsrechtlichen Bedenken.

Das *SG* wies die Klage ab.

4. Anordnungsanspruch: Glaubhaftmachung der Voraussetzungen der Apherese-Richtlinie

LSG Niedersachsen-Bremen, Beschluss v. 27.11.2018 - L 16 KR 121/19 B ER

RID 19-02-66

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 31 VI; SGG § 86b II; GG Art. 19 IV; ZPO § 920 II

Im Eilverfahren besteht ein **Anordnungsanspruch**, wenn das Vorliegen der Voraussetzungen des § 3 II der **Apherese-Richtlinie** glaubhaft gemacht werden. Bei einer solchen Sachlage genügt es, wenn eine Gesundheitsstörung verbunden mit lebensbedrohlichen oder sonstigen schwerwiegenden

Beeinträchtigungen der körperlichen Funktion vorliegt, auch wenn noch nicht das Stadium einer akuten Lebensgefahr oder akuten schwerwiegenden Gesundheitsschädigung erreicht ist.

SG Braunschweig, Beschl. v. 01.03.2019 - S 31 KR 18/19 ER - lehnte den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das *LSG* verpflichtet die Ag. unter dem Vorbehalt einer Entscheidung in der Hauptsache, den Ast. mit einer extrakorporalen Lipid-Apherese längstens bis zum 20.08.2019 zu versorgen, und wies im Übrigen die Beschwerde zurück.

II. Stationäre Behandlung

Nach BSG, Urt. v. 28.05.2019 - *B I KR 32/18 R* - besteht kein Anspruch auf Regelversorgung mit einer **stationären Liposuktion**, weil die Behandlungsmethode nicht den Anforderungen des **Qualitätsgebots** entspricht. Nach Wortlaut, Regelungssystem und -zweck 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, wie der erkennende Senat bereits entschieden hat. Ob ein Naturleistungsanspruch aus einem Recht auf Teilnahme an dem Erprobungsverfahren nach der am 10.04.2018 in Kraft getretenen **Richtlinie des GBA** zur Erprobung der Liposuktion zur Behandlung des Lipödems besteht, bedarf es der Feststellung, dass die Kl. 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. Das LSG wird die noch gebotenen Feststellungen zu treffen haben.

1. Liposuktion

a) Fehlende Anforderungen an Qualitätsgebot/Grundrechtsorientierte Leistungsauslegung

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 21.01.2019 - L 11 KR 605/17

RID 19-02-67

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B I KR 11/19 B
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 2 I, Ia, 39 I, 137c III

Eine Versorgung mit einer stationär durchgeführten **Liposuktion** entspricht nicht den Anforderungen des **Qualitätsgebots** (§ 2 I 3 SGB V). Die Voraussetzungen **grundrechtsorientierter Leistungsauslegung** (i.S. von § 2 Ia SGB V) sind nicht erfüllt, da das Lipödem weder eine lebensbedrohliche oder regelmäßig tödliche noch eine hiermit wertungsmäßig vergleichbare Erkrankung ist. Es ist ohne Belang, dass der GBA nach den Selbstbeschaffungen beschlossen hat, das Verfahren zur Bewertung der Liposuktion bei Lipödem auszusetzen und eine entsprechende Erprobungsrichtlinie nach § 137e SGB V zu erlassen.

SG Duisburg, Urt. v. 25.08.2017 - S 17 KR 138/17 - www.sozialgerichtsbarkeit.de wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

b) Liposuktion bei Lipödemen an den Beinen: Fehlende Anforderungen an Qualitätsgebot

SG Köln, Gerichtsbescheid v. 22.03.2019 - S 26 KR 1235/18

RID 19-02-68

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 27, 39, 137c III

Es besteht kein Anspruch auf Versorgung mit einer unter stationären Bedingungen durchzuführenden **Liposuktion bei Lipödemen an den Beinen**, da diese Maßnahme bis heute nicht den Anforderungen des Qualitätsgebots entspricht (vgl. auch BSG, Beschl. v. 19.02.2019 - B I KR 41/18 B - juris sowie LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 21.01.2019 - L 11 KR 605/17 - RID 19-02, Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B I KR 11/19 B).

Das *SG* wies die Klage ab.

2. Mammaaufbauplastik: Besonderheit bei Jugendlichen

LSG Hamburg, Urteil v. 24.01.2019 - L 1 KR 19/18

RID 19-02-69

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 17/19 B

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 27 I

Für eine **Mammaaufbauplastik** der rechten Brust aufgrund einer **Mammadysplasie** zu Gunsten der linken Brust kommt es zur Beurteilung einer **entstellenden Wirkung** auf eine **Betrachtung im bekleideten Zustand** an. Bei Jugendlichen ist als Besonderheit zu beachten, dass diese sich in der Wahrnehmung des Körpers anders als Erwachsene begegnen, Veränderungen des Körpers besonders aufmerksam und intensiv wahrnehmen und daher hier auch das Risiko der Ausgrenzung und damit der psychischen Belastung sehr groß ist. Auf der anderen Seite sollte gerade in dieser Zeit bei den Jugendlichen ein Verständnis für die Andersartigkeit und Vielfalt von Körpervariationen entwickelt werden. Hält man sich weiter vor Augen, dass es sich hier um den Eingriff in ein an sich gesundes Organ – mit all den damit einhergehenden Risiken – handelt, so ist eine besonders sorgfältige Prüfung erforderlich.

Fehlt es an einer **entstellenden Wirkung** einer Brustasymmetrie und ist der Größenunterschied durch entsprechende BH's gut zu **kaschieren**, dann besteht kein Anspruch auf eine Mammaaufbauplastik.

Die 1994 geb. Kl. beantragte erfolglos die Übernahme der Kosten für eine sog. Mammaaufbauplastik der rechten Brust. Hiergegen erhob die Kl. erstmals im Jahr 2010 Klage. Das SG wies mit Urt. v. 17.09.2013 die Klage ab. Die hiergegen eingelegte Berufung endete vor dem LSG Hamburg mit einer Zurücknahme. Nachdem die Kl. am 28.04.2014 den geplanten Brustaufbau zunächst auf eigene Kosten durchgeführt hatte, stellte sie im Erörterungstermin vor dem LSG einen sog. Überprüfungsantrag. Dieser blieb erfolglos. **SG Hamburg**, Urt. v. 18.12.2017 - S 46 KR 1137/16 - verpflichtete die Bekl. zur Kostenübernahme in Höhe von 3.941,12 €. Das **LSG** wies die Klage ab.

III. Kostenerstattung

1. Genehmigungsfiktion

a) In-vitro-Fertilisations-Behandlungen und Altersgrenze

LSG Bayern, Urteil v. 05.09.2018 - L 4 KR 705/17

RID 19-02-70

Revision anhängig: B 1 KR 8/19 R

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 13 IIIa, 27a

Leitsatz: 1. Ein Antrag auf medizinische Maßnahmen zur **Herbeiführung einer Schwangerschaft** nach § 27a SGB V kann nur zu einer **Genehmigungsfiktion** führen, wenn der nach § 27a Abs. 3 Satz 2 SGB V zwingend erforderliche **Behandlungsplan** vorliegt.

2. Leistungen nach § 27a SGB V liegen für weibliche Versicherte offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs der GKV, soweit sie **nach Vollendung des 40. Lebensjahres** erbracht werden sollen. Die in § 27a Abs. 3 Satz 1 Halbsatz 2 SGB V normierten oberen Altersgrenzen stellen Grenzen des GKV-Leistungskatalogs dar, die jeder/jedem Versicherten klar sein müssen.

3. Eine **Genehmigungsfiktion** kommt nicht in Betracht, soweit eine weibliche Versicherte Leistungen nach § 27a SGB V beantragt hat, die nach Vollendung ihres 40. Lebensjahres erbracht werden sollen.

Die am 26.11.2016 geb. Kl. stellte am 21.06.2016 einen hinreichend bestimmten Antrag, die Bekl. lehnte den Antrag mit Bescheid v. 25.07.2016 ab. **SG Augsburg**, Urt. v. 24.10.2017 - S 6 KR 38/17 - verurteilte die Bekl., der Kl. drei Behandlungszyklen einer IVF-Behandlung zu gewähren und hierbei ihr die bereits entstandenen Kosten des ersten Behandlungszyklus zu erstatten. Das **LSG** wies die Klage ab.

b) Hörgeräte mit integriertem Lärmschutz

SG Speyer, Urteil v. 19.10.2018 - S 19 KR 650/17

RID 19-02-71

^{juris}
SGB V §§ 13 IIIa; SGB IX §§ 7 II, 26 II Nr. 631, 33 VIII Nr. 4

Leitsatz: 1. § 13 Abs. 3a SGB V ist für auf alle bis zum 31.12.2017 nicht fristgerecht durch die Krankenkasse beschiedene Leistungsanträge anwendbar, auch wenn diese auf **Leistungen zur medizinischen Rehabilitation** zielten (entgegen BSG, Urteil vom 15.03.2018 - B 3 KR 18/17 R - BSGE 125, 189 = SozR 4-2500 § 13 Nr. 41 <vorgesehen>; BSG, Urteil vom 08.03.2016 - B 1 KR 25/15 R - BSGE 121, 40 = SozR 4-2500 § 13 Nr. 33).

2. Die Regelung des § 13 Abs. 3a Satz 9 SGB V trifft keine Aussage zu den aus Satz 6 folgenden Sachleistungsansprüchen, sondern befasst sich ausdrücklich nur mit den Regelungen zur Zuständigkeitsklärung und Erstattung selbst beschaffter Leistungen. Ein Anwendungsausschluss ergibt sich aber auch für **Erstattungsansprüche** weder aus dem Normtext noch ist anhand der Gesetzesmaterialien erkennbar, dass eine solche Regelung erfolgen sollte.

3. Der **Anspruch auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA)** ist gegenüber einem Anspruch auf medizinische Rehabilitation (§ 26 Abs. 2 Nr. 6 i.V.m. § 31 SGB IX a.F. bzw. § 42 Abs. 2 Nr. 6 i.V.m. § 47 SGB IX n.F. und § 33 SGB V) nachrangig (vgl. § 33 Abs. 8 Nr. 4 letzter Halbsatz SGB IX a.F.; nunmehr § 49 Abs. 8 Nr. 4b SGB IX n.F.). Die Schwelle zu LTA ist aber nur so lange nicht überschritten, wie es allein um die Ermöglichung der Ausübung einer beruflichen Tätigkeit überhaupt im Sinne eines elementaren Grundbedürfnisses geht. Ist ein Hilfsmittel zum Ausgleich einer Behinderung für einen **bestimmten Arbeitsplatz** bzw. eine konkrete berufliche Tätigkeit erforderlich und wird dieses Hilfsmittel bei anderen beruflichen Tätigkeiten nicht benötigt, besteht der erforderliche enge berufsspezifische Zusammenhang und es handelt sich nicht um eine Leistung der medizinischen Rehabilitation, sondern um eine LTA.

4. Die Verpflichtung des Arbeitgebers, seinen Beschäftigten eine persönliche **Schutzausrüstung (PSA)** zur Verfügung zu stellen (§ 3 Abs. 1 Satz 1 ArbSchG i.V.m. § 2 Abs. 2 der PSA-Benutzungsverordnung), umfasst nicht zugleich die Bereitstellung eines Hilfsmittels zur Wiederherstellung der **Hörfähigkeit**.

Zur Unterscheidung von technischen Arbeitshilfen (§ 81 Abs. 4 Nr. 5 SGB IX a.F. bzw. § 164 Abs. 4 Nr. 5 SGB IX n.F.) und Hilfsmitteln.

Das **SG** verurteilte die Bekl., die Kl. beidseits mit den Hörgeräten „AS Hörluchs ICP P“ nebst Zubehör gemäß Kostenvoranschlag der Firma S vom 06.01.2017 zu versorgen.

c) Ganzheitliche Zahnbeh. nicht offensichtlich außerhalb des Leistungskataloges (Störfeldtherapie)

SG Hamburg, Urteil v. 13.03.2018 - S 25 KR 1888/14

RID 19-02-72

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 13 IIIa

Für einen Anspruch aus § 13 IIIa SGB V ist nicht Voraussetzung, dass der Betroffene eine **ärztliche Verordnung** für die beantragte Behandlung hat. Maßgeblich ist, ob der Versicherte die beantragte Leistung subjektiv für **erforderlich** halten durfte. Dies hat das BSG in den Fällen, in denen der Versicherte eine ärztliche Verordnung hatte, bejaht. Hieraus einen Umkehrschluss zu ziehen, ist nicht möglich. Eine **ganzheitliche Zahnbehandlung** liegt nicht offensichtlich außerhalb des Leistungskataloges, weil es sich dabei immer noch um Krankenbehandlung handelt.

Das **SG** verurteilte die Bekl., den Kl. mit zahnärztlicher Behandlung in Form von Störfeldtests und Störfeldtherapie durch Dr. in als Sachleistung zu versorgen. **LSG Hamburg**, Urt. v. 07.03.2019 - L 1 KR 36/18 - RID 19-02 (nachfolgend), Revision zugelassen, wies die Klage ab.

d) Vertrauensschutzregelung: Vertrauen auf Ergehen einer Genehmigung

LSG Hamburg, Urteil v. 07.03.2019 - L 1 KR 36/18

RID 19-02-73

Revision zugelassen
www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 13 IIIa

§ 13 IIIa SGB V ist eine **Vertrauensschutzregelung**, dessen Anwendbarkeit voraussetzt, dass der Versicherte auf das **Ergehen einer Genehmigung vertrauen** durfte (vgl. etwa BSG, Urt. v. 11.07.2017 - B 1 KR 26/16 R - BSGE 123, 293 = SozR 4-2500 § 13 Nr. 36, juris Rn 20). Dies ist nicht der Fall, wenn keine Verordnung (hier: für eine Störfelduntersuchung), kein Attest und **keine sonstige medizinische Stellungnahme** vorgelegt wird, aus der sich ergibt, dass die von ihm in Aussicht genommene Untersuchung medizinisch indiziert ist. Dies gilt auch dann, wenn der Arzt die Leistung empfiehlt.

SG Hamburg, Gerichtsbb. v. 13.03.2018 - S 25 KR 1888/14 - RID 19-02 (vorstehend) verurteilte die Bekl., den Kl. mit der begehrten zahnärztlichen Behandlung in Form von Störfeldtests und Störfeldtherapie zu versorgen. Das *LSG* wies die Klage ab.

2. Stationäre Behandlung während eines Türkeiurlaubs

SG Gießen, Urteil v. 12.03.2019 - S 7 KR 261/17

RID 19-02-74

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 13 III, 18; Sozialversicherungsabkommen Türkei

Die Leistungspflicht der deutschen Krankenkassen für eine **stationäre Behandlung während eines Türkeiurlaubs** richtet sich nach türkischem Recht. Es gelten diejenigen Sätze, die der türkische Sozialversicherungsträger für eine vergleichbare Behandlung in einem Vertragskrankenhaus zu zahlen gehabt hätte. Für eine weitergehende Übernahme von Kosten einer stationären Behandlung in einer türkischen Privatklinik besteht regelmäßig keine Rechtsgrundlage.

Hat die **türkische Privatklinik** mit dem türkischen Sozialversicherungsträger einen Vertrag zur Notfallbehandlung abgeschlossen, dann muss der Versicherte der Privatklinik bis zur Entlassung kenntlich machen, dass eine **Berechtigung nach dem Abkommen** zwischen der Bundesrepublik Deutschland und der Republik Türkei über Soziale Sicherheit vom 30.04.1964 besteht. Ein Nachweis über die Berechtigung ist von vornherein mit sich zu führen bzw. ist während des Krankenhausaufenthaltes zu beschaffen.

Die 1931 geb., in Deutschland lebende Kl. erlitt im Juni 2016 während eines Türkeiurlaubs eine Herzattacke. Sie wurde in bewusstlosem Zustand in eine Privatklinik eingeliefert und erhielt einen Herzschrittmacher eingesetzt. Hierfür stellte die Privatklinik 13.000 € in Rechnung, die die Kl. aus eigenen Mitteln beglich. Auf ihren Erstattungsantrag bewilligte die Bekl. der Kl. 1.252,41 €. Diese Summe wäre für eine Sachleistungsgewährung in der Türkei angefallen. Das *SG* wies die Klage ab.

3. Trainingsprogramm „Project Walk“ in den USA bei Querschnittslähmung

LSG Bayern, Urteil v. 22.11.2018 - L 4 KR 585/16

RID 19-02-75

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 16/19 B
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 2 I 3, 13 IIIa, 16 I Nr. 1, 18, 30 II 1

Leitsatz: 1. Zur Frage der Anwendbarkeit der **Genehmigungsfiktion** nach § 13 Abs. 3a SGB V bei der „Project Walk“ Trainingsmethode.

2. Ein erhebliches **Versorgungsdefizit** bei der Versorgung von Patienten mit **Querschnittslähmung** liegt in Deutschland vor allem im Hinblick auf die bestehenden Querschnittszentren nicht vor.

3. Die **Behandlungsmethode** „Project Walk“ hat derzeit noch nicht den Status erreicht, dass sie von der großen Mehrheit der einschlägigen Fachleute befürwortet wird.

4. Zu **grundrechtsorientierten Auslegung** des § 18 Abs. 1 SGB V nach einer eingetretenen inkompletten Tetraparese.

SG München, Urt. v. 12.10.2016 - S 29 KR 1177/14 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

4. Kostenerstattungsverfahren: Nicht zugelassener Leistungserbringer

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 20.03.2019 - L 5 KR 2062/17

RID 19-02-76

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

Leitsatz: Wählt ein in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherter das **Kostenerstattungsverfahren** nach § 13 Abs. 2 SGB V, so sind Kosten, die durch die Inanspruchnahme **nicht zugelassener Leistungserbringer** entstanden sind, von der Krankenkasse nicht zu erstatten, wenn die Krankenkasse der Behandlung vor deren Beginn nicht zugestimmt hat. Die **Zustimmung der Krankenkasse** kann im gerichtlichen Verfahren nicht mehr ersetzt werden (vgl. LSG Baden-Württemberg, Beschl. v. 24.04.2017 - L 11 KR 816/17 ER-B - RID 17-03-162), wenn der Bescheid, mit dem die Kostenübernahme abgelehnt worden ist, bestandskräftig geworden ist. Eine **stationäre Krankenhausbehandlung** i.S.d. § 27 SGB V liegt nur dann vor, wenn der Patient physisch und organisatorisch in das spezifische Versorgungssystem eines Krankenhauses eingegliedert ist, was dann anzunehmen ist, wenn er zumindest die Nacht vor oder die Nacht nach dem Eingriff im Krankenhaus verbringt (Anschluss an BSG, Urteil vom 08.09.2004 - B 6 KA 14/03 R - SozR 4-2500 § 39 Nr. 3). Eine **Schweißdrüsenkürettage** (OPS Ziff.: 5-911) ist nicht im Katalog zum AOP-Vertrag (Fassung ab dem 25.01.2016) beinhaltet und kann daher nicht auf Kostenlast der gesetzlichen Krankenversicherung durchgeführt werden.

SG Karlsruhe, Gerichtsbs. v. 13.04.2017 - S 6 KR 3312/16 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

5. Keine Einhaltung des Beschaffungswegs: Verbindliche Abnahme der Hörgeräte

SG Nürnberg, Urteil v. 18.01.2019 - S 21 KR 363/17

RID 19-02-77

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 33

Bestellt der Hörgeräteakustiker im Einvernehmen und **auf Wunsch** der Versicherten die streitgegenständlichen **Hörgeräte** unabhängig von einer zu diesem Zeitpunkt noch nicht vorliegenden Entscheidung der Krankenkasse, dann ist ein bindendes endgültiges **Verpflichtungsgeschäft** zustande gekommen. Darauf, ob der Hörgeräteakustiker im Kulanzwege das Geschäft rückabgewickelt hätte oder der Kaufpreis in Höhe des Eigenanteils seitens des Hörgeräteakustikers zunächst gestundet wird, kommt es nicht an.

Das **SG** wies die Klage ab.

IV. Arzneimittelversorgung

Nach BSG, Urt. v. 28.05.2019 - **B 1 KR 25/18 R** - besteht kein Anspruch auf **Versorgung mit Arzneimitteln zur Raucherentwöhnung**. Der gesetzliche Ausschluss dieser Mittel aus dem Leistungskatalog der GKV ist verfassungsgemäß. Das Behandlungsziel kann nach Einschätzung des Gesetzgebers auch durch nicht medikamentöse Maßnahmen erreicht werden.

1. Cannabis

a) Ärztliche Einschätzungsprärogative und Überprüfungsumfang

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 30.01.2019 - L 11 KR 442/18 B ER

RID 19-02-78

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

Es erscheint sachgerecht, den Begriff der **schwerwiegenden Erkrankung** ebenso wie den in § 35c II 1 SGB V beim sog. Off-Label-Use zu verstehen (s. LSG Thüringen, Beschl. v. 10.11.2017 - L 6 KR 1092/17 B ER - RID 18-01-85). Es muss sich daher um eine Erkrankung handeln, die sich durch ihre Schwere oder Seltenheit vom Durchschnitt der Erkrankungen abhebt und die Lebensqualität auf Dauer nachhaltig beeinträchtigt (vgl. BSG, Urt. v. 13.12.2016 - B 1 KR 1/16 R - BSGE 122, 170 = SozR 4-2500 § 31 Nr. 28; BSG, Urt. v. 08.11.2011 - B 1 KR 19/10 R - BSGE 109, 211 = SozR 4-2500 § 31 Nr. 19; BSG, Urt. v. 26.09.2006 - B 1 KR 14/06 R - SozR 4-2500 § 31 Nr. 6).

Zum Nachweis der Voraussetzungen nach § 31 VI SGB V reicht ein **Bericht** aus, in dem sich der behandelnde Arzt mit den individuellen Verhältnissen des Versicherten ausführlich auseinandersetzt, die bisherigen Therapieversuche einschließl. der zu erwartenden und der jeweils eingetretenen Nebenwirkungen darstellt und sodann diese Erkenntnisse dezidiert und differenziert mit den Vor- und Nachteilen der beantragten Cannabinoidtherapie abwägt.

Die **Krankenkasse** hat **nur zu prüfen**, ob es sich um eine „begründete Einschätzung“ des behandelnden Vertragsarztes handelt, nicht aber, ob diese nach ihrer Auffassung im Einzelfall zutrifft. Dem behandelnden **Vertragsarzt** ist eine **Einschätzungsprärogative** eingeräumt, die von der Krankenkasse und im Gerichtsverfahren nur sehr begrenzt auf inhaltliche Richtigkeit zu überprüfen ist. Sofern nachvollziehbar, schlüssig und in sich widerspruchsfrei, ist diese Einschätzung hinzunehmen.

Im Übrigen neigt der Senat zu der Auffassung, dass eine begründete Einschätzung nur im **Verwaltungsverfahren** vorgelegt werden und nicht durch **nachgängige Ermittlungen** eines Gerichts nachgeholt oder gar substituiert werden kann. Insoweit gilt, dass das Gericht nicht und insb. nicht durch eine aufwändige Beweisaufnahme zu klären hat, ob die Einschätzung des behandelnden Vertragsarztes zutrifft.

SG Köln, Beschl. v. 18.06.2018 - S 17 KR 893/18 ER - lehnte dem Antrag ab, das **LSG** verpflichtete die Ag. vorläufig, den Ast. mit Cannabis bzw. Cannabinoiden nach Maßgabe vertragsärztlicher Verordnungen zu versorgen.

b) ADHS: Verordnung/Begründete Einschätzung/Mindestevidenz

LSG Bayern, Beschluss v. 25.02.2019 - L 11 KR 240/18 B ER

RID 19-02-79

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 31 VI

Der Anspruch auf Genehmigung nach § 31 VI SGB V setzt nicht zwingend voraus, dass bereits eine **vertragsärztliche Verordnung** ausgestellt wurde. Ein Genehmigungsantrag kann daher auch dann wirksam gestellt werden, wenn er das Cannabisprodukt genau bezeichnet, ohne eine Verordnung beizufügen. Eine Verordnung von Cannabisprodukten wird nach sieben Tagen wirkungslos (§ 12 I Nr. 1 c) BtMVV). Der Anspruch kann sonach grundsätzlich und vorbehaltlich der in § 13 II, III u. IIIa 7 SGB V geregelten Fallgestaltungen nur auf „**Versorgung mit Cannabis**“, nicht aber auf **Kostenerstattung** oder Kostenübernahme ausgerichtet sein. Eine sachleistungsersetzende Kostenerstattung kommt nur in ausdrücklich kodifizierten Fällen in Betracht (z.B. § 13 II, III und IIIa 7 SGB V).

Rechtsfolge des § 13 IIIa 6 SGB V ist, dass die Leistung „Versorgung mit Cannabis“ als genehmigt gilt. Das Gesetz fingiert hingegen nicht, dass die Krankenkasse zur Kostenübernahme verpflichtet wäre.

Die **ADHS** ist keine lebensbedrohliche Erkrankung. Allerdings kann die Schwere der durch die ADHS verursachten Gesundheitsstörungen die Lebensqualität auf Dauer nachhaltig beeinträchtigen (offen gelassen von BSG, Urt. v. 30.06.2009 - B 1 KR 5/09 R - SozR 4-2500 § 31 Nr. 15; verneint von LSG Bayern, Urt. v. 18.01.2011 - L 5 KR 214/08 - RID 11-02-142). Dem steht aber die Anerkennung mit einem Grad der Behinderung (GdB) von nur 30 entgegen.

Fehlt es an einer „**begründete Einschätzung**“ des behandelnden Vertragsarztes, darf die Versorgung mit Cannabis nicht genehmigt werden. Rechtlich wirksam kann die begründete Einschätzung nur im **Verwaltungsverfahren** vorgelegt werden. Nicht möglich ist es, Defizite mittels nachgängiger Ermittlungen eines Gerichts nachzuholen oder gar zu substituieren.

Für die Handhabung eines ADHS im Erwachsenenalter fehlt es an einer gewissen **Mindestevidenz** i.S. des Vorliegens erster wissenschaftlicher Erkenntnisse, dass bei dem konkreten Krankheitsbild durch den Einsatz von Cannabinoiden ein therapeutischer Erfolg zu erwarten ist.

SG Dortmund, Beschl. v. 07.03.2018 - S 8 KR 2573/17 ER - lehnte den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

c) **Medizinal-Cannabisblüten: Kein Vorrang von Sativex**

LSG Hamburg, Beschluss v. 02.04.2019 - L 1 KR 16/19 B ER

RID 19-02-80

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

Ein **Fertigarzneimittel** hat nicht zwingend der Verordnung von Cannabis in alternativen Darreichungsformen vorzugehen. Für einen Anspruch aus § 31 VI 1 Nr. 1 SGB V ist eine **Beurteilung des behandelnden Arztes** unter Auseinandersetzung mit den individuellen Verhältnissen des Versicherten unter Abwägung der bisherigen Therapieversuche, konkret zu erwartender Nebenwirkungen der Standardtherapie und Nebenwirkungen der Cannabinoidtherapie erforderlich. Die **Krankenkasse** hat nur zu prüfen, ob es sich um eine „begründete Einschätzung“ des behandelnden Vertragsarztes handelt, nicht aber, ob diese nach ihrer Auffassung im Einzelfall zutrifft (Anschluss an LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 30.01.2019 - L 11 KR 442/18 B ER - juris Rn. 26).

SG Hamburg, Beschl. v. 20.12.2018 - S 18 KR 1736/18 B ER - gab dem Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung teilweise statt, das *LSG* wies die Beschwerde der Ag. zurück.

2. Off-Label-Use: Wertungsmäßig vergleichbare Erkrankung (Gichtarthritis)

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 17.04.2019 - L 11 KR 699/18 B ER

RID 19-02-81

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 2 Ia, 31; SGG § 86b II

Der **Verlust einer herausgehobenen Körperfunktion** droht, wenn glaubhaft gemacht wird an einer **Gichtarthritis** mit progredientem Verlauf zu leiden. Die „körperliche Beweglichkeit“ betrifft eine herausgehobene Körperfunktion. Die „drohende Immobilisation“ droht zu deren Verlust zu führen. Jedenfalls im einstweiligen Rechtsschutzverfahren verdichtet der Schutzbereich des Art. 2 II 1 GG die Rechtslage zu Gunsten des Ast. dahin, dass die Voraussetzungen einer „zumindest wertungsmäßig vergleichbaren Erkrankung“ gegeben sind.

SG Detmold, Beschl. v. - S 5 KR 1042/18 ER - gab dem Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung statt, das *LSG* wies die Beschwerde zurück,

3. Fertigarzneimittel Cytotect CP Biotest: Prophylaxe für noch ungeborenes Kind

SG Osnabrück, Urteil v. 11.02.2019 - S 46 KR 83/18

RID 19-02-82

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 2 Ia, 13 III, 27 I, 31

Eine Versicherte hat einen **Anspruch aus § 2 Ia SGB V** auf Versorgung mit dem **Fertigarzneimittel Cytotect CP Biotest** (verschreibungspflichtige Infusionslösung, die zur Prophylaxe klinischer Manifestationen einer Cytomegalie Virusinfektion unter immunsuppressiver Therapie zugelassen ist) zur Vermeidung einer Infektionserkrankung bei ihrem ungeborenen Kind im Rahmen der Primärinfektion mit Cytomegalieviren in der Schwangerschaft.

Für einen Anspruch nach den Grundsätzen eines sog. **Off-Label-Use** fehlt es an Forschungsergebnissen, die erwarten lassen, dass das Arzneimittel für die betreffende Indikation zugelassen werden kann.

Das *SG* verurteilte die Bekl., der Kl. die Kosten für das Präparat Cytotect CP Biotest in Höhe von 2.917,85 € zu erstatten.

V. Hilfsmittel/Heilmittel

1. Maßgefertigtes Haarteil bei Erkrankung an Psoriasis vulgaris

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 26.03.2019 - L 4 KR 50/16

RID 19-02-83

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 33 I

Ein partieller Haarverlust stellt bei einer Frau eine Behinderung im Sinne von § 33 I 1 SGB V dar. Es besteht ein Anspruch auf ein **maßgefertigtes Haarteil**, wenn aufgrund einer Erkrankung an **Psoriasis vulgaris** die Versorgung mit einer Kunsthaarperücke, die den Kopf vollständig bedeckt, nicht als zweckmäßig anzusehen ist, da sich unter dem Haarteil großflächige, z.T. vernarbte, z.T. atrophe Hautveränderungen ohne Haare befinden und zudem eine vollständige Abdeckung des Haupthaars durch eine Kunsthaarperücke von vornherein wegen der Erkrankung kontraindiziert ist.

SG Osnabrück, Urt. v. 26.05.2015 - S 3 KR 286/11 - verurteilte die Bekl., der Kl. die Kosten für die Versorgung mit einem Echthaarteil in der tatsächlich entstandenen Höhe abzüglich des Eigenanteils in Höhe von 10 € zu erstatten, das *LSG* wies die Berufung zurück.

2. Vorübergehende Doppelversorgung mit einem weiteren Pflegebett

SG Freiburg, Urteil v. 05.12.2018 - S 6 KR 2237/18

RID 19-02-84

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

Eine **Doppelversorgung** mit Hilfsmitteln ist nicht schlechthin ausgeschlossen. Sie ist ausnahmsweise unter dem besonderen Gesichtspunkt gerechtfertigt, dem Versicherten das **Verlassen des Krankenhauses** und die Rückkehr in eine häusliche Umgebung zu ermöglichen. Benötigt er die vorübergehende **Hilfe Dritter** und ist dies nur an einem **anderen Ort** möglich, so ist er mit einem **weiteren Pflegebett** zu versorgen. Eine Kurzzeitpflege kommt alternativ nicht in Betracht, da sie eine erhebliche Einschränkung der persönlichen Betätigungsmöglichkeit bedeutet.

Das *SG* verurteilte die Bekl., die für die Ausleihe des Pflegebettes angefallenen Kosten i.H.v. 517,65 € zu übernehmen.

3. Versorgung nur durch Vertragspartner der Krankenkasse

LSG Bayern, Urteil v. 26.04.2018 - L 20 KR 112/16

RID 19-02-85

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 33 VI, 127

Leitsatz: 1. Hat eine gesetzliche Krankenkasse zur Versorgung ihrer Mitglieder mit Hilfsmitteln einen **Vertrag** i.S.d. § 127 Abs. 2 SGB V mit Leistungserbringern oder Verbänden oder sonstigen Zusammenschlüssen der Leistungserbringer geschlossen, so kann der Versicherte nur die **Leistungserbringer** in Anspruch nehmen, die **Vertragspartner** seiner Krankenkasse sind.

2. Die **Ausnahmeregelung** nach § 33 Abs. 6 Satz 3 SGB V gilt nur für die Fälle von Verträgen i.S.d. § 127 Abs. 1 SGB V, also für den Fall des Vertragsschlusses nach Ausschreibung, nicht aber den Fall von Verträgen nach § 127 Abs. 2 SGB V.

SG Nürnberg, Urt. v. 28.01.2016 - S 7 KR 671/15 - verpflichtete die Bekl., die Kosten für ein Paar orthopädische Hausschuhe sowie ein Paar Ersatzfußbettungen in Höhe von insgesamt 1.526,60 € zu übernehmen, die auf Wunsch der Kl. von der Firma B. Orthopädie-Schuhtechnik zu fertigen sind. Das *LSG* wies die Klage ab. *BSG*, Beschl. v. 28.02.2019 - B 3 KR 44/18 B - juris - verwarf die Nichtzulassungsbeschwerde als unzulässig.

4. Übernahme von Stromkosten für das Laden eines Elektrorollstuhles

LSG Bayern, Urteil v. 27.02.2019 - L 4 KR 146/16

RID 19-02-86

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 33 I; SGB I § 44; SGB 10 § 45

Leitsatz: 1. Dem Kläger steht grundsätzlich ein Anspruch auf Erstattung bzw. Übernahme der **Energiekosten** zu, die zum Betrieb seines Elektrorollstuhls erforderlich sind.

2. Die Krankenkasse kann eine Kostenerstattung bzw. -übernahme in Form einer **Pauschale** vornehmen.

3. Zur **Aufhebung** von Verwaltungsakten.

4. Ein über eine angemessene Stromkostenpauschale hinausgehender Anspruch auf eine Erstattung bzw. Übernahme von Stromkosten in Höhe von hier 17,50 EUR setzt konkrete Darlegungen des Klägers zur tatsächlichen Höhe des Stromverbrauchs voraus. Allein ein Hinweis auf den allgemeinen **Anstieg der Energiekosten** ist nicht ausreichend.

SG München, Urt. v. 04.02.2016 - S 2 KR 77/15 - verurteilte die Bekl. entsprechend dem Anerkenntnis, dem Kl. monatlich 10 € für die Monate Juni 2008 bis Dezember 2013, insgesamt in Höhe von 670 € zzgl. Zinsen zu bezahlen. Ab dem 01.01.2014 erklärte sich der Bekl. bereit, monatlich 8,- Euro pauschal oder gegen Einzelnachweis einen höheren Betrag zu vergüten. Im Übrigen wies das SG die Klage ab. Das *LSG* wies die Berufung des Kl. zurück.

VI. Rehabilitation/Häusliche Krankenpflege/Fahrkosten

Nach BSG, Urt. v. 28.05.2019 - *B 1 KR 4/18 R* - hängt der Anspruch der in der GKV versicherten Kl. auf eine **Mutter-Kind-Maßnahme** in Begleitung ihrer beiden Kinder (ohne eigene medizinische Behandlung; sog. **Begleitkinder**) als stationäre Vorsorgeleistung in einer Einrichtung des Müttergenesungswerks oder einer gleichartigen Einrichtung nicht vom **Versichertenstatus der Kinder** ab. Krankenkassen müssen die Kosten der Begleitkinder auch dann tragen, wenn die Begleitkinder nicht in der GKV versichert sind. Der Zweck der Mitaufnahme der Kinder in die Einrichtung besteht darin, der Mutter die Teilnahme an der stationären Vorsorgemaßnahme zu ermöglichen oder ihr die Entscheidung dafür zumindest zu erleichtern. Dementsprechend sieht das Gesetz eine Vollfinanzierung der als Rechtsanspruch ausgestalteten Mutter-Kind-Maßnahme vor, ohne nach der Art der Versicherung der Kinder zu unterscheiden. Es muss nur ein Mutter-Kind-Verhältnis bestehen. Nach BSG, Urt. v. 28.05.2019 - *B 1 KR 14/18 R* - hat ein nicht selbst vorsorgeleistungsbedürftiges GKV-versichertes Pflegekind einer PKV-versicherten Pflegemutter, die Vorsorgeleistungen im Rahmen einer Kur erhält, als **Begleitkind** keinen Anspruch auf **Mutter-Kind-Maßnahme**-Leistungen gegen seine Krankenkasse. Das Recht der GKV gibt nur versicherten Müttern und Vätern einen eigenen Anspruch auf eine Mutter-Kind- bzw. Vater-Kind-Maßnahme als einheitlichen Gesamtanspruch. Die Leistungen für Begleitkinder werden als bloßer Annex zu den medizinischen Vorsorgeleistungen für in der GKV versicherten Mütter und Väter erbracht. Erst recht besteht kein Anspruch des in der GKV versicherten Begleitkinds, wenn - wie hier - die die stationäre Vorsorgemaßnahme in Anspruch nehmende (Pflege-)Mutter nur über das Beihilferecht für Beamte und ergänzend durch eine private Krankenversicherung (PKV) abgesichert ist. Die gesetzliche Regelung ist mit den Grundrechten des Kl. vereinbar. Der Gesetzgeber ist in seinem Gestaltungsspielraum bei der Schaffung und Ausgestaltung von sozialen Rahmenbedingungen für die medizinische Behandlung weitgehend frei. Unterschiedliche Leistungen in der GKV, der PKV und dem Beihilferecht verstoßen nicht gegen den allgemeinen Gleichheitssatz.

1. Rehabilitationssport in Gruppen (Reha-Sport)

LSG Bayern, Urteil v. 28.06.2018 - L 4 KR 395/14

RID 19-02-87

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 11 II, 43 I Nr. 1, 64 I Nr. 3

Leitsatz: 1. Die Notwendigkeit von **Rehabilitationssport in Gruppen** unter ärztlicher Betreuung und Überwachung ist nicht nur im Hinblick auf die sportliche Betätigung als solche, sondern auch im Hinblick auf die Tatbestandsmerkmale „in Gruppen“ und „unter ärztlicher Betreuung und Überwachung“ zu prüfen.

2. Der **rehabilitative Zweck** des Gemeinschaftserlebnisses ist besonders bei **Sportarten** nachvollziehbar, die ihrer Natur nach von mehreren Personen gemeinsam ausgeübt werden, wie z.B. Bewegungsspiele oder Rollstuhl-Basketball. Dies trifft auf **Gymnastik** nicht zu.

SG Landshut, Urt. v. 01.08.2014 - S 4 KR 285/12 - verurteilt die Bekl., die Kosten für die Teilnahme der Kl. am Rehabilitationssport auf Grundlage der Verordnung vom 15.05.2012 in Höhe von 250 € zu erstatten. Das *LSG* wies die Klage ab.

2. Häusliche Krankenpflege

a) Maßgeblichkeit der ärztlichen Verordnung für Leistungsumfang

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 29.03.2019 - L 1 KR 466/17

RID 19-02-88

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 37, 73 II Nr. 8

Maßgebend für den **Umfang** der den Versicherten zu gewährenden **Leistungen** ist in erster Linie die **ärztliche Verordnung**. Denn es ist Aufgabe des Vertragsarztes und nicht des Pflegedienstes, über die medizinische Notwendigkeit und den erforderlichen Umfang von Behandlungspflege zu entscheiden. Nach § 3 II Hauskrankenpflege-RL hat sich der Vertragsarzt vor der Verordnung zu vergewissern, ob die Pflege nicht durch eine im Haushalt lebende Person übernommen werden kann.

Es ist **Aufgabe der Krankenkasse** sicherzustellen, dass die Behandlungspflegeleistungen in dem verordneten Umfang an die Versicherte erbracht werden.

SG Berlin, Urt. v. 27.09.2017 - S 28 KR 1151/16 - wies die Klage ab, das *LSG* verurteilte die Bekl., der Kl. für die Behandlungspflege ihrer Mutter in den Zeiträumen v. 13.01.2016 bis 21.01.2016 und v. 01.02.2016 bis zum 13.02.2016 einen Betrag von 756,60 € zu erstatten, uns wies im Übrigen die Berufung zurück.

b) Budget/Kosten für eine selbstbeschaffte Kraft

LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 19.03.2019 - L 1 KR 58/19 B ER

RID 19-02-89

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB IX § 29

Ein Geldanspruch auf die **Leistung aus dem Budget** nach § 29 II SGB IX setzt als materielle Voraussetzung den Abschluss einer Zielvereinbarung voraus, § 29 IV SGB IX. Gibt es keine Zielvereinbarung, sind die Rechte des Betroffenen auf Kostenfreistellung und Kostenerstattung für erfolgte selbst beschaffte Bedarfsdeckung beschränkt (BSG, Urt. v. 08.03.2016 - B 1 KR 19/15 R - BSGE 121, 32 = SozR 4-3250 § 17 Nr. 4, juris-Rn. 25).

Nach § 37 IV SGB V sind den Versicherten die **Kosten für eine selbstbeschaffte Kraft** für Krankenpflegeleistungen in angemessener Höhe zu erstatten, wenn die Krankenkasse keine Kraft für die häusliche Krankenpflege stellen kann. Ein Zuwarten darf dem Versicherten aus medizinischen Gründen nicht mehr zumutbar sein, wenn der angestrebte Behandlungserfolg zu einem späteren Zeitpunkt nicht mehr eintreten kann oder z.B. wegen der Intensität der Schmerzen ein auch nur vorübergehendes weiteres Zuwarten nicht mehr zuzumuten ist (BSG, Urt. v. 06.03.2012- B 1 KR 17/11 R - SozR 4-2500 § 18 Nr. 7, juris Rn. 18).

SG Berlin, Beschl. v. 25.02.2019 - S 143 KR 90/19 ER - lehnte den Antrag ab, das *LSG* verpflichtete die Ag., dem Ast. ab dem 19.03.2019 vorläufig bis zu einer Entscheidung in der Hauptsache - längstens jedoch bis zum 31.05.2019 - die Kosten für Leistungen zur Krankenpflege gem. § 1 I des Angebots der Ag. zum Abschluss einer „Zielvereinbarung für die Gewährung eines Persönlichen Budgets, Stand 30. November 2018“ zu übernehmen. Im Übrigen wies es die Beschwerde zurück.

c) Blutzuckermessungen: Ausnahmefall

LSG Hessen, Urteil v. 28.02.2019 - L 8 KR 443/17

RID 19-02-90

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 27 I 2 Nr. 4, 37 II

Leitsatz: Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege in Form von **Blutzuckermessungen** sind in Abweichung von den Vorgaben des Leistungsverzeichnisses (Anlage zur HKP-RL Nr. 11) zu genehmigen, wenn sich die Voraussetzungen eines **Ausnahmefalls** im Sinne von § 1 Abs. 3 S. 3 HKP-RL im Einzelfall durch die Befundmitteilungen des verordnenden Arztes nachweisen lassen.

SG Frankfurt a. M., 10.10.2017 - S 25 KR 190/14 - verurteilte die Bekl., B.A. von den in dem Zeitraum vom 01.07.2013 bis 07.12.2014 für die Blutzuckermessungen entstandenen Kosten in Höhe von 3.409,06 € freizustellen. Das *LSG* wies die Berufung der Bekl. mit der Maßgabe zurück, dass die Bekl. verurteilt wird, die Erbgemeinschaft des B.A. von den Kosten (...) freizustellen.

d) Medikamentengabe in einer ambulant betreuten Demenz-Wohngemeinschaft

SG Nürnberg, Beschluss v. 18.02.2019 - S 7 KR 1/19 ER

RID 19-02-91

juris
SGB V § 37

Eine Versicherte in einer **ambulant betreuten Demenz-Wohngemeinschaft** hat einen Anspruch auf Gewährung von häuslicher Krankenpflege in Form der Behandlungspflege. Ein Anspruch ist nur dann ausgeschlossen, wenn ein Anspruch auf die Erbringung medizinischer Behandlungspflege durch die Einrichtung selbst besteht. Dies ist nicht der Fall, wenn „**Träger**“ der Wohngemeinschaft das **Mieter-Gremium**, eine Gesellschaft bürgerlichen Rechts, ist, deren Ziel es ist, den häuslichen, pflegerischen und/oder betreuenden Alltag der Gesellschafterinnen und Gesellschafter gemeinsam im Hinblick auf ihren persönlichen Hilfsbedarf möglichst optimal in einem gemeinsamen Haushalt und die Inanspruchnahme externer Pflege- oder Betreuungsleistungen gegen Entgelt zu ermöglichen und wirtschaftlich zu gestalten.

Das **SG** verpflichtete die Ag., ab dem 02.01.2019 vorläufig für die Ast. die Kosten häuslicher Krankenpflege in Form von Medikamentengabe 2 x täglich/7 x wöchentlich zu übernehmen, längstens bis zum 31.12.2019, sofern die Leistung ärztlich verordnet wird.

e) Schulbegleitung: Zuständigkeit nach Überleitung

LSG Baden-Württemberg, Beschluss v. 05.03.2019 - L 11 KR 374/19 ER-B

RID 19-02-92

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 37; SGB IX § 14; SGB XII § 14; SGG § 86b

Leitsatz: Eine Versicherte, welche die vierte Klasse der Grundschule besucht und aufgrund einer Operation beider Unterschenkel ohne fremde Hilfe nicht die Toilette benutzen kann, hat dennoch keinen Anspruch auf Kostenübernahme für eine **Schulbegleitung** in Form der **häuslichen Krankenpflege**, wenn bei ihr ein **Pflegegrad 2** festgestellt wurde.

Die **Krankenkasse** ist gemäß § 14 SGB IX für die Gewährung der Schulbegleitung als Leistung der **Eingliederungshilfe** auf der Grundlage von § 54 Abs. 1 Nr. 1 SGB XII zuständig, wenn der Sozialleistungsträger den Antrag der Versicherten auf Bewilligung einer Schulbegleitung innerhalb von zwei Wochen ab Eingang an die Krankenkasse weitergeleitet hat.

Sozialleistungen, die im Wege der einstweiligen Anordnung zuerkannt werden, stehen grundsätzlich unter dem **Vorbehalt der Rückforderung** für den Fall, dass sich im Hauptsacheverfahren herausstellt, dass ein entsprechender Anspruch nicht bestanden hat.

SG Mannheim, Beschl. v. 02.01.2019 - S 15 KR 3619/18 - lehnte den Antrag ab, das **LSG** verpflichtete die Ag., für die Zeit ab 15.01.2019 für die Dauer von maximal 4 Stunden pro Schultag vorläufig die Kosten für eine Schulbegleitung der Ast. für den Besuch der Grundschule an der E.-v.-T.-Schule bis zur Bestandskraft des Bescheides vom 21.11.2018, längstens jedoch bis zum Ende des Schuljahres 2018/2019 zu tragen. Im Übrigen lehnte es den Antrag ab.

f) Zuständigkeit für Kosten einer Integrationsfachkraft bei Diabetes

SG Mainz, Gerichtsbescheid v. 27.11.2018 - S 14 KR 315/18

RID 19-02-93

juris
SGB V §§ 37, 92 I 2 Nr. 6; SGB IX §§ 6 I, 14 II, 15 II

Leitsatz: Zur **Zuständigkeit** von Krankenkasse, Eingliederungshilfeträger und Jugendhilfeträger zur Unterstützung von Kindern mit Diabetes in der Kindertagesstätte.

Das **SG** verwies die Streitsache zur erneuten Entscheidung an die Bekl. zurück und im Übrigen wies es die Klage ab.

3. Fahrkosten: Hohe Behandlungsfrequenz bei ambulanter Psychotherapie

LSG Hessen, Urteil v. 31.01.2019 - L 8 KR 18/17

RID 19-02-94

Krankentransport-RL § 8 II

Bei einer im Schnitt zumindest in einem 2-wöchigen Turnus seit April 2014 stattfindenden ambulanten Psychotherapie handelt es sich um ein durch die Grunderkrankung vorgegebenes Therapieschema, das auch eine **hohe Behandlungsfrequenz** über einen längeren Zeitraum i.S.d. § 8 II Krankentransport-RL aufweist. Taxikosten sind zu erstatten, wenn aufgrund der gesundheitlichen Einschränkungen die Nutzung öffentlicher oder eigener Verkehrsmittel nicht in Betracht kommt. Zu befürchtende Komplikationen einer gravierenden psychischen Erkrankung sowie die Gefahr des Scheiterns der erforderlichen Therapie stellen ohne weiteres einen „**Schaden am Leib**“ i.S.d. Krankentransport-RL dar.

SG Marburg, Urt. v. 07.12.2016 - S 14 KR 112/14 - verurteilte die Bekl., die Kosten der Fahrten mit dem Taxi von der Wohnung zur ambulanten psychotherapeutischen Behandlung in der Praxis Dr. X ab dem 02.04.2014 unter Berücksichtigung der Zuzahlung nach § 61 S. 1 SGB V zu übernehmen. Das *LSG* wies die Berufung zurück.

VII. Beziehungen zu Krankenhäusern

Nach BSG, Urt. v. 09.04.2019 - **B 1 KR 2/18 R** - verstößt es nicht gegen revisibles Recht, dass das LSG die bei der Versicherten vorgenommene Transkatheter-Aortenklappenimplantation (TAVI) **als nicht vom Versorgungsauftrag des Krankenhauses der Kl. umfasst angesehen** hat. Der Feststellungsbescheid weist das Krankenhaus der **ersten Versorgungsstufe** zu. Der Krankenhausplan bestimmt, dass Krankenhäuser der ersten Versorgungsstufe der Grundversorgung dienen. Das LSG hat den Begriff der Grundversorgung dahingehend ausgelegt, dass medizinisch höchst anspruchsvolle und risikoreiche Eingriffe der Herzmedizin, wie die TAVI, aufgrund der hohen Qualitätsvorgaben der Schwerpunktversorgung den höheren Versorgungsstufen vorbehalten ist. Es verbleibt kein Raum für eine eigene Auslegung durch die Revisionsinstanz. Das LSG hat auch nicht das grundgesetzliche Willkürverbot verletzt, sondern Sachgründe für seine Auslegung angeführt. Nach BSG, Urt. v. 09.04.2019 - **B 1 KR 17/18 R** - verstößt es nicht gegen revisibles Recht, dass das LSG die bei den Versicherten durchgeführte Versorgung mit **Knie-Totalendoprothesen (Knie-TEP)** als vom Versorgungsauftrag des Plankrankenhauses der Klägerin umfasst angesehen hat, da das Krankenhaus u.a. mit der **Fachrichtung „Chirurgie“** im Landeskrankenhausplan aufgenommen ist. Die der Planung zugrunde liegenden Fachrichtungen orientieren sich auch ohne ausdrückliche Verweisung an der WBO für die Ärzte Bayerns in der jeweils im Zeitpunkt der Leistungserbringung gültigen Fassung. Die danach maßgebliche WBO fasst unter dem Gebiet „Chirurgie“ u.a. die Fachgebiete Orthopädie und Unfallchirurgie zusammen. Nach BSG, Urt. v. 09.04.2019 - **B 1 KR 27/18 R** - handelt es sich bei dem beim Versicherten eingesetzten **Nephrostomiekatheter** um ein **Implantat** im Sinne des ICD-Kodes. Es steht nach den getroffenen tatsächlichen Feststellungen des LSG aber nicht fest, dass der diagnostizierte Harnwegsinfekt „durch“ den Nephrostomiekatheter bedingt war. Das LSG wird die hierzu erforderlichen Feststellungen nachzuholen haben. Nach BSG, Urt. v. 09.04.2019 - **B 1 KR 5/19 R** - muss eine bekl. **Krankenhausträgerin** der kl. Krankenkasse die Umsatzsteuer für Arzneimittelzubereitungen der klinikumseigenen Apotheke zurückzahlen. Der Kl. steht der Rückzahlungsanspruch aus ergänzender Auslegung des Vertrags zu, soweit die Steueranmeldungen der Bekl. noch nicht formell bestandskräftig oder jedenfalls noch abänderbar waren. Hätten die Vertragsparteien bedacht, dass die Steuerverwaltung auch mit Rückwirkung die USt-Pflicht in der vorliegenden Fallgestaltung verneint, hätten sie vereinbart, dass den vertragschließenden Krankenkassen ein Anspruch auf Rückzahlung zu Unrecht gezahlter Umsatzsteuer zusteht, wenn die Beklagte ihren Erstattungsanspruch gegen das Finanzamt ohne Prozessrisiko durchsetzen kann. So liegt es seit Veröffentlichung des Umsatzsteueranwendungserlasses (20.10.2016). Sind die maßgeblichen Steueranmeldungen nicht mehr abänderbar, beruht der Anspruch auf einem vertraglichen Schadensersatzanspruch. **Die Bekl. wäre jedenfalls spätestens nach dem Urteil des BFH vom 24.9.2014 verpflichtet gewesen, im Vorgriff auf mögliche Reaktionen der Steuerverwaltung innerhalb der noch laufenden Festsetzungsfrist die Abänderung zu beantragen.** Dies wäre ihr angesichts der Kostenfreiheit des Verfahrens zumutbar gewesen. Nach BSG, Urt. v. 09.04.2019 - **B 1 KR 3/18 R** - war der Senat durch das **Anerkenntnis** der Bekl. nicht an einer Entscheidung durch **begründetes Sachurteil** gehindert. Denn die Kl. hat kein Anerkenntnisurteil beantragt. Der Senat hat auf Antrag der Kl. festgestellt, dass sich der Rechtsstreit betreffend die Krankenhausvergütung dadurch erledigt hat, dass die Bekl. sich den Inhalt der ergänzenden Stellungnahme des gerichtlich bestellten Sachverständigen zur Kodierbarkeit der Nebendiagnosen B95.2! und U80.4! zu eigen gemacht hat. Letztere führen ebenso wie die Nebendiagnose F01.1 zu der Fallpauschale BO2D. Dadurch wurde erstmals eine korrekte und damit die Fälligkeit der Krankenhausvergütung auslösende Rechnung für den streitigen Behandlungsfall erstellt. Dass die Voraussetzungen der Nebendiagnose F01.1 gegeben waren, hat das LSG - für den Senat bindend - nicht festgestellt. Die Klägerin hat in der Berufungsinstanz das Verfahren für erledigt erklärt und - nachdem die Beklagte dem entgegengetreten ist - die Feststellung der Erledigung begehrt.

Nach BSG, Urt. v. 18.12.2018 - **B 1 KR 40/17 R** - hat eine **Krankenkasse**, auch ohne Einverständnis des Versicherten, einen **Anspruch auf Einsichtnahme in die Behandlungsunterlagen des Krankenhauses** während des Rechtsstreits über die Abrechnung. Das BSG verwies die Sache zurück, weil es seiner Entscheidung die anspruchserhebliche Feststellung des LSG, der Versicherte sei 281 Stunden beatmet worden, nicht zugrunde legen darf. Das LSG hat sich hierfür auf Behandlungsunterlagen des Beklagten gestützt, ohne der Klägerin die gesetzlich gebotene Einsichtnahme zu gewähren.

1. Vergütungsanspruch/Fälligkeit

a) Nachträgliche Rechnungskorrektur im Prüfverfahren

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 17.04.2019 - L 5 KR 1522/17

RID 19-02-95

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 275 I c; KHG § 17c II

Leitsatz: Die in § 7 Abs. 5 S. 2 **Prüfverfahrensvereinbarung** (Fassung 2014) festgelegte Fünfmonatsfrist für die nachträgliche (Abrechnungs-)Datensatzkorrektur im MDK-Prüfverfahren schließt die **nachträgliche Rechnungskorrektur** im Abrechnungsverfahren nicht aus. Das Krankenhaus ist nach Fristablauf mit (neuem) Abrechnungsvorbringen nur für das (laufende) MDK-Prüfverfahren („formell“), nicht jedoch für ein (nachfolgendes) Gerichtsverfahren („materiell“) präkludiert und auch nicht an der Geltendmachung durch nachträgliche Rechnungskorrektur gehindert (anders: Umsetzungshinweise der Deutschen Krankenhausgesellschaft zur Prüfverfahrensvereinbarung in: Das Krankenhaus, 2014, 938, 952).

SG Reutlingen, Urt. v. 08.03.2017 - S 1 KR 233/16 - verurteilte die Bekl., an die Kl. 753,67 € zzgl. Zinsen zu zahlen, und wies im Übrigen die Klage ab. Das *LSG* wies die Berufung der Bekl. zurück.

b) Bestreiten der stationären Behandlungsnotwendigkeit nach drei Jahren

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 29.03.2019 - L 1 KR 101/17

RID 19-02-96

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

Treu und Glauben gebieten, dass die **Krankenkassen** auch schon vor Eintritt der Verjährungsfrist mit **Einwendungen ausgeschlossen** bleiben, wenn die Krankenhäuser berechtigt darauf vertrauen durften, dass die Berechtigung ihrer Abrechnungen nicht mehr in Frage gestellt werden würde. Dafür reicht es aus, wenn binnen angemessener Frist nach dem Erhalt der Rechnung, die grundsätzlich die Fälligkeit auslöst, das Vertrauen auf das Behaltendürfen des Behandlungsentgelts schützenswert ist. **Drei Jahre** nach Abschluss der Behandlung muss ein Krankenhaus nicht mehr mit dem **Bestreiten der stationären Behandlungsnotwendigkeit** seitens der Krankenkasse rechnen, zumal wenn sich die Einwendungen zunächst nur auf die sekundäre Behandlungsnotwendigkeit bezogen hatten und auch die vorstationäre Aufnahme des Versicherten offenbar unbeanstandet geblieben war.

Der Anspruch der Krankenkassen gegen die Krankenhäuser auf **Herausgabe von Behandlungsunterlagen** setzt das Vorliegen einer Behandlungsauffälligkeit vor. Das ist dann der Fall, wenn die Abrechnung oder die vom Krankenhaus mitgeteilten weiteren Informationen Fragen nach der Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes aufwerfen, die das Krankenhaus nicht ohne Hilfe des MDK beantworten kann (BSG, Urt. v. 25.10.2016 - B 1 KR 18/16 R - juris Rn. 33).

SG Berlin, Urt. 10.01.2017 - S 182 KR 2352/14 - wies die Klage der Krankenkasse ab, das *LSG* die Berufung zurück.

c) Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode: Gesetzesänderung (bronchiale Thermoplastie)

SG Aachen, Urteil v. 16.08.2018 - S 15 KR 348/16

RID 19-02-97

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 137c

Eine **bronchiale Thermoplastie** konnte mangels einer Ausschlussentscheidung des GBA nach § 137c I 2 SGB V auch im September 2015 zu Lasten der Krankenkasse erbracht werden.

Die am 23.07.2015 in Kraft getretene **Änderung des § 137c SGB V** beruht auf der Abkehr von der bisherigen BSG-Rspr. Es kommt für den Vergütungsanspruch des Krankenhauses nach § 137c SGB V nicht darauf an, ob es sich bei dem angewandten Verfahren um eine experimentelle Behandlungsmethode handelt, sondern allein darauf, ob sie das Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative bietet und nach den Regeln der ärztlichen Kunst erfolgt (§ 137c III 1 SGB V).

Das *SG* verurteilte die Bekl., an die Kl. 3.266,73 € nebst Zinsen zu zahlen.

d) Erfordernis teilstationärer Krankenhausbehandlung: Multimodale Ganzkörper-Therapie

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 20.03.2019 - L 5 KR 2689/17

RID 19-02-98

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 39 I 2

Leitsatz: Die Erforderlichkeit einer **teilstationären Krankenhausbehandlung** kann sich aus der Multimodalität einer Therapie ergeben (hier: Behandlung einer Psoriasis-guttata-Erkrankung durch kombinierte dermatologische Externa-Balneo-Photo-Therapie).

SG Karlsruhe, Urt. v. 06.06.2017 - S 5 KR 4112/16 - verurteilte die Bekl., der Kl. 5.518,66 € zzgl. Zinsen zu zahlen, das *LSG* wies die Berufung zurück.

e) Unterschreiten der prognostizierten Mindestmenge im Ausnahmefall

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 17.01.2019 - L 5 KR 212/18

RID 19-02-99

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 136b

Eine spezielle Ausprägung des **Qualitätsgebotes** stellt Anlage 1 der Regelungen des GBA gem. § 137 III 1 Nr. 2 SGB V (in der bis zum 31.12.2015 gültigen Fassung) bzw. § 136b I 1 Nr. 2 SGB V (in der seit 01.01.2016 gültigen Fassung) für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser dar (im Folgenden: Mm-R). Anlage 1 Nr. 4 Mm-R regelt für komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas durch eine jährliche **Mindestmenge** von zehn Eingriffen pro Krankenhaus in diesem Sinne eine zwingende Qualitätsvorgabe. Diese Regelung ist wirksam.

Wird die **Mindestmenge** von 10 Eingriffen in 2015 **nicht erreicht**, kann es jedoch aufgrund der Gesamtumstände des Falles sein, dass hieraus kein vergütungsausschließendes Leistungserbringerverbot in 2016 folgt. Dies ist der Fall, wenn das eigentlich geplante Soll von 12 Leistungen aufgrund einer weder vorher noch später aufgetretenen Häufung von Abbrüchen zugunsten einer Palliativversorgung bzw. der Ablehnung der Leistungen durch Patienten nicht erreicht wird.

SG Düsseldorf, Urt. v. 26.02.2018 - S 9 KR 1582/16 - verurteilte die Bekl., der Kl. 15.609,36 € nebst Zinsen zu zahlen, das *LSG* wies die Berufung zurück.

f) Keine Anschlussheilbehandlung wegen Kapazitätsproblemen

LSG Bayern, Urteil v. 28.06.2018 - L 4 KR 509/17

RID 19-02-100

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 13/19 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 11 IV, 39 I 2, 109 IV 3; KHG § 17b; KHEntG § 9 I 1

Ein Krankenhaus kann Vergütung für Zeiten nach **Überschreitung der oberen Grenzverweildauer** verlangen, wenn die vollstationäre Behandlung des Versicherten nur deswegen vollstationär aufrechterhalten bleiben muss, weil die notwendige **stationäre Anschlussheilbehandlung** wegen **Kapazitätsproblemen** noch nicht beginnen kann und eine sonstige Unterbringung des Versicherten (z.B. in der eigenen Häuslichkeit, Pflegeheim etc.) aus zwingenden medizinischen Gründen ausgeschlossen ist.

SG Augsburg, Urt. v. 16.02. 2017 - S 12 KR 553/14 - verurteilte die Bekl., an die Kl. 10.483,32 € nebst Zinsen zu zahlen, das *LSG* wies die Berufung zurück.

g) Wirtschaftliches Alternativerhalten und Fallzusammenführung/Aufrechnung

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 25.01.2019 - L 4 KR 72/17

RID 19-02-101

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 109; PrüfVbg 2015 § 9

Leitsatz: 1. Bei der Prüfung **wirtschaftlichen Alternativerhaltens** ist keine ex-post-Betrachtung vorzunehmen, sondern danach zu fragen, ob unter Zugrundelegung der Erkenntnisse zum Zeitpunkt der Entlassung aus der ersten stationären Krankenhausbehandlung von den Krankenhausärzten wirtschaftlich gehandelt wurde.

2. Eine **Beurlaubung** ist nicht erforderlich, wenn noch kein Therapieplan mit Indikation zur (weiteren) stationären Weiterbehandlung vorliegt.

3. Zu den Anforderungen an eine **Aufrechnung** nach § 9 PrüfV 2015.

SG Karlsruhe, Urt. v. 05.12.2016 - S 5 KR 911/16 - verurteilte die Bekl., der Kl. € 4.971,26 € nebst Zinsen zu zahlen, das *LSG* wies die Berufung zurück.

h) Potenzial einer erforderlichen Behandlungsalternative (hier: Radiofrequenzbehandlung)

SG Berlin, Urteil v. 07.02.2019 - S 72 KR 2402/13

RID 19-02-102

*Berufung anhängig: LSG Berlin-Brandenburg - L 1 KR 106/19 -
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris*

SGB V §§ 2 I 3, 109 IV 3, 137c; KHEntgG § 6 II

Leitsatz: Behandlungsmethoden, deren Nutzen noch nicht hinreichend belegt ist, die aber das **Potenzial einer erforderlichen Behandlungsalternative** bieten, sind nicht von vornherein im Rahmen einer Krankenhausbehandlung ausgeschlossen (Anschluss an *LSG Stuttgart*, Urt. v. 11.12.2018 - L 11 KR 206/18 - RID 19-01-135; Abweichung von *BSG*, Urt. v. 19.12.2017 - B 1 KR 17/17 R - BSGE 125, 76 = SozR 4-5562 § 6 Nr. 1).

Das *SG* verurteilte die Bekl., an die Kl. einen Betrag in Höhe von 5.257,02 € nebst Zinsen zu zahlen.

i) Überschneidungen zwischen Prüfreimen

LSG Hessen, Urteil v. 08.11.2018 - L 1 KR 425/17

RID 19-02-103

*Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 12/19 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de*

SGB V § 275 I Nr. 1, Ic; KHG § 17c II

Ob eine Krankenkasse einen **Prüfauftrag** mit dem Ziel der Abrechnungsminderung i.S. des § 275 Ic SGB V oder der sachlich-rechnerischen Richtigkeitsprüfung erteilt, bestimmt sich nach den Grundsätzen über die Auslegung von Willenserklärungen (§ 69 I 3 SGB V). Faktische Überschneidungen zwischen beiden Prüfreimen - Auffälligkeitsprüfung einerseits und Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit andererseits - können sich daraus ergeben, dass eine sachlich-rechnerische Unrichtigkeit „Auffälligkeiten“ im Rechtssinne bewirken kann. Sie führen indes nicht dazu, den Rechtsbereich des Prüfreimes der sachlich-rechnerischen Richtigkeit zu beschränken (*BSG*, Urt. v. 23.05.2017 - B 1 KR 24/16 R - SozR 4-2500 § 301 Nr. 8, juris Rn. 35).

SG Darmstadt, Urt. v. 28.08.2017 - S 8 KR 466/16 - verurteilte die Bekl., an die Kl. 2.406,62 € zzgl. Zinsen zu zahlen. Das *LSG* wies die Berufung zurück.

j) Korrektur der Rechnung nach MDK-Prüfung: Offensichtlichkeit eines Fehlers

LSG Hamburg, Urteil v. 24.01.2019 - L 1 KR 46/17

RID 19-02-104

*Revision anhängig: B 1 KR 10/19 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris*

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

Die Krankenkasse darf darauf vertrauen, dass das Krankenhaus keine weiteren **Nachforderungen** erheben wird, wenn der MDK mit der **Prüfung der Wirtschaftlichkeit** der Schlussrechnung beauftragt worden ist, weil die Kasse die Behandlungsdauer für unwirtschaftlich gehalten hat. Denn damit wird nicht die Richtigkeit der Kodierung in Zweifel gezogen, sondern ein wirtschaftliches Alternativverhalten, eine kürzere Behandlungszeit geltend gemacht (*BSG*, Urt. v. 23.05.2017 - B 1 KR 27/16 R - SozR 4-2500 § 109 Nr. 62, juris). Es ist unerheblich, dass der MDK auf dem Formblatt an das Krankenhaus (möglicherweise standardmäßig) alle Alternativen **anzufordernder Unterlagen** ankreuzt, wenn der beschränkte Umfang des Prüfauftrags sich aus dem Formblatt unzweifelhaft ergibt und eindeutig dabei die korrekte Kodierung der Haupt-, Nebendiagnosen und Prozeduren nicht auf dem Prüfstand steht.

Offensichtlich und ins Auge springend ist ein **Fehler** nur, wenn sich dieser aus der Rechnung selbst ohne weiteres und auf augenfällige Art und Weise ergibt und nicht schon dann, wenn dazu andere zuvor übermittelte Daten - wie in diesem Fall die Entlassungsanzeige - abgeglichen werden müssen.

Dies gilt selbst dann, wenn der Fall als solcher Besonderheiten aufweist, die üblicherweise die Aufmerksamkeit der Krankenkasse wecken und zu einer gesonderten Überprüfung der medizinischen Notwendigkeit führen können, wie dies für die vorliegend geltend gemachte neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode des E.-Lasers gilt.

SG Hamburg, Urt. v. 10.04.2017 - S 21 KR 2381/13 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

k) Unzulässigkeit der Vereinbarung einer Ausschlussfrist für nachträgliche Rechnungskorrektur

SG Dortmund, Urteil v. 21.04.2017 - S 49 KR 642/16

RID 19-02-105

www.sozialgerichtsbarkeit.de

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

Die **Vereinbarung einer Ausschlussfrist** für eine nachträgliche **Rechnungskorrektur** ist nicht von der Ermächtigungsgrundlage gedeckt. Auch ist in § 7 V 1 u.2 i.V.m. § 8 S. 1 PrüfvV 2015 keine Ausschlussfrist vereinbart worden.

Die 5-Monats-Frist des § 7 V 2 PrüfvV 2015 gilt nur für die beim MDK in Auftrag gegebene **Prüfungsart**. Nur innerhalb dieses konkret in Auftrag gegebenen Prüfungsverfahrens kann der MDK berechtigt sein, nach Ablauf der 5-Monats-Frist Korrekturen oder Ergänzungen zurückzuweisen (SG Reutlingen, Urt. v. 11.01.2017 - S 1 KR 3109/15 - juris Rn. 51, RID 17-01-137).

Das *SG* verurteilte die Bekl., an die Kl. 3.996,98 € zzgl. Zinsen zu zahlen.

2. Erklärung der Krankenkasse über Anerkennung stationärer Behandlungsnotwendigkeit

LSG Sachsen, Beschluss v. 26.02.2019 - L 9 KR 691/17 B ER

RID 19-02-106

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 39, 108; SGG § 86b II

Leitsatz: 1. Ein **Anordnungsgrund** für den Erlass einer einstweiligen Anordnung setzt bei einem Abrechnungsstreit zwischen einem Leistungserbringer und der Krankenkasse regelmäßig voraus, dass der Leistungserbringer eine Existenzgefährdung darlegt und glaubhaft macht.

2. Eine besondere **Eilbedürftigkeit** kann auch gegeben sein, wenn das Vorgehen der Krankenkasse in einer Vielzahl von Fällen als rechtsmissbräuchlich zu bewerten ist oder aus anderen Gründen offensichtlich gegen die im Abrechnungsverhältnis zu beachtenden rechtlichen Vorgaben verstößt.

3. Es entspricht den für das Abrechnungsverhältnis maßgeblichen gesetzlichen und untergesetzlichen Vorgaben, dass das **Krankenhaus** vor/bei Aufnahme eine **Prüfung der Erforderlichkeit** stationärer Krankenhausbehandlung vornimmt und die **Krankenkasse** erst während bzw. nach Abschluss derselben.

SG Dresden, Beschl. v. 29.09.2017 - S 25 KR 317/17 ER - RID 18-03-133 stellte fest, dass die Ast. bis zu einer Entscheidung in der Hauptsache zulässig von den Patienten, die zu einer stationären Schmerzbehandlung in das Krankenhaus der Ast. eingewiesen wurden, vor Aufnahme zur stationären Behandlung eine Erklärung der Ag. über die Anerkennung der stationären Behandlungsnotwendigkeit verlangen kann. Das *LSG* lehnte auf Beschwerde der Ag. den Antrag auf Gewährung einstweiligen Rechtsschutzes ab.

3. Fallpauschalen

a) Fallzusammenführung

aa) Zweistufige Prüfung

LSG Hamburg, Urteil v. 15.11.2018 - L 1 KR 68/18

RID 19-02-107

Revision anhängig: B 1 KR 6/19 R

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

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

Aus der BSG-Rspr. ergibt sich für die Frage einer **Fallzusammenführung** eine **zweistufige Prüfung**:

1. War die Behandlung ohne zeitliche Unterbrechung möglich, wenn sich das Krankenhaus gut organisiert hätte? 2. Wenn nein, war im Zeitpunkt der Behandlungsunterbrechung die Indikation für

die Wiederaufnahme gestellt, um die Behandlung zeitnah fortzusetzen? Dann muss von einer Beurlaubung ausgegangen werden.

SG Hamburg, Urt. v. 19.06.1018 - S 56 KR 1970/14 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

bb) Verschiedene Hauptdiagnosegruppen

LSG Bayern, Urteil v. 19.03.2019 - L 20 KR 148/18

RID 19-02-108

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 31/19 B

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

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

Leitsatz: Bei der Abfrage der **Reihenfolge der Partitionen** von innerhalb der gleichen **Hauptdiagnosegruppe** erfolgenden Wiederaufnahmen (§ 2 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 FPV 2015) wird auf die Partition der unmittelbar zuvor abrechenbaren Fallpauschale abgestellt.

SG Nürnberg, Urt. v. 24.11.2017 - S 21 KR 173/17 - verurteilte die Bekl., an die Kl. 1.395,78 € zzgl. Zinsen zu bezahlen, das *LSG* wies die Berufung zurück.

cc) Beurlaubung nicht ohne Willen des Versicherten

SG Nürnberg, Urteil v. 07.11.2018 - S 11 KR 649/17

RID 19-02-109

Berufung anhängig: LSG Bayern - L 20 KR 62/19 -

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 Fallzusammenführung aufgrund „**wirtschaftlichen Alternativverhaltens**“ wegen - fiktiver - **Beurlaubung** des Versicherten ist nicht vorzunehmen, wenn die erste stationäre Behandlung des Versicherten bei Entlassung bereits abgeschlossen ist. Zudem setzt auch eine - fiktive - Beurlaubung einen entsprechenden - geäußerten - Willen bzw. eine erklärte **Einwilligung** des Versicherten, sich beurlauben zu lassen, voraus. Diese Voraussetzung ist schon aufgrund des verfassungsrechtlich geschützten Rechtsguts „Patientenautonomie“ unverzichtbar und daher nicht im Sinne einer mutmaßlichen Einwilligung interpretationsfähig.

Das *SG* verurteilte die Bekl., einen Betrag in Höhe von 4.786,20 € nebst Zinsen zu bezahlen.

dd) Beurlaubung, Wirtschaftlichkeitsgebot und Fallzusammenführung

LSG Bayern, Urteil v. 27.02.2019 - L 4 KR 476/17

RID 19-02-110

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

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

Leitsatz: 1. Zur Frage, ob ein Fall der **Wiederaufnahme** vorlag bzw. eine **Beurlaubung** insbesondere aus wirtschaftlichen Gründen geboten gewesen wäre.

2. Zu den Voraussetzungen einer abrechnungstechnisch gebotenen **Fallzusammenführung**.

SG Regensburg, Urt. v. 14.06.2017 - S 14 KR 565/15 - verurteilte die Bekl., an die Kl. 4.574,62 € nebst Zinsen zu bezahlen. Das *LSG* wies die Berufung zurück.

b) Verlegung: Zwischen Entlassung und Aufnahme keine 24 Stunden

LSG Hessen, Urteil v. 08.11.2018 - L 1 KR 275/18

RID 19-02-111

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

FPV 2015 § 3

Leitsatz: Wird vom aufnehmenden Krankenhaus eine **Verlegungsfallpauschale** abgerechnet, so sind keine Abschläge gemäß § 3 Abs. 1 FPV 2015 begründet. Dies folgt aus § 1 Abs. 1 S. 2 FPV 2015 und gilt auch, wenn die Behandlung im verlegenden Krankenhaus nur wenige Stunden dauerte.

SG Gießen, Urt. v. 19.04.2018 - S 5 KR 30/17 - verurteilte die Bekl., an die Kl. 5.760,41 € nebst Zinsen zu zahlen, das *LSG* wies die Berufung zurück.

c) Bestimmung der Hauptdiagnose

SG Fulda, Urteil v. 12.02.2019 - S 4 KR 200/16

RID 19-02-112

*Berufung anhängig: LSG Hessen - L 8 KR 224/19 -
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

Es ist ex post zu bewerten, was den Krankenhausaufenthalt in seiner konkreten Ausgestaltung, also unter Berücksichtigung der Gesamtheit der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen, „hauptsächlich“ veranlasst hat. Es ist daher diejenige **Diagnose** zu bestimmen, die für die durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen sowohl in quantitativer wie in qualitativer Hinsicht überwiegend ursächlich war und die insoweit dem Aufenthalt bei einer Gesamtbetrachtung das wesentliche Gepräge verliehen hat (hier: das operativ behandelte Karzinom und nicht Schenkelhalsfraktur, mit der die Versicherte zunächst aufgenommen worden war).

Die Hauptdiagnose muss lediglich eine im **Aufnahmezeitpunkt** bestehende Krankheit beschreiben, es ist nicht zusätzlich erforderlich, dass diese Krankheit im Aufnahmezeitpunkt auch in irgendeiner Form symptomatisch gewesen sein muss.

Das **SG** verurteilte die Bekl., an die Kl. 4.546,29 € nebst Zinsen zu zahlen.

d) Medizinproduktrechtlich nicht uneingeschränkt zugelassenes Herzassistenzsystem

SG Leipzig, Urteil v. 28.11.2018 - S 22 KR 694/15

RID 19-02-113

juris
SGB V §§ 39 I 2, 112 II; MPBetreibV §§ 2, 13; MPG §§ 40, 41, 42

Leitsatz: 1. Auch der **zulassungsüberschreitende Einsatz** eines medizinproduktrechtlich nur linksventrikulär zugelassenen Herzunterstützungssystems (hier „HeartMate HVAD“) kann als erforderliche und wirtschaftliche Krankenbehandlung mit dem vereinbarten Zusatzentgelt für intrakorporale links- und rechtsventrikuläre Unterstützungssysteme zu **vergüten** sein. Eine neue Behandlungsmethode im Sinne des § 137c SGB V in der im Mai 2011 geltenden Fassung liegt hierin nicht (a.A. SG Köln, Urteil vom 25.05.2016, Az. S 23 KR 70/13, juris Rz. 38, RID 16-03-149).

2. Die hinreichende Dokumentation der **Aufklärung** des Patienten über die fehlende medizinproduktrechtliche Zulassung der vorgesehenen Versorgung ist für den Anspruch auf Vergütung einer erfolgreichen ärztlichen Behandlung ohne Belang.

Das **SG** verurteilte die Bekl., an die Kl. 119.799,18 € nebst Zinsen zu zahlen.

e) Intensivmedizinische Komplexbehandlung

LSG Bayern, Urteil v. 15.02.2019 - L 4 KR 326/17

RID 19-02-114

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

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

Leitsatz: 1. Bei den in den OPS verwendeten Begriffen „**Intensivstation**“ sowie „**Intermediate-Care-Station**“ (ICM-Station) handelt es sich nicht um genau definierte Begriffe, sondern um lediglich nicht-technische Begriffe.

2. Auch aus der **Definition** der IMC-Station durch die Deutsche interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) ergibt sich, dass die Übergänge zwischen der IMC- und der Intensivstation fließend sind.

3. Für die Abrechnung der **intensivmedizinischen Komplexbehandlung** im Sinne des OPS-Kodes 8-980 ist auf den konkreten Einzelfall, insbesondere die organisatorische, apparative und personelle Struktur der jeweiligen IMC-Station abzustellen.

SG München, Urt. v. 27.04.2017 - S 7 KR 1322/13 - verurteilte die Bekl., an die Kl. 38.790,11 € nebst Zinsen zu zahlen, das **LSG** wies die Berufung zurück.

f) Monitoring der hirnvenösen Sauerstoffsättigung

LSG Bayern, Urteil v. 12.12.2018 - L 4 KR 496/17

RID 19-02-115

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

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

Leitsatz: 1. Beim dem INVOS-System handelt es sich um ein **Monitoring der hirnvenösen Sauerstoffsättigung**.

2. „**Monitoring**“ unterscheidet sich von „**Messung**“ dadurch, dass es sich um mehrfache Messungen zum Zweck der systematischen Überwachung zur optimierten Prozesssteuerung handelt.

3. Der **OPS 8-923** (Fassung 2015) schließt ein Monitoring mittels indirekter Messungen nicht aus; eine bestimmte Messmethode ist nicht vorgegeben.

4. Das **Schweigen des OPS** bezüglich der anzuwendenden Messmethode kann nicht dahingehend verstanden werden, dass das INVOS-System ausgeschlossen ist.

5. Zur Fassung des **OPS 8-923 in der Version 2019**.

SG München, Urt. v. 28.06.2017 - S 39 KR 1016/16 - gab der Klage statt, das *LSG* wies die Berufung zurück.

g) Beatmung eines Neugeborenen bzw. Säuglings mit der High-Flow-Nasenbrille

LSG Rheinland-Pfalz, Urteil v. 07.02.2019 - L 5 KR 166/18

RID 19-02-116

Revision anhängig: B 1 KR 11/19 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

Die **Beatmung eines Neugeborenen** bzw. **Säuglings** mit der **High-Flow-Nasenbrille** (HFNC-Methode) stellt keine maschinelle Beatmung im Sinne der Nr. 10011 DKR 2017 dar.

SG Koblenz, Gerichtsb. v. 01.06.2018 - S 12 KR 90/18 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

h) Setzen von Goldmarkern als Operation

LSG Bayern, Urteil v. 15.02.2019 - L 4 KR 739/17

RID 19-02-117

www.sozialgerichtsbarkeit.de

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

Leitsatz: 1. Bei dem Setzen von sog. **Bestrahlungsmarkerseeds** (Goldmarker) handelt es sich um eine Operation.

2. Bei der im OPS 2016 vorgenommenen **Änderung** im OPS 5-509.0 handelt es sich um eine Neuregelung, die nur die Leber betrifft.

3. Die Abrechnung richtet sich auch bei der **Nebenniere** nach dem 5. Kapitel der OPS 2014 (OPS 5-073.x.).

4. Bei der Platzierung von Markerseeds an inneren Organen des menschlichen Körpers fehlt es an jeglicher **Vergleichbarkeit** mit den in dem OPS 8-527 gemeinten und konkret aufgezählten Fixations- und Behandlungshilfen.

SG München, Urt. v. 22.11.2017 - S 39 KR 742/16 - verurteilte die Bekl., an die Kl. 3.861,83 € nebst Zinsen zu bezahlen, das *LSG* wies die Berufung zurück.

i) Kodierung einer Verletzung der Pleura als Nebendiagnose

LSG Rheinland-Pfalz, Urteil v. 07.02.2019 - L 5 KR 165/17

RID 19-02-118

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 **intraoperativ** aufgetretene **Verletzung der Pleura** ist als **Nebendiagnose** zu kodieren; die Verletzung wurde mit einer Naht versorgt und hat sich damit auf das Versorgungsgeschehen ausgewirkt. Entgegen der Einschätzung der Kl. war allerdings nicht der Code T81.2, sondern der Code S27.6 - in Kombination mit dem Code Y69! - zu wählen, da dieser spezieller ist als der nur subsidiär zu verwendende Code T81.2.

SG Mainz, Urt. v. 14.02.2017 - S 14 KR 515/15 - verurteilt die Bekl., an die Kl. 6.656,28 € nebst Zinsen zu zahlen, das *LSG* wies die Klage ab.

j) Hauptdiagnose bei einem „diffus metastasierenden Tumorleiden“

SG Fulda, Urteil v. 12.02.2019 - S 4 KR 21/16

RID 19-02-119

www.sozialgerichtsbarkeit.de

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

Ist eine **Krebserkrankung** so weit fortgeschritten, dass eine Behandlung des ursprünglichen Karzinoms längst beendet ist und der Patient sich nur noch in rein **palliativer Behandlung** befindet, und wird zur Erleichterung der Dyspnoe eine Punktion des Pleuraergusses vorgenommen, dann hat dies mit der Behandlung des Tumors nichts zu tun. Das **Malignom** kann dann nicht Hauptdiagnose sein. Bei einem „diffus metastasierenden Tumorleiden“ endet die Behandlung der Erkrankung nicht erst mit dem Tod des Patienten.

Das *SG* verurteilte die Bekl., an die Kl. 2.918,98 € nebst Zinsen zu zahlen.

k) Intensivmedizinische Versorgung und Beatmungspflichtigkeit

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 14.04.2019 - L 16 KR 562/17

RID 19-02-120

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 **intensivmedizinische Versorgung** der Versicherten i.S. der DKR 1001h Nr. 4 kann verneint werden, wenn sie sich nicht insb. aus der durch die Patientenakte belegten ärztlichen Behandlungsdichte (Visiten etc.) und der Anzahl ärztlicher Anordnungen ergibt. Eine **Beatmungspflichtigkeit** ist nicht ausreichend.

SG Düsseldorf, Urt. v. 11.08.2017 - S 34 KR 478/14 - wies die Klage der Krankenkasse ab, das *LSG* verurteilte die bekl. Krankenhausträgerin, der Kl. 18.603,44 € nebst Zinsen zu zahlen.

4. Aufwandspauschale

a) Einleitung eines Prüfverfahrens vor Rechnungseingang

SG Reutlingen, Urteil v. 13.02.2019 - S 1 KR 3118/17

RID 19-02-121

Berufung zugelassen

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 275 Ic

Leitsatz: Wird von einer Krankenkasse bereits **vor Eingang der Abrechnung** eines Krankenhauses von ihr unter Einschaltung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung eine **Auffälligkeitsprüfung** auf der 3. Stufe der Prüfung von Krankenhausabrechnungen (vgl BSG vom 16.05.2012 - B 3 KR 14/11 R = BSGE 111, 58 = SozR 4-2500 § 109 Nr 24) eingeleitet, die die Richtigkeit der Abrechnung letztendlich bestätigt, besteht ein Anspruch des Krankenhausträgers auf Zahlung der **Aufwandspauschale**.

2. Es widerspricht dem nach den Grundsätzen von Treu und Glauben zwischen Krankenhausträger und Krankenkasse bestehenden Gebot zur gegenseitigen **Rücksichtnahme**, einerseits ein Prüfverfahren vor Rechnungseingang einzuleiten und beim Krankenhausträger durch den MDK Unterlagen anzufordern, andererseits dann aber die Zahlung einer Aufwandspauschale zu verweigern, wenn nach Übersendung der angeforderten Unterlagen die Prüfung die Rechtmäßigkeit der vom Krankenhaus vorgenommenen Abrechnung bestätigt.

3. Das Verhalten der Krankenkasse, in einem solchen Fall die Zahlung der Aufwandspauschale abzulehnen, stellt sich als **rechtsmissbräuchlich** dar.

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

b) Fehlende Begründung zur Überschreitung der voraussichtl. Dauer der Krankenhausbehandlung

SG Reutlingen, Urteil v. 13.02.2019 - S 1 KR 243/18

RID 19-02-122

Berufung zugelassen

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 275 I c, 301

Leitsatz: 1. Ein Krankenhausträger hat keinen Anspruch auf Zahlung einer Aufwandspauschale, wenn er die Einleitung eines Prüfverfahrens auf der 3. Stufe der Prüfung von Krankenhausabrechnungen (vgl BSG vom 16.5.2012 - B 3 KR 14/11 R = BSGE 111, 58 = SozR 4-2500 § 109 Nr 24) dadurch veranlasst, dass er trotz Erinnerung die angeforderte medizinische **Begründung zur Überschreitung** der voraussichtlichen **Dauer der Krankenhausbehandlung** nicht abgibt.

2. Verlangt er gleichwohl die Zahlung einer Aufwandspauschale, steht seinem Anspruch der Grundsatz von **Treu und Glauben** entgegen.

Das *SG* wies die Klage ab.

c) Fehlende Übermittlung einer signifikanten Prozedur

LSG Mecklenburg-Vorpommern, Urteil v. 30.10.2018 - L 6 KR 43/14

RID 19-02-123

juris

SGB V §§ 39, 112 II 1 Nr. 2, 275 I Nr. 1, I c, 301 I 1 Nr. 6

Leitsatz: Fehlt in den gemäß § 301 SGB V übermittelten Daten eine i.S.d. Kodierrichtlinien signifikante **Prozedur**, liegt eine nachweislich **fehlerhafte Abrechnung** vor; eine hierauf eingeleitete Auffälligkeitsprüfung löst auch dann keinen Anspruch des Krankenhauses auf eine **Aufwandspauschale** gemäß § 275 Abs. 1 c SGB V aus, wenn die Prüfung nicht zu einer Rechnungsminderung führt.

SG Schwerin, Urt. v. 30.04.2014 - S 8 KR 245/11 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

d) Sachlich-rechnerische Überprüfung: Keine Rückwirkung bei späterer Rechnungstellung

SG Reutlingen, Urteil v. 13.02.2019 - S 1 KR 3133/17

RID 19-02-124

Berufung zugelassen

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 275 I c

Leitsatz: 1. Anders als bei der Erstattung einer bereits gezahlten Aufwandspauschale finden weder das **Rückwirkungsverbot** noch der **Grundsatz von Treu und Glauben** bei einer erst im Jahr 2017 geltend gemachten **Aufwandspauschale** nach erfolglos gebliebener sachlich-rechnerischer Prüfung einer im Jahr 2013 erfolgten Krankenhausbehandlung Anwendung.

2. Die „neue“ Rechtsprechung des BSG greift nicht nachträglich in **bereits abgewickelte**, der Vergangenheit angehörende **Tatbestände** ein.

3. Es besteht auch kein dahingehender **Vertrauensschutz**, auch im Jahr 2017 noch die Zahlung einer Aufwandspauschale aufgrund einer erfolglos gebliebenen sachlich-rechnerischen Prüfung der im Jahr 2013 erfolgten stationären Krankenhausbehandlung verlangen zu können.

Das *SG* wies die Klage ab.

e) Erstattung bereits geleisteter Aufwandspauschalen

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 13.12.2018 - L 5 KR 738/16

RID 19-02-125

Revision anhängig: B 1 KR 15/19 R

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 275 I c

Es ist der neueren Rspr. des 1. Senats des BSG (z.B. Urt. v. 01.07.2014 - B 1 KR 29/13 R - BSGE 116, 165 = SozR 4-2500 § 301 Nr. 4 Rn. 22 ff.) zu folgen, die § 275 I c 3 SGB V nur bei **Auffälligkeitsprüfungen**, nicht aber in Fällen der Prüfung der **sachlichen und rechnerischen Richtigkeit** angewendet wissen will. Prüfungen der sachlich-rechnerischen Richtigkeit sind auch nicht

etwa deshalb als Auffälligkeitsprüfungen zu behandeln, weil der MDK in den Prüfanzeigen auf § 275 I c SGB V Bezug genommen hat. Diese Überlegungen gelten nicht nur ab Juli 2014, sondern in gleicher Weise auch für die **davor abgewickelten Prüffälle**. Weder aus dem verfassungsrechtlichen Rückwirkungsverbot (Art. 20 III GG) noch unter dem Gesichtspunkt von Treu und Glauben (§ 242 BGB) ergibt sich etwas anderes (a.A. SG Aachen, Urt. v. 04.09.2018 - S 14 KR 94/18 - juris Rn. 42 ff., RID 18-04-70).

Die kl. Krankenkasse begehrt noch die Erstattung von in 71 Krankenhausbehandlungsfällen an die Bekl. gezahlten Aufwandspauschalen. *SG Aachen*, Urt. v. 13.09.2016 - S 13 KR 410/15 - RID 18-04-70 wies die Klage ab, das *LSG* verurteilte den bekl. Krankenhausträger, an die Kl. 21.300 € nebst Zinsen zu zahlen.

f) Unbilligkeit der Rückforderung bei Zahlung bis 2012

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 09.04.2019 - L 11 KR 1359/18

RID 19-02-126

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 275; BGB § 242; GG Art. 20 III

Leitsatz: Bei einer Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit vor 2016 besteht kein Anspruch des Krankenhauses auf Zahlung einer Aufwandspauschale nach § 275 Abs. 1 c Satz 3 SGB V (Anschluss an BSG 01.07.2014, B 1 KR 29/13 R, B 1 KR 1/13 R und B 1 KR 48/12 R). In den Jahren 2009 bis 2012 vorbehaltlos gezahlte Aufwandspauschalen können in derartigen Fällen von den Krankenkassen gleichwohl nicht zurückgefordert werden. Die Rückforderung stellt sich angesichts der zwischen den professionellen Beteiligten damals einvernehmlich praktizierten Verfahrensweise als **unbillig** dar.

SG Reutlingen, Urt. v. 14.03.2018 - S 1 KR 3632/16 - wies die Klage der Krankenkasse auf Erstattung der von ihr 2012 gezahlten Aufwandspauschalen in Höhe von insgesamt 1.800 € ab, das *LSG* die Berufung zurück.

VIII. Beziehungen zu Leistungserbringern und Arzneimittelherstellern

Nach BSG, Urt. v. 28.03.2019 - **B 3 KR 13/17 R** - besteht kein Anspruch auf Aufnahme der SofTec® Genu **Orthese** in die Produktart 23.04.03.3 des **Hilfsmittelverzeichnisses** und kein Anspruch auf Aufnahme in eine neu zu schaffende Produktart. Der bekl. GKV-Spitzenverband hat eine weite Gestaltungsfreiheit hinsichtlich der systematischen Struktur des Hilfsmittelverzeichnisses, die auch Einzelfragen der Systematisierung erfasst. Obwohl § 139 SGB V die Einbeziehung von Indikationen in die Struktur des Hilfsmittelverzeichnisses vorsieht, dürfen dafür auch andere Gesichtspunkte oder materialbezogene Kriterien verwendet werden (z.B. Konstruktionsmerkmale, Anwendungsgebiete nach Körperregionen). Hinsichtlich der verfahrensgegenständlichen Produktarten 23.04.03.2 („Knieführungsothesen mit 4-Punkt-Prinzip und Extensions-/Flexionsbegrenzung“) und 23.04.03.3 („Rahmenorthesen zur Führung und Stabilisierung des Kniegelenks mit Extensions-/Flexionsbegrenzung“) beruht die **Systematik des Hilfsmittelverzeichnisses** auf einer **Kombination aus indikations- und konstruktionsbezogenen Merkmalen**. Das Hilfsmittel der Kl. erfüllt sämtliche Voraussetzungen für die Listung in der Produktart 23.04.03.2. Zugleich mangelt es nach den bindenden Feststellungen des LSG **wegen der fehlenden selbsttragenden Rahmenkonstruktion an einer wesentlichen Voraussetzung für die Zuordnung zur Produktart 23.04.03.3**. Nach den Feststellungen des LSG konnte zudem nicht nachgewiesen werden, dass die Orthese für den Einsatz bei den in der Produktart 23.04.03.3 beispielhaft aufgeführten schwereren Indikationen („schwer oder komplex instabiles Kniegelenk“; „funktionelle prä- oder postoperative Versorgung von Bandrupturen“) geeignet ist. Ein Anspruch auf Schaffung einer neuen Produktart und Aufnahme der Orthese SofTec® Genu in diese scheidet schon deshalb aus, weil das Hilfsmittel systemgerecht in die Produktart 23.04.03.2 eingruppiert werden kann. Nach BSG, Urt. v. 28.03.2019 - **B 3 KR 2/18 R** - erschöpfte sich der Gegenstand des Rechtsstreits hier nicht nur in einer reinen **Anfechtungsklage** gegen den vom LSG allein aufgehobenen **Schiedsspruch** der bekl. Schiedsstelle (= zweite Stufe nach § 130b IV SGB V betreffend die Erstattungsbetrag-Festlegung nach einer Nutzenbewertung). Klagegegenstand war nach dem Klagebegehren und den Entscheidungsgründen des LSG zufolge in erster Linie der dem Schiedsspruch zugrunde liegende **GBA-Beschluss als Normsetzungsakt** (= erste Stufe der Nutzenbewertung, vgl § 35a III 6 i.V.m. § 91 VI SGB V, § 7 IV AMNutzenV). Insofern hätte das LSG aus Gründen des effektiven Rechtsschutzes **auf eine zusätzliche Feststellungsklage hinwirken müssen**, da der Beschluss des GBA mit der bloßen Anfechtungsklage gegen den Schiedsspruch keiner Korrektur unterzogen werden konnte. Das LSG hat überdies schon im Ausgangspunkt der Überprüfung des Nutzenbewertungsbeschlusses einen **unzutreffenden Maßstab gewählt** und diesen seiner Einschätzung, dass dem GBA - auf den Schiedsspruch durchschlagende - Begründungsdefizite anzulasten seien, zugrunde gelegt. Hinsichtlich des GBA-Beschlusses waren insb. die Regelungen in § 5 I 1 AM-NutzenV i.V.m. § 35a I 3 SGB V in den Blick zu nehmen, wonach es **allein dem pharmazeutischen Unternehmer obliegt, in seinem Dossier nach § 4 AM-NutzenV den Zusatznutzen und die Kosten für die GKV nachzuweisen**; diese Nachweispflicht schließt auch Angaben zum Punkt „medizinischer Zusatznutzen im Verhältnis zur zweckmäßigen Vergleichstherapie“ ein. Den **GBA trifft insoweit keine Amtsermittlungspflicht** (vgl § 35a I 3 Nr. 3 und Nr. 5 i.V.m. I 2 SGB V, § 5 I 2, § 4 VIII AM-NutzenV). In solchen Fällen einer Beibringungspflicht des Ast. bestehen gleichermaßen **keine Amtsermittlungspflichten des Gerichts** nach § 103 SGG. Daraus folgt, dass das LSG keine eigenen Erwägungen und Bewertungen zu vermeintlich vom GBA verletzten „Begründungspflichten“ anstellen durfte, die über dasjenige an Beweismitteln hinausgehen, was die Kl. als pharmazeutischer Unternehmer selbst in den Dossiers nach § 4 AM-

NutzenV vorgebracht hatte. Darüber hinaus ist die frühe Bewertung des Zusatznutzens nach § 35a SGB V i.V.m. § 4 VIII 3 AM-NutzenV, der bezüglich der jeweiligen Behandlung nur auf die „direkten Kosten für die GKV über einen bestimmten Zeitraum“ abstellt, von der vergleichenden Kosten-Nutzen-Bewertung nach § 35b SGB V zu trennen. Die Sache war zurückzuverweisen, auch weil der Kl. die Chance eingeräumt werden muss, sich in ihrem Vorbringen auf den vom Senat aufgezeigten Prüfmaßstab einzustellen, gerade wenn das LSG nach § 29 IV Nr. 3 SGG als einzige Tatsacheninstanz entscheidet.

BSG, Urt. v. 18.12.2018 - **B 1 KR 11/18 R** - verwies die Sache zurück. Es kann mangels ausreichender Feststellungen des LSG nicht abschließend darüber entscheiden, ob die Kl. Anspruch auf Neubescheidung ihres Antrags auf Erlass einer Richtlinie zur Erprobung des DiaPat@-CC Tests haben. Der bekl. GBA legte zwar seiner Entscheidung einen zutreffenden **Potenzialbegriff** zugrunde. Eine Methode hat **Potenzial**, wenn sie aufgrund ihres Wirkprinzips und der bisher vorliegenden Erkenntnisse mit der Erwartung verbunden ist, dass sie eine effektivere Behandlung ermöglichen kann. Erforderlich ist ferner, dass die präsenten Erkenntnisse die Konzeption einer einzigen Erprobungsstudie mit grundsätzlich randomisiertem, kontrolliertem Design erlauben, um abschließend die bestehende Evidenzlücke zu füllen. Anders als das LSG meint, genügt es nicht, wenn es für die Klärung der noch offenen Fragen mehrerer **Studien bedarf**. Der Bekl. musste aber bei den Kl. nachfragen, ob sie ihren Antrag noch mit wissenschaftlichen Erkenntnissen dazu untermauern können, wie sie die krankheitsspezifischen Referenzmuster für die Annahme der betroffenen Diagnosen erstellen. Dies ist in der Tatsacheninstanz nachzuholen. Die Kl. haben sich hierzu bereit erklärt. Es kommt in Betracht, dass sich auf dieser Grundlage insgesamt ein hinreichendes Potenzial ergibt.

1. Apotheken

a) Kein Vergütungsanspruch bei fehlendem Vertragsarztstempel auf Verordnung

SG Reutlingen, Urteil v. 13.02.2019 - S 1 KR 1134/18

RID 19-02-127

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 129

Leitsatz: 1. Der **Vertragsarztstempel** auf einer **Arzneimittelverordnung** ist eine zwingende Voraussetzung für eine ordnungsgemäße Belieferung mit Arzneimitteln und damit für den Vergütungsanspruch einer Apotheke.

2. Fehlt der Vertragsarztstempel auf der Verordnung, handelt es sich nicht um einen unbedeutenden, die Arzneimittelsicherheit und Wirtschaftlichkeit der Versorgung nicht wesentlich tangierenden formalen **Fehler**.

3. Zusammen mit der **Unterschrift** auf der Verordnung belegt der Vertragsarztstempel die arzneimittelrechtlich gebotene Übernahme von Verantwortung durch den verordnenden Vertragsarzt.

4. Eine **Heilungsmöglichkeit** besteht für die Apotheke nicht. Das Fehlen des Vertragsarztstempels kann lediglich vom verordnenden Vertragsarzt vor Abgabe des Arzneimittels nachgeholt werden.

Das **SG** wies die Klage gegen eine Retaxation in Höhe von 4.319,25 € ab.

b) Verhängung einer Vertragsstrafe: Falsche Pharmazentralnummer

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 19.03.2019 - L 11 KR 4455/17 ZVW

RID 19-02-128

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 129; BGB § 319

Leitsatz: 1. § 11 des **Rahmenvertrages** über die Arzneimittelversorgung nach § 129 Abs. 2 SGB V i.d.F. vom 01.02.2011 ist als Rechtsgrundlage für die Geltendmachung einer **Vertragsstrafe** gegenüber einer Apothekerin ausreichend bestimmt.

2. Das nach dem Rahmenvertrag erforderliche **Benehmen** mit dem für die Apothekerin zuständigen Mitgliedsverband des Deutschen Apothekerverbandes erschöpft sich nicht in einer bloßen Anhörung, sondern verlangt ein Eingehen auf die Belange der Apothekerseite, die von dem Willen getragen ist, Differenzen nach Möglichkeit auszugleichen. Bemühungen des Landesverbandes der Krankenkassen zur Ausräumung von Differenzen sind allerdings nicht mehr erforderlich, wenn sich der Stellungnahme des Apothekerverbandes entnehmen lässt, dass dieser nicht mehr auf einer nochmaligen Kontaktierung besteht.

3. Wird das bei der Apotheke vorgelegte Rezept mit einer **Pharmazentralnummer** (PZN) bedruckt, die nicht dem abgegebenen Arzneimittel entspricht, und wird dieses Rezept zur Abrechnung bei der Krankenkasse eingereicht, liegt eine gravierende **Pflichtverletzung** der Apothekerin vor, die grundsätzlich mit der Verhängung einer **Vertragsstrafe** geahndet werden kann. Eine bloße Verwarnung ist in einem solchen Fall regelmäßig nicht mehr ausreichend.

4. Beruhen die als grob fahrlässig zu bewertenden Pflichtverletzungen alle auf denselben unzureichenden organisatorischen Vorkehrungen in der Apotheke, ist eine **Staffelung der Vertragsstrafe** nach der Anzahl der eingereichten Verordnungen (Rezepte) nicht angemessen.

5. Ist das Verlangen nach einer Vertragsstrafe deshalb nicht begründet, weil die konkrete Höhe der Vertragsstrafe dem Grundsatz der **Verhältnismäßigkeit** widerspricht, setzt das Gericht die Höhe der Vertragsstrafe analog § 319 BGB nach **billigem Ermessen** fest.

6. Bei einer Festlegung der Vertragsstrafe durch das Gericht stehen der Krankenkasse bzw. ihrem Verband weder **Verzugs-** noch **Prozesszinsen** zu.

Die Beteiligten streiten über die Rechtmäßigkeit einer Vertragsstrafe i.H.v. 6.560 €. *SG Mannheim*, Urt. v. 20.01.2015 - S 9 KR 3065/13 - wies die Klage der Krankenkasse gegen einen Apotheker als unzulässig ab, *LSG Baden-Württemberg*, Urt. v. 20.09.2016 - L 11 KR 674/15 - 16-04-168 wies die Berufung zurück, *BSG*, Urt. v. 29.06.2017 - B 3 KR 16/16 R - BSGE 123, 268 = SozR 4-2500 § 129 Nr. 12 verwies die Sache zur erneuten Verhandlung und Entscheidung zurück, das *LSG* verurteilte den Bekl., an die Kl. 1.000 € zu zahlen und wies die weitergehende Berufung der Kl. zurück.

c) Substitution durch ein rabattbegünstigtes Fertigarzneimittel

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 31.10.2018 - L 11 KR 68/18 B ER

RID 19-02-129

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 130a; SGG § 86b II

Für einen **Anordnungsgrund** darzulegen und glaubhaft zu machen wäre, welche finanziellen Einbußen die Ast. durch die Substitution erleidet oder ihr durch Retaxierungen drohen. Wenn die Ast. zugelassene Arzneimittel anderer als der von ihr bevorzugten Hersteller verwenden muss, wird ihr nur eine **Einkommensoptimierung verwehrt**. Soweit sie angibt, dass die Rabattvertragspartner die Wirkstoffe nicht lieferten/liefern könnten, scheidet eine Eilbedürftigkeit jedenfalls deshalb aus, weil die Ag. erklärt haben, dass sie im Fall von nachgewiesenen Lieferschwierigkeiten nicht retaxieren werde. Die Substitutionspflicht steht in keinem Zusammenhang mit einem Äquivalent eigener Leistung. Ein subjektives öffentliches Recht ist mithin nicht dargetan.

SG Düsseldorf, Beschl. v. 22.12.2017 - S 8 KR 1479/17 ER - lehnte den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das *LSG* wies die Beschwerde der Ast. zurück.

2. Arzneimittelrabattverträge: Kein Schadensersatz bei Lieferausfall

SG München, Urteil v. 10.10.2018 - S 29 KR 1486/15

RID 19-02-130

juris

SGB V §§ 69 I, 129 II, 130a VIII; BGB § 280 I

Die **zivilrechtlichen Schadensersatzvorschriften** der §§ 280 ff. BGB finden im Fall eines rabattvertraglich definierten **Lieferungsausfalls** von vornherein keine Anwendung, sofern im Rabattvertrag selbst bereits spezifische **Sanktionsmechanismen** in Form von Vertragsstrafenregelungen vorgesehen sind.

Das *SG* wies die Klage von elf Krankenkassen ab.

3. Hilfsmittelerbringer

a) Fehlender Anhaltspunkt für Depot in Arztpraxen

SG Hannover, Urteil v. 23.02.2018 - S 2 KR 847/14

RID 19-02-131

juris = MPR 2018, 167

SGB V § 126

Dafür, dass die Hilfsmittelversorgung über ein **Depot** der bekl. Orthopädietechnikerfirma in den **Praxen des Arztes M. in L. oder des N. in K.** erfolgt ist oder dass zwischen den Ärzten und dem Bekl. entsprechende Vereinbarungen bestanden oder Provisionszahlungen oder Vergütungen erfolgten, fehlt jeglicher Anhaltspunkt.

Ein **Verstoß** gegen die Vorschriften des **Rahmenvertrags** führt noch nicht zur Nichtigkeit des Vertragsverhältnisses zwischen Krankenkasse und Leistungserbringer. Der Rahmenvertrag bestimmt auch nicht, dass in Fällen wie dem vorliegenden die komplette Vergütung zurückzuerstatten wäre.

Das *SG* wies die Klage der Krankenkasse auf Rückzahlung von Vergütungen (71.485,08 €) für Hilfsmittel ab.

b) Vergütungsrückzahlung nach einer Prothesenversorgung

LSG Bayern, Urteil v. 11.04.2019 - L 20 KR 362/17

RID 19-02-132

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 69 I 3, 127; BGB §§ 438 I Nr. 3, 651

Voraussetzung sowohl für den Rücktritt von Vertrag nach § 437 Nr. 2 BGB i.V.m. § 323 I BGB als auch für einen Schadensersatzanspruch statt der Leistung nach § 437 Nr. 3 BGB i.V.m. § 281 I 1 BGB ist jeweils, dass der Gläubiger dem Schuldner erfolglos eine angemessene **Frist zur Leistung oder Nacherfüllung** bestimmt hat.

Es ist nicht **unzumutbar**, dem Hilfsmittelerbringer unter Fristsetzung Gelegenheit zur Nacherfüllung zu geben, wenn insb. Unzuverlässigkeit nicht vorliegt und es an einem Beleg für einen erheblichen Mangel der - generellen - fachlichen Kompetenz fehlt.

Die Bekl. ist ein Sanitätshaus, das mit der kl. Krankenkasse einen Vertrag über die Versorgung mit Prothesen für die unteren Extremitäten abgeschlossen hat. Im Rahmen dieses Vertrages versorgte die Bekl. im Januar 2012 einen Versicherten der Kl. mit einer Oberschenkelprothese (als Definitivversorgung) und beglich die Rechnung über 8.869,36 €. Nach einer Begutachtung des MDK im Rahmen einer Evaluation stellte die Kl. eine mangelhafte Versorgung fest und forderte vergeblich die Rückzahlung. Im September 2016 wurde Klage erhoben. *SG Nürnberg*, Ur. v. 16.02.2017 - S 7 KR 521/16 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

4. Heilmittelerbringer: Wegfall einer fachlichen Leiterin

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 29.03.2019 - L 1 KR 211/17

RID 19-02-133

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 124 i.d.F. bis zum 10.04.2017

Der **Wegfall einer fachlichen Leiterin** reicht nach § 124 i.d.F. bis zum 10.04.2017 für das **Erlöschen der Zulassung** nicht aus. Aus der rechtlichen Möglichkeit, eine Praxis für Heilmittel in der Rechtsform einer **GmbH** zu betreiben, ergibt sich, dass die Zulassung zur Leistungserbringung nicht davon abhängig gemacht werden darf, dass eine bestimmte natürliche Person als fachlicher Leiter auftritt, sondern ausreichend ist, dass durchgehend eine oder mehrere Personen beschäftigt werden, welche die Voraussetzungen des § 124 II 1 Nr. 1 SGB V a.F. erfüllen (*LSG Baden-Württemberg*, Beschl. v. 07.10.2010 - L 11 KR 4173/10 ER-B - juris Rn 25, RID 11-01-176).

SG Berlin, Ur. v. 07.03.2017 - S 182 KR 869/15 - wies die Klage ab, das *LSG* hob den angefochtenen Bescheid auf.

IX. Angelegenheiten der Krankenkassen

Nach BSG, Ur. v. 28.05.2019 - **B 1 A 1/18 R** - ist eine **Satzungsregelung** nicht genehmigungsfähig, wenn sie den Anspruch auf **zusätzliche Leistungen** gemäß § 11 VI SGB V an eine **ungekündigte Mitgliedschaft koppelt**. Das Gesetz ermächtigt nicht dazu, zusätzliche Leistungen statusabhängig nur für den Teil der Versicherten vorzusehen, der seine Mitgliedschaft nicht gekündigt hat. Die Ausgestaltung der Leistungen hat vielmehr sachbezogen zu erfolgen. Die Gesetzesmaterialien heben hervor, dass das Gesetz zu Satzungsleistungen ermächtigt, die eine KK zusätzlich zum allgemeinen Leistungsangebot der GKV „allen ihren Versicherten“ gewähren kann. Das Regelungsziel der Satzungsänderungen, „Mitnahmeeffekte“ zu verhindern, die entstehen, wenn Versicherte einmalig gewährte Zusatzleistungen in Anspruch nehmen und anschließend kündigen, verstößt gegen die abschließenden zwingenden gesetzlichen Vorgaben des **Kassenwahlrechts** Versicherter. Die Ausübung von Kündigungsrechten lässt zudem nach dem gesetzlichen Regelungssystem die Leistungsrechte der Versicherten unberührt. Erst ein KK-Wechsel führt zum Erlöschen der Naturalleistungspflicht der früheren KK, nicht jedoch zum Erlöschen bereits entstandener Geldleistungsansprüche. Die Ansprüche auf Kostenerstattung für Zusatzleistungen kraft Satzung entstehen im Zeitpunkt der tatsächlichen Leistungserbringung, nicht erst bei Beantragung der Kostenerstattung. Die Ermächtigung zu Satzungsleistungen bezweckt, den Leistungswettbewerb zwischen den KKn zu stärken, verbietet aber, Druck auf die Versicherten durch Treue- oder Bleibeprämien zu erzeugen.

Nach BSG, Ur. v. 18.12.2018 - **B 1 KR 31/17 R** - hat ein Versicherter Anspruch auf Unterlassung der **Speicherung** eines künftig übersandten **Lichtbildes** nach Übermittlung der hiermit erstellten **elektronischen Gesundheitskarte**. Es fehlt eine Ermächtigungsgrundlage, um das Lichtbild länger zu speichern. Das Gesetz erlaubt die Speicherung von Sozialdaten wie dem Lichtbild nur so lange, wie dies für die Ausstellung der elektronischen Gesundheitskarte erforderlich ist. Die dauerhafte Speicherung ist für die Ausstellung der elektronischen Gesundheitskarte nicht erforderlich.

1. Haftung des Verwaltungsratsvorsitzenden des MDK

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 19.03.2019 - L 16 KR 61/16

RID 19-02-134

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 24/19 B
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 279; SGB IV § 42

Leitsatz: Ehrenamtlich tätige **Verwaltungsratsvorsitzende** des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung haben gemäß §§ 279 Abs. 6 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) i.V.m. § 42 Abs. 2 Sozialgesetzbuch Viertes Buch (SGB IV) den Schaden zu ersetzen, der durch grob fahrlässige Verletzung der ihnen obliegenden Pflichten entstanden ist.

SG Braunschweig, Urt. v. 27.11.2015 - S 6 KR 78/10 - verurteilte den Bekl. zu 2, an den kl. MDK insgesamt 118.500,25 € zzgl. Zinsen zu zahlen. Das *LSG* wies im Wesentlichen die Berufung zurück.

2. Arbeitsgemeinschaft von Krankenkassen: Erteilung von Auskünften

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 21.02.2018 - L 11 KR 779/12 KL

RID 19-02-135

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 A 1/19 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 219; SGB X § 94 IA

Nach § 94 II 1 SGB X unterliegen **Arbeitsgemeinschaften** staatlicher **Aufsicht**, die sich auf die Beachtung von Gesetz und sonstigem Recht erstreckt, das für die Arbeitsgemeinschaften, die Leistungsträger und ihre Verbände maßgebend ist. Aufgrund des Aufsichtsrechts des BVA hat die Arbeitsgemeinschaft **Auskünfte zu erteilen** und **Unterlagen vorzulegen**. Die Vorlage- und Auskunftspflicht ist auch nicht durch die Vorstand und Aufsichtsrat einer in Form einer **Aktiengesellschaft** betriebenen Arbeitsgemeinschaft (hier: Zusammenschluss von Krankenkassen und einer ihrer Verbände mit der Zweckbestimmung, für die Aktionäre die Durchführung der Disease-Management-Programme zu übernehmen) nach §§ 93, 116 AktG obliegende **Verschwiegenheitspflicht** ausgeschlossen oder eingeschränkt.

Das *LSG* wies die Klage ab.

3. Rückstellungen wegen Haftungsrisiko bei Schließung anderer Betriebskrankenkassen

LSG Bayern, Urteil v. 15.01.2019 - L 5 KR 630/17 KL

RID 19-02-136

Revision anhängig: B 1 A 2/19 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB IV §§ 77, 78, 89; SGB V § 155 IV 4; HGB § 252 I Nr. 4

Die **Aufsichtsbehörde** darf eine Krankenkasse anweisen, **Verpflichtungsbuchungen** auszubuchen, die tatsächlich vorhandenes positives Vermögen nicht als solches ausweisen, wenn sich das Buchungsverhalten auf keine Rechtsgrundlage stützen kann. Eine Betriebskrankenkasse darf nicht **Rückstellungen** für individuelle Schätzverpflichtungen wegen des **Haftungsrisikos** bei **Schließung** anderer für Betriebsfremde geöffnete **Betriebskrankenkassen** bilden.

Streitig ist die aufsichtsrechtliche Verpflichtung, in der Jahresrechnung 2016 vorgenommene Schätzverpflichtungen wegen Haftungsrisikos für Schließungskosten gefährdeter Betriebskrankenkassen auszubuchen. Das *LSG* wies die Klage einer bundesweiten Krankenkasse ab.

X. Bundessozialgericht (BSG)

1. Genehmigungsfiktion

a) Geltung der 3-Wochenfrist: Fehlende Unterrichtung über MDK-Stellungnahme

BSG, Urteil v. 06.11.2018 - B 1 KR 21/17 R

RID 19-02-137

juris

Die Verletzung der Pflicht der Krankenkasse nach § 13 IIIa 2 SGB V, den Versicherten darüber zu unterrichten, dass sie eine gutachtliche Stellungnahme einholt, führt zur **Geltung der 3-Wochenfrist** des § 13 IIIa 1 Fall 1 SGB V. Erforderlich ist, dass die Krankenkasse den Berechtigten innerhalb der

drei Wochen nach Antragseingang darüber **informiert**, dass sie eine Stellungnahme des MDK einholen will. Maßgeblich ist - wie im Falle der Entscheidung durch einen bekanntzugebenden Verwaltungsakt - der **Zeitpunkt der Bekanntgabe** gegenüber dem Versicherten, nicht jener der behördeninternen Entscheidung über die Information.

b) Bekanntgabe der Entscheidung innerhalb der Frist erforderlich

BSG, Urteil v. 26.02.2019 - B 1 KR 20/18 R

RID 19-02-138

juris

Für den **Eintritt der Genehmigungsfiktion** ist die **Bekanntgabe** der Entscheidung der Krankenkasse innerhalb der Frist maßgeblich.

c) Erforderlichkeit: Liposuktion nicht offensichtlich außerhalb des Leistungskataloges

BSG, Urteil v. 26.02.2019 - B 1 KR 33/17 R

RID 19-02-139

juris

Eine **Liposuktion** liegt für den Versicherten nicht erkennbar offensichtlich außerhalb des **Leistungskataloges** der gesetzlichen Krankenversicherung, so dass Raum für eine Genehmigungsfiktion (§ 13 IIIa SGB V) ist.

d) Selbstbeschaffung der Leistung im Ausland

BSG, Urteil v. 11.09.2018 - B 1 KR 1/18 R

RID 19-02-140

BSGE = SozR 4-2500 § 13 Nr. 42 = ZMGR 2018, 316 = KrV 2018, 243 = KHE 2018/60 = NZS 2019, 257

Leitsatz: Ein Versicherter hat gegen seine Krankenkasse, die eine **fiktiv genehmigte Krankenbehandlung** rechtswidrig ablehnt, Anspruch auf Erstattung der Kosten, die ihm aufgrund privater **Selbstbeschaffung im Ausland** entstehen.

e) Voraussetzungen der Zurücknahme einer fiktiven Genehmigung

BSG, Urteil v. 26.02.2019 - B 1 KR 18/18 R

RID 19-02-141

juris

SGB V § 13 IIIa; VwVfG § 42a

Es widerspräche der Regelung des § 45 I SGB X, für die **Rücknahme** einer nach § 13 IIIa SGB V **fingierten Genehmigung** nicht auf deren Voraussetzungen abzustellen, sondern auf die Voraussetzungen des mit dem ursprünglichen Leistungsantrag Begehrten. Es fehlt jeder Grund, eine Durchbrechung der Regelung des § 45 I SGB X aus einer entsprechenden Anwendung des § 42a I 2 VwVfG abzuleiten.

2. Beziehungen zu Krankenhäusern

a) Krankenhauseinweisung für stationäre Behandlung

BSG, Urteil v. 19.06.2018 - B 1 KR 26/17 R

RID 19-02-142

BSGE = SozR 4-2500 § 39 Nr. 30 = GesR 2018, 738 = Sozialrecht aktuell 2018, 225 = KRS 2018, 428 = KHE 2018/43

Leitsatz: 1. Versicherte haben auch ohne vertragsärztliche **Verordnung** (Krankenhauseinweisung) Anspruch auf erforderliche **Krankenhausbehandlung**.

2. Der Anspruch zugelassener Krankenhäuser auf **Vergütung** erforderlicher, wirtschaftlicher Krankenhausbehandlung Versicherter besteht auch dann, wenn **keine Krankenhauseinweisung** erfolgt ist.

b) Vergütung und Versorgungsauftrag (Chirurgie und Knie-TEP)

BSG, Urteil v. 19.06.2018 - B 1 KR 32/17 R

RID 19-02-143

BSGE = SozR 4-2500 § 108 Nr. 5 = GesR 2018, 742 = KRS 2019, 18 = KHE 2018/48

Leitsatz: 1. Ein Plankrankenhaus hat Anspruch auf Vergütung für die Behandlung eines gesetzlich Krankenversicherten nur für Leistungen im Rahmen seines **Versorgungsauftrags**, wenn keine Notfallbehandlung erfolgt.

2. Der Versorgungsauftrag eines Plankrankenhauses ergibt sich aus regelmäßig **nicht revisiblem Landesrecht**, nämlich den Festlegungen des Krankenhausplans in Verbindung mit den Bescheiden zu seiner Durchführung sowie ergänzenden Vereinbarungen.

3. Arzneimittelhersteller

a) Festbetragsfestsetzung: Beiladung/Klagebefugnis/Wettbewerbsverzerrung

BSG, Urteil v. 03.05.2018 - B 3 KR 9/16 R

RID 19-02-144

SozR 4-2500 § 35 Nr. 8

Leitsatz: 1. Zu einem Klageverfahren, das sich gegen die **Festsetzung eines Festbetrags** durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen richtet, ist der Gemeinsame Bundesausschuss nicht notwendig **beizuladen**, wenn an der Rechtmäßigkeit der von diesem durchzuführenden ersten Stufe des Festbetragsfestsetzungsverfahrens (Gruppenbildung und Ermittlung der Vergleichsgrößen) keine Zweifel bestehen.

2. **Pharmazeutischen Unternehmen** steht die **Klagebefugnis** gegen eine Festbetragsfestsetzung grundsätzlich im Hinblick auf das ihnen gesetzlich eingeräumte Recht zur Stellungnahme sowie ihr Recht auf gleiche Teilhabe an einem fairen Wettbewerb zu (Fortführung von BSG vom 01.03.2011 - B 1 KR 7/10 R - BSGE 107, 261 = SozR 4-2500 § 35 Nr. 5 und BSG vom 24.11.2004 - B 3 KR 23/04 R - BSGE 94, 1 = SozR 4-2500 § 35 Nr. 3).

3. Eine mit der Herabsetzung des Festbetrags auf der zweiten Stufe des Verfahrens 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 die Anbieter deshalb so weit vom Markt zurückziehen, dass dadurch eine Einschränkung des Preiswettbewerbs zu befürchten ist.

Parallelverfahren:

BSG, Urteil v. 03.05.2018 - B 3 KR 10/17 R

RID 19-02-145

juris

b) Mischpreisbildung bei unterschiedlich nutzenbewerteten Patientengruppen

BSG, Urteil v. 04.07.2018 - B 3 KR 21/17 R

RID 19-02-146

SozR 4-2500 § 130b Nr. 2

Leitsatz: 1. Zur Rechtmäßigkeit der sog. **Mischpreisbildung** sowie zur Irrelevanz der Kosten einer zweckmäßigen Vergleichstherapie als **Obergrenze** für den von den Krankenkassen zu zahlenden Erstattungsbetrag für Arzneimittel mit neuen Wirkstoffen und anerkanntem Zusatznutzen nur für Patiententeilgruppen (Übereinstimmung mit BSG vom 04.07.2018 - B 3 KR 20/17 R - SozR 4-2500 § 130b Nr. 1).

2. Der **Schiedsspruch** einer Schiedsstelle zur Festlegung des von den Krankenkassen zu zahlenden Erstattungsbetrags für Arzneimittel mit neuen Wirkstoffen und Teil-Zusatznutzen muss die Gründe für die Entscheidung (nur) wenigstens andeutungsweise erkennen lassen (Anschluss an BSG vom 13.08.2014 - B 6 KA 6/14 R - BSGE 116, 280 = SozR 4-2500 § 87a Nr. 2).

3. **Verfahrensrügen** der Beteiligten wegen der Ermöglichung weiteren tatsächlichen und rechtlichen Vorbringens sind dem Vorsitzenden der Schiedsstelle grundsätzlich spätestens bis zur abschließenden Beratung mitzuteilen und im Sitzungsprotokoll zu dokumentieren.

c) Mischpreisbildung für Arzneimittel (Wirkstoff: Albiglutid)

BSG, Urteil v. 04.07.2018 - B 3 KR 20/17 R

RID 19-02-147

BSGE = SozR 4-2500 § 130b Nr. 1 = PharmR 2018, 602 = A&R 2018, 278 = SGB 2019, 165

Leitsatz: 1. Erkennt der **Gemeinsame Bundesausschuss (GBA)** bei der **frühen Nutzenbewertung** eines erstattungsfähigen Arzneimittels mit neuen Wirkstoffen einen Zusatznutzen nur für einzelne **Patiententeilgruppen** an, steht die Festlegung eines einheitlich für alle Patientengruppen geltenden Erstattungsbetrags (**sog. Mischpreis**) in Einklang mit geltendem Recht.

2. Für Arzneimittel mit neuen Wirkstoffen, für die der GBA in einem Beschluss zur frühen Nutzenbewertung einen Zusatznutzen für mindestens eine Teilgruppe der Patienten bejaht hat, gilt bei der Festlegung des Erstattungsbetrags nicht die **Obergrenze** der für eine zweckmäßige Vergleichstherapie anfallenden Kosten.

3. Die **monetäre Bewertung** eines anerkannten Zusatznutzens ist grundsätzlich nicht durch eine bestimmte Relation zu den Kosten der zweckmäßigen Vergleichstherapie vorgegeben.

4. Die **Schiedsstelle** zur Festlegung der Erstattungsbeträge für Arzneimittel mit neuen Wirkstoffen ist in ihrer Prognose, dass die Vertragsärzte ein Arzneimittel in einem bestimmten Umfang überproportional häufig Patienten verordnen werden, die einer Gruppe mit festgestelltem Zusatznutzen zuzuordnen sind, nicht durch die Einschätzung des GBA zum Patientenaufkommen gebunden.

4. Speicherung eines Lichtbilds nur bis zur Herstellung der elektronischen Gesundheitskarte

BSG, Urteil v. 18.12.2018 - B 1 KR 31/17 R

RID 19-02-148

PaPfleReQ 2019, 35

Eine Krankenkasse ist nicht berechtigt, ein eingereichtes **Lichtbild** länger als zur Herstellung der elektronischen Gesundheitskarte erforderlich zu **speichern**.

5. Keine weitere Beschwerde zur Rechtswegzuweisung

BSG, Beschluss v. 06.03.2019 - B 3 SF 1/18 R

RID 19-02-149

juris

Die **weitere Beschwerde** an das **BSG** ist nach § 177 SGG **ausgeschlossen**. Das von der Ast. eingelegte Rechtsmittel ist auch nicht wegen seiner Zulassung durch das LSG nach § 17a IV 4 GVG statthaft. Die Bindungswirkung des BSG als oberster Gerichtshof des Bundes nach § 17a IV 6 GVG ist nicht eingetreten. Der Senat hat in seiner Rechtsprechung für den im vorläufigen Rechtsschutzverfahren - wie hier - entstandenen Zwischenstreit über den Rechtsweg nach § 17a GVG die Statthaftigkeit der weiteren Beschwerde an das BSG zur Klärung des Rechtswegs ausgeschlossen und hält an dieser Rechtsprechung fest (vgl. BSG, Beschl. v. 24.01.2008 - B 3 SF 1/08 R - SozR 4-1720 § 17a Nr. 4).

Unterlässt das LSG verfahrensfehlerhaft eine **Rechtswegzuweisung** an das Gericht des zulässigen Rechtswegs, so kann das BSG zur Vermeidung weiterer Verzögerungen die Rechtswegzuweisung selbst treffen.

Die Ast. und Bf., ein Unternehmen, beehrte 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, **LSG Thüringen**, Beschl. v. 17.08.2018 - L 6 KR 708/18 B ER - RID 18-04-72 hob den Beschluss insoweit auf, als eine Verweisung des Rechtsstreits an das OLG Düsseldorf erfolgt ist, und wies im Übrigen die Beschwerde zurück, das **BSG** verwies den Rechtsstreit an das OLG Düsseldorf - Vergabesenat - und verwarf im Übrigen die weitere Beschwerde der Ast. als unzulässig.

C. ENTSCHEIDUNGEN ANDERER GERICHTE

I. Ärztliches Berufsrecht

1. Widerruf/Ruhen/Wiedererteilung der Approbation/Berufserlaubnis

a) Aufhebung der Ruhensanordnung: Zweifel an Ungeeignetheit unzureichend

VG Regensburg, Beschluss v. 05.02.2019 - RN 5 E 18.1899

RID 19-02-150

juris

BÄO § 6 II; VwGO § 123

§ 6 II BÄO räumt dem von einer Ruhensanordnung Betroffenen einen **Rechtsanspruch** auf deren **Aufhebung** ein, wenn seine **gesundheitliche Eignung** zur Ausübung des ärztlichen Berufs wieder hergestellt ist (vgl. VG München, Urt. v. 26.9.2017 - M 16 K 16.4035 - RID 17-04-165). Es genügt nicht, dass **Zweifel** an der festgestellten **Ungeeignetheit** zur Ausübung des ärztlichen Berufs bestehen, sondern vielmehr dürfen keine Zweifel mehr an der Geeignetheit zur Ausübung des ärztlichen Berufs vorliegen.

b) Widerruf einer Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des ärztlichen Berufs

VG Hannover, Beschluss v. 08.04.2019 - 5 B 7642/18

RID 19-02-151

juris

BÄO § 10; VwVfG § 49

Leitsatz: Der **Widerruf** einer einem georgischen Staatsbürger erteilten **Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des ärztlichen Berufs** nach § 10 Bundesärzteordnung (BÄO) wird sich nach summarischer Prüfung im Hauptsacheverfahren voraussichtlich als rechtmäßig erweisen, weil der Antragsteller nicht den **Nachweis** erbracht hat, dass er in Georgien seine **Ausbildung** für den ärztlichen Beruf **abgeschlossen** hat.

2. Zweifel an der gesundheitlichen Eignung zur Ausübung des Arztberufs

OVG Niedersachsen, Beschluss v. 13.03.2019 - 8 ME 18/19

RID 19-02-152

juris

BÄO § 6 I Nr. 3; GG Art. 20; VwGO § 44a; VwVfG § 37 I

Leitsatz: 1. Eine Erweiterung des Anwendungsbereichs der Ausnahmebestimmung in § 44a Satz 2 VwGO im Wege verfassungskonformer Auslegung ist im Falle einer noch nicht erledigten **Anordnung der ärztlichen Untersuchung** nach § 6 Abs. 1 Nr. 3 BÄO geboten, die möglicherweise eine psychiatrische Exploration zum Inhalt hat.

2. Zur Frage des Vorliegens eines **Zweifels an der gesundheitlichen Eignung** zur Ausübung des Arztberufs bei plausiblen tatsächlichen Anhaltspunkten für einen **Betäubungsmittelmissbrauch**.

3. Die formalen Anforderungen an die beamtenrechtliche Weisung, sich bei Zweifeln über die Dienstunfähigkeit ärztlich untersuchen zu lassen, sind auf die **Untersuchungsanordnung** gemäß § 6 Abs. 1 Nr. 3 BÄO nicht zu übertragen. Diese muss jedoch den Mindestanforderungen an ihren Inhalt genügen, die sich aus dem rechtsstaatlichen Grundsatz der Bestimmtheit staatlicher Maßnahmen ergeben.

3. Berufspflichten

a) Verletzung des Distanzgebots durch Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie

OVG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 28.02.2019 - OVG 90 H 2.18

RID 19-02-153

juris

ÄKammG Berlin § 17 I Nr. 4

Leitsatz: Ein **Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie**, der Patientinnen ohne medizinische Indikation **körperlich berührt**, verstößt gegen das Distanzgebot und verletzt damit seine Berufspflicht zur gewissenhaften Berufsausübung.

b) Pflicht zur Abrechnung (nur) „angemessener“ Honorarforderungen

VG Berlin, Urteil v. 12.02.2019 - 90 K 4.18 T

RID 19-02-154

juris

ÄKammerG Berlin §§ 17, 24

Leitsatz: Ein Arzt verstößt gegen seine in § 12 Abs. 1 BO bestimmte **Pflicht zur Abrechnung (nur) „angemessener“ Honorarforderungen**, wenn er in seinen Rechnungen bewusst Leistungsziffern nach dem Gebührenverzeichnis zur Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) verwendet, die auf die von ihm erbrachten Leistungen nicht zutreffen.

Ein **schwer wiegender Verstoß** liegt vor, wenn der Arzt die Leistungsziffern nach dem Gebührenverzeichnis zur GOÄ für Leistungen ansetzt, die er **nicht erbracht** hat oder die nach der GOÄ **nicht abrechnungsfähig** sind.

Ein **leichter wiegender Verstoß** liegt vor, wenn der Arzt die Leistungsziffern nach dem Gebührenverzeichnis zur GOÄ gemäß § 6 Abs. 2 GOÄ analog abrechnen könnte, aber nicht die gemäß § 12 Abs. 4 GOÄ vorgeschriebenen Angaben in der Rechnung aufnimmt.

c) Betrügerisches Abrechnungsverhalten kann berufsrechtliche Ahndung erfordern

OVG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 13.03.2019 - 6t E 757/18.T

RID 19-02-155

juris

HeilBerG NRW § 29 I

Bei der Beurteilung der Frage, ob neben der grundsätzlich ausreichenden strafrechtlichen Sanktion eine **berufsrechtliche Ahndung** erforderlich ist, sind alle Umstände des jeweiligen Einzelfalls in den Blick zu nehmen. Hierzu gehören auch, aber nicht nur, die von dem Berufsgericht herangezogenen Aspekte: die Schwere der Tat, die Einsicht des Beschuldigten in sein Fehlverhalten, sein Verhalten in der Zwischenzeit und die sich daraus ergebende Prognose hinsichtlich seines künftigen berufsrechtmäßigen Verhaltens, und schließlich das Erfordernis, einer etwaigen Minderung des Ansehens der Ärzteschaft entgegenzuwirken oder verlorenes Vertrauen der Öffentlichkeit in die Ärzteschaft wiederherzustellen. Des Weiteren ist aber auch zu berücksichtigen, inwieweit die Tat den Kernbereich der Berufstätigkeit betraf und ob eine Ahndung aus generalpräventiven Erwägungen erforderlich ist.

Für eine weitere berufsrechtliche Ahndung sprechen der **lange Zeitraum** (hier: Juli 2005 bis Mai 2010) eines **betrügerischen Abrechnungsverhaltens**, die erhebliche Höhe des hierbei entstandenen **Schadens** (hier: 79.765,52 €) sowie der Umstand, dass sich das Fehlverhalten wenn auch nicht auf den Kernbereich der ärztlichen Tätigkeit im engeren Sinn, so doch auf deren wirtschaftlichen **Komplementärbereich** bezieht. Die betrügerische Abrechnung ärztlicher Leistungen - hier in gravierendem Umfang - beeinträchtigt nachhaltig die für die ärztliche Tätigkeit unverzichtbare Vertrauensbasis und lässt negative Auswirkungen auf das Ansehen der Ärzteschaft insgesamt befürchten.

4. Verbot irreführender Werbung: HNO-Arzt nicht als „Plastischer & Ästhetischer Chirurg“

OVG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 29.01.2019 - OVG 90 H 3.18

RID 19-02-156

juris

ÄKammerG Berlin §§ 17 I Nr. 3, 29a V, 30 II 1

Leitsatz: Ein **Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde**, der die Zusatzweiterbildung „Plastische Operationen“ absolviert hat, verstößt gegen das Verbot irreführender Werbung, wenn er auf der Internetplattform „jameda“ die Facharztbezeichnung „Plastischer & Ästhetischer Chirurg“ führt.

5. Kooperationsvereinbarung zwischen Arzt und Apotheke

VG Chemnitz, Urteil v. 16.04.2019 - 4 K 772/15

RID 19-02-157

juris

ApoG §§ 11 I, 12; SGB VIII § 132d

Leitsatz: 1. Das Recht der **freien Apothekenwahl** darf durch eine **Kooperationsvereinbarung** zwischen dem Arzt und einer Apotheke auch im Rahmen der spezialisierten ambulanten **Palliativversorgung** grundsätzlich nicht eingeschränkt werden.

2. Entsprechende **Verträge** und Absprachen sind gemäß § 12 ApoG i. S. v. § 134 BGB **nichtig**.

6. Ausschluss eines Arztes von der Erstattungspflicht einer öffentlich-rechtlichen Sozialeinrichtung

OLG Köln, Beschluss v. 07.06.2018 - 5 U 145/17

RID 19-02-158

Revision anhängig: BGB - VI ZR 398/18

juris

BGB §§ 823, 1004

Leitsatz: **Schließt** eine öffentlich-rechtliche Sozialeinrichtung, die ihren Mitgliedern Leistungen in Krankheitsfällen gewährt, entsprechend ihrer Satzung einen **bestimmten Arzt** generell von der Erstattungspflicht **aus**, weil dieser gehäuft nicht indizierte Diagnostik und Behandlungen abgerechnet hat, so scheidet ein entsprechender Unterlassungsanspruch des Arztes regelmäßig jedenfalls an der fehlenden Rechtswidrigkeit des Ausschlusses. Ob sich dieser überhaupt als Eingriff in einen eingerichteten und ausgeübten Gewerbebetrieb darstellt, lässt der Senat offen.

OLG Köln, Beschl. v. 30.08.2018 - juris wies die Berufung zurück.

7. Erlaubnisfreie Führung einer Gewebebank

BVerwG, Urteil v. 24.01.2019 - 3 C 5/17

RID 19-02-159

juris = PaPfleReQ 2019, 39

AMG § 20d

Leitsatz: Die **Ausnahme** von der **Erlaubnispflicht** nach § 20d Satz 1 AMG gilt nur für Ärzte, die das Gewebe oder die Gewebesubereitung **persönlich** bei ihren Patienten anwenden und alle hierfür erforderlichen, an sich erlaubnispflichtigen Tätigkeiten selbst fachlich verantworten und nicht auf externe Stellen übertragen.

8. Zuständigkeiten nach dem Infektionsschutzgesetz

VG Düsseldorf, Gerichtsbescheid v. 05.02.2019 - 23 K 13769/17

RID 19-02-160

juris

VwVfG § 35 S. 1; IfSG § 16 VI

Rechtsgrundlage für eine **Untersagung medizinischer Tätigkeiten aus infektionshygienischen Gründen** ist § 16 I 1 IfSG. Danach trifft die zuständige Behörde die notwendigen Maßnahmen zur Abwendung der dem Einzelnen oder der Allgemeinheit drohenden Gefahren, wenn Tatsachen festgestellt werden oder anzunehmen ist, dass Tatsachen vorliegen, die zum Auftreten einer übertragbaren Krankheit führen können. Die notwendigen Maßnahmen werden gemäß § 16 VI 1 IfSG

auf Vorschlag des Gesundheitsamts von der zuständigen Behörde erlassen. **Zuständige Behörde** ist nach § 2 I Verordnung zur Regelung der Zuständigkeiten nach dem Infektionsschutzgesetz (ZVO-IfSG) die örtliche Ordnungsbehörde. Dies ist vorliegend gemäß § 3 Abs. 1 OBG NRW die Gemeinde C., mithin nicht der Bekl. (Kreisgesundheitsamt).

II. Arzthaftung

1. Bundesgerichtshof (BGH)

a) Sekundäre Darlegungslast bei Hygieneverstoß

BGH, Urteil v. 19.02.2019 - VI ZR 505/17

RID 19-02-161

juris
BGB § 823; ZPO § 138

Leitsatz: Im Arzthaftungsprozess wird die erweiterte - **sekundäre** - **Darlegungslast** der **Behandlungsseite** ausgelöst, wenn die primäre Darlegung des Konfliktstoffs durch den Patienten den insoweit geltenden maßvollen Anforderungen genügt und die Vermutung eines fehlerhaften Verhaltens der Behandlungsseite aufgrund der Folgen für ihn gestattet, während es dieser möglich und zumutbar ist, den Sachverhalt näher aufzuklären. Letzteres wird bei der Behauptung eines **Hygieneverstoßes** regelmäßig der Fall sein (Fortführung Senatsbeschluss vom 16. August 2016 - VI ZR 634/15, NJW-RR 2016, 1360 Rn. 14).

b) Risikoaufklärung über Komplikationen einer Knieprothesen-Operation/Häufigkeitsdefinitionen

BGH, Urteil v. 29.01.2019 - VI ZR 117/18

RID 19-02-162

juris
BGB § 630e

Leitsatz: **Wahrscheinlichkeitsangaben** im Rahmen der Selbstbestimmungsaufklärung vor einer ärztlichen Behandlung haben sich grundsätzlich nicht an den in Beipackzetteln für Medikamente verwendeten Häufigkeitsdefinitionen des Medical Dictionary for Regulatory Activities zu orientieren. Dies gilt auch, wenn die Wahrscheinlichkeitsangaben in einem (schriftlichen) Aufklärungsbogen enthalten sind.

OLG Frankfurt a. M., Ur. v. 20.02.2018 - 8 U 78/16 - RID 18-02-258 wies die Berufung des Kl. zurück, der *BGH* verwarf, soweit die Klage auf Behandlungsfehler gestützt wird, als unzulässig und wies im Übrigen die Revision zurück.

c) Aufklärungsgespräch mit Lebendorganspender

BGH, Urteil v. 29.01.2019 - VI ZR 495/16

RID 19-02-163

juris
TPG § 8; BGB § 823

Leitsatz: 1. Bei den Vorgaben des § 8 Abs. 2 Satz 3 (Anwesenheit eines neutralen Arztes beim Aufklärungsgespräch) und Satz 4 (Erfordernis einer zu unterzeichnenden Aufklärungsniederschrift) des Transplantationsgesetzes (TPG) handelt es sich um die **Aufklärungspflicht** des Arztes begleitende **Form- und Verfahrensvorschriften**. Der Verstoß hiergegen führt nicht zur Unwirksamkeit der **Einwilligung** des Lebendorganspenders in die Organentnahme und zu deren Rechtswidrigkeit, sondern zu einer **Beweisskepsis** gegenüber der Behauptung einer ordnungsgemäßen Aufklärung.

2. Der Einwand, der unter Verstoß gegen § 8 Abs. 2 Satz 1 und 2 TPG inhaltlich nicht ordnungsgemäß aufgeklärte Lebendorganspender wäre auch im Falle ordnungsgemäßer Aufklärung mit der Organentnahme einverstanden gewesen (**Einwand des rechtmäßigen Alternativverhaltens**), ist nicht beachtlich, weil dies dem Schutzzweck der gesteigerten Aufklärungsanforderungen des § 8 TPG widerspräche.

Parallelverfahren:

BGH, Urteil v. 29.01.2019 - VI ZR 318/17
juris

RID 19-02-164

d) Schmerzensgeldanspruch des Erben bei lebens- und leidensverlängernden Maßnahmen

BGH, Urteil v. 02.04.2019 - VI ZR 13/18
juris
BGB §§ 249, 253

RID 19-02-165

Leitsatz: 1. Das **menschliche Leben** ist ein höchstrangiges Rechtsgut und absolut erhaltungswürdig. Das Urteil über seinen Wert steht keinem Dritten zu. Deshalb verbietet es sich, das Leben - auch ein leidensbehaftetes Weiterleben - als **Schaden** anzusehen. Aus dem durch lebenserhaltende Maßnahmen ermöglichten Weiterleben eines Patienten lässt sich daher ein Anspruch auf Zahlung von Schmerzensgeld nicht herleiten.

2. **Schutzzweck** etwaiger Aufklärungs- und Behandlungspflichten im Zusammenhang mit **lebenserhaltenden Maßnahmen** ist es nicht, wirtschaftliche Belastungen, die mit dem Weiterleben und den dem Leben anhaftenden krankheitsbedingten Leiden verbunden sind, zu verhindern. Insbesondere dienen diese Pflichten nicht dazu, den Erben das Vermögen des Patienten möglichst ungeschmälert zu erhalten.

2. Behandlungsfehler

a) Leitlinie und fachärztlicher Standard/Entscheidungskonflikt bei verstorbenem Patienten

OLG Köln, Urteil v. 15.10.2018 - 5 U 76/16
juris
BGB §§ 280, 611, 823

RID 19-02-166

Leitsatz: 1. Dass eine **Leitlinie** eine bestimmte medizinische Vorgehensweise (hier **Verschluss eines Trokarzugangs** durch Fasziennaht) empfiehlt, bedeutet nicht, dass es sich dabei auch um die Abbildung des zum Behandlungszeitpunkt gültigen **fachärztlichen Standards** handelt. Dies gilt insbesondere, wenn sich die Empfehlung bei einem erheblichen Teil der betroffenen Medizinerkreise nicht durchgesetzt hat.

2. Kann ein Patient zur Frage, ob er bei zutreffender Aufklärung in einen **Entscheidungskonflikt** geraten wäre, wegen seines **Versterbens** nicht mehr persönlich gehört werden, ist aufgrund einer umfassenden Würdigung aller Einzelfallumstände festzustellen, ob der Patient aus nachvollziehbaren Gründen in einen ernsthaften Entscheidungskonflikt geraten sein könnte (vergleiche BGH, Urteil vom 17. April 2007, VI ZR 108/06). Davon ist nicht auszugehen, wenn angesichts einer akuten Blinddarmentzündung weder das Unterlassen der Blinddarmentfernung ernstlich in Betracht gekommen wäre noch Umstände dafür sprechen, dass der Patient die wesentlich stärker einschneidende offene Operation bevorzugt hätte.

b) Überwachung einer Ärztin in Weiterbildung aus angrenzendem Monitorraum

OLG Köln, Urteil v. 09.01.2019 - 5 U 25/18
juris
BGB §§ 253 II, 280, 630a, 823 I, 831 I

RID 19-02-167

Leitsatz: Die **Überwachung einer Ärztin in Weiterbildung** bei der selbständigen Durchführung einer Herzkatheteruntersuchung ist ausreichend gewährleistet, wenn sie durch einen Oberarzt erfolgt, der dem Geschehen von einem angrenzenden Monitorraum aus folgt.

c) Zurücklassen einer 1,9 cm langen Nadel im Bauchraum

OLG Stuttgart, Urteil v. 20.12.2018 - 1 U 145/17

RID 19-02-168

juris = PaPfleReQ 2019, 36
BGB §§ 630a, 630h I

Ist davon auszugehen, dass das **Zurücklassen einer 1,9 cm langen Nadel im Bauchraum** auf einem schuldhaften Behandlungsfehler beruht, kommt der Kl. eine **Beweiserleichterung** nach den Grundsätzen des **voll beherrschbaren Risikos** (§ 630h I BGB) zu Gute.

d) Morbus Sudeck als Sekundärschaden eines ärztlichen Behandlungsfehlers

OLG Frankfurt a. M., Urteil v. 26.03.2019 - 8 U 148/13

RID 19-02-169

juris
ZPO §§ 263, 286 I, 287, 533 Nr. 1

Leitsatz: Für den **Kausalitätsnachweis** für Folgeschäden (**Sekundärschäden**), die erst durch die infolge des Behandlungsfehlers eingetretene Gesundheitsverletzung entstanden sein sollen, gelten die Grundsätze über die Beweislastumkehr bei groben Behandlungsfehlern nur dann, wenn der Sekundärschaden eine typische Folge des Primärschadens ist.

e) Unschädlichkeit fehlender Dokumentation der Abwägungsgründe bei Lysebehandlung

OLG Köln, Urteil v. 05.12.2018 - 5 U 195/17

RID 19-02-170

juris
BGB §§ 280, 611, 823

Leitsatz: 1. Zur Frage notwendiger **neurologischer Untersuchungen** im Hinblick auf das Vorliegen einer transitorisch-ischämischen Attacke bei einer Patientin mit **Schwächeanfall**.

2. Bei einem leichten bis mittleren **Schlaganfall** (NISSH-Score 4) lässt sich ein fachärztlicher Standard im Hinblick auf die Notwendigkeit einer Lysebehandlung nicht feststellen. Wird der insoweit notwendige ärztliche Abwägungsvorgang nicht im Einzelnen **dokumentiert**, lassen sich daraus keine beweisrechtlichen Konsequenzen zugunsten des Patienten herleiten.

f) Befunderhebungspflichten bei Kenntnis von diabetischer Polyneuropathie/Schmerzensgeld

OLG Köln, Urteil v. 09.01.2019 - 5 U 13/17

RID 19-02-171

juris
BGB §§ 253 II, 280, 630a, 823

Leitsatz: 1. Ein **Durchgangsarzt**, der nach einem Arbeitsunfall mit Aufprall des Fußes auf der Erde zunächst nur ein Umknicktrauma diagnostiziert, muss jedenfalls dann, wenn er im Rahmen der selbst weitergeführten Behandlung von der Diabetes mellitus-Erkrankung des Patienten und einer darauf beruhenden Polyneuropathie erfährt, die Möglichkeit einer Mitbeteiligung von Fußknochen in Erwägung ziehen und röntgenologisch abklären. Ein entsprechendes Versäumnis stellt sich als **Befunderhebungsmangel** und nicht als Diagnosefehler dar.

2. Die vollständige und endgültige Ausbildung eines Charcot-Fußes bei einem 48-jährigen Mann rechtfertigt ein **Schmerzensgeld** von 50.000.- EUR.

g) Schmerzensgeldbemessung bei schwerstgeschädigtem Kind (hypoxischer Hirnschaden)

OLG Köln, Urteil v. 05.12.2018 - 5 U 24/18

RID 19-02-172

juris
BGB §§ 249, 253 II, 280, 630a, 823

Leitsatz: Ist einem **Kind** infolge eines geburtsbedingten und den Behandlern anzulastenden **hypoxischen Hirnschadens** (der dazu führt, dass das Kind weder jemals selbständig essen und trinken noch sprechen noch sich selbständig fortbewegen kann und dass eine maximale geistige Beeinträchtigung gegeben ist) jegliche Basis für die Entfaltung einer Persönlichkeit genommen, so ist ein **Schmerzensgeld** an der Obergrenze - die der Senat bei einem rein als Kapital geforderten Schmerzensgeld bei derzeit 500.000.- EUR ansetzt - per se gerechtfertigt. Eine im Rahmen einer derartigen Schwerstschädigung vorgenommene weitere „Ausdifferenzierung“ (hier dahin, dass bei vergleichbaren Gerichtsentscheidungen etwa noch eine Tetraspastik oder eine Epilepsie hinzutreten) und eine damit begründete Reduzierung des Schmerzensgeldes um 50.000.- EUR sind nicht gerechtfertigt.

3. Aufklärung/Einwilligung

a) Darlegungs- und Beweislast für Kausalität einer etwaigen Aufklärungspflichtverletzung

OLG Frankfurt a. M., Urteil v. 26.02.2019 - 8 U 219/16

RID 19-02-173

juris
ZPO § 286 I

Leitsatz: Im Arzthaftungsprozess hat der **Patient darzulegen** und erforderlichenfalls zu beweisen, dass bei pflichtgemäßer **Aufklärung** der durch den Eingriff eingetretene **Schaden vermieden** worden wäre.

b) Aufklärungsversäumnis: Ex post gewonnene Erkenntnisse maßgebend

OLG Oldenburg, Urteil v. 19.12.2018 - 5 U 114/18

RID 19-02-174

juris
BGB §§ 280 I, 823 I

Leitsatz: Ein haftungsbegründendes ärztliches **Aufklärungsversäumnis** lässt sich grundsätzlich nicht daraus ableiten, dass ein Patient über eine **Behandlungsmöglichkeit** im Unklaren gelassen worden ist, die zwar aus der Ex-ante-Sicht des behandelnden Arztes als Alternative zu dem eingeschlagenen Weg in Betracht zu ziehen war, die aber bei objektiver Betrachtung unter Einbeziehung der **ex post gewonnenen Erkenntnisse** tatsächlich gar keine Behandlungsalternative darstellt.

c) Bedenkzeit zwischen Aufklärung und Einwilligung

OLG Köln, Urteil v. 16.01.2019 - 5 U 29/17

RID 19-02-175

juris
BGB §§ 280, 630a, 630e, 823

Leitsatz: 1. Ist ein **operativer Eingriff** zwar dringlich veranlasst, muss aber nicht sofort erfolgen (hier: operative Versorgung einer Oberschenkelhalsfraktur), muss dem Patienten zwischen **Aufklärung** und Einwilligung eine den Umständen nach angemessene **Bedenkzeit** gelassen werden.
2. Besteht in einem Krankenhaus aus organisatorischen Gründen die Übung, den Patienten unmittelbar im Anschluss an die Aufklärung zur Unterschrift unter die vorgedruckte **Einwilligungserklärung** zu bewegen, wird die Entscheidungsfreiheit des Patienten unzulässig verkürzt. Eine solche Einwilligungserklärung muss vom Patienten nicht ausdrücklich widerrufen werden. Vielmehr trifft die den Eingriff durchführenden Ärzte die Pflicht - was durch organisatorische Maßnahmen

sicherzustellen ist -, sich vor dem Eingriff davon zu überzeugen, dass die Einwilligungserklärung nach wie vor dem freien Willen des Patienten entspricht.

d) Art des Verschlusses einer Punktionsstelle nach Herzkatheteruntersuchung

OLG Köln, Beschluss v. 08.11.2018 - 5 U 32/18

RID 19-02-176

juris
BGB §§ 280, 630a, 630e, 823 I

Leitsatz: Über die Frage, ob der **Verschluss der Punktionsstelle** nach einer Herzkatheteruntersuchung durch herkömmlichen Druckverband oder durch ein (von innen das Gefäß verschließendes) Angio-Seal-System erfolgen soll, muss der Patient jedenfalls nicht unter dem Gesichtspunkt einer möglichen Behandlungsalternative **aufgeklärt** werden.

e) Aufklärungspflicht über die Art des verwendeten Knochenersatzmaterials

OLG Köln, Beschluss v. 10.09.2018 - 5 U 206/17

RID 19-02-177

juris
BGB §§ 280, 611, 823

Leitsatz: Ein **Zahnarzt** muss den Patienten grundsätzlich nicht darüber aufklären, welches Material er im Falle der Notwendigkeit von **Knochenaufbaumaßnahmen** verwenden möchte (hier bovines statt künstliches Knochenersatzmaterial). Hierbei handelt es sich nicht um eine Frage unterschiedlicher Behandlungsalternativen.

f) Aufklärung über Schnittentbindung bei makrosomem Kind

OLG Köln, Urteil v. 23.01.2019 - 5 U 69/16

RID 19-02-178

juris
BGB §§ 253, 280, 611, 823

Leitsatz: 1. Bei einem zu erwartenden Geburtsgewicht von (je nach Schätzung deutlich) über 4.000g, erheblichem Übergewicht und nicht auszuschließendem Schwangerschaftsdiabetes muss die Mutter frühzeitig über die Möglichkeit einer **Schnittentbindung** aufgeklärt werden.

2. Zur Frage, wann - als solche von Behandlerseite eingeräumte - **Nachträge im Geburtsprotokoll** zur angeblich erfolgten Aufklärung nicht glaubwürdig sind.

3. Bei erkennbaren Sprachschwierigkeiten der Mutter muss sich der aufklärende Arzt zumindest von der Plausibilität einer von einem Familienangehörigen geleisteten **Übersetzung** überzeugen.

4. Eine milde Form der Erb'schen Lähmung, die sich vor allem in einer maßvollen globalen Kraftminderung (Kraftgrad 3-4 von 5) und einer leichten Fehlstellung des Glenohumeralgelenks mit der Folge einer begrenzten Außenrotation des Arms äußert, rechtfertigt ein **Schmerzensgeld** von 30.000.- EUR.

5. Denkbare, aber völlig ungewisse zukünftige Entwicklungen (insbesondere durch pubertäre Wachstumsschübe), die auch zu einer deutlichen Verschlechterung des gesundheitlichen Zustandes führen können, dies aber keineswegs müssen, sind als solche nicht „vorhersehbar“ und bei der **Schmerzensgeldbemessung** nicht zu berücksichtigen.

4. Schmerzensgeldanspruch eines Angehörigen wegen des Todes des Patienten

OLG Oldenburg, Urteil v. 02.10.2018 - 5 U 61/18

RID 19-02-179

juris
BGB §§ 253, 823 I

Leitsatz: 1. Vor Inkrafttreten des § 844 Abs. 3 BGB steht den **Angehörigen** eines verstorbenen Patienten regelmäßig weder aus eigenem noch aus übergegangenem Recht ein **Schmerzensgeldanspruch** wegen des Todes des Patienten zu.

2. Ein Schmerzensgeldanspruch setzt in diesen Fällen daher voraus, dass eine eigenständige Gesundheitsbeschädigung vorgetragen wird, die auf einem Behandlungsfehler beruht.

5. Kein Auskunftsanspruch bzgl. einer Berufshaftpflichtversicherung

KG Berlin, Beschluss v. 04.10.2018 - 20 U 113/17

RID 19-02-180

juris

BGB § 241 II

Leitsatz: Es existiert kein **Auskunftsanspruch** eines Patienten gegenüber einem Arzt, ob und bei wem dieser **berufshaftpflichtversichert** ist.

6. Zahnärztliche Behandlung: Haftung eines Zahntechnikers für das Beschleifen einer Prothese

OLG Frankfurt a. M., Urteil v. 18.01.2019 - 8 U 223/12

RID 19-02-181

juris

ZHG §§ 1 I, 18 Nr. 1; BGB §§ 31, 278, 823, 826; StGB §§ 153, 161 I

Leitsatz: 1. § 1 Abs. 1 des Zahnheilkundegesetzes (ZHG) und die §§ 153, 161 Abs. 1 StGB sind **Schutzgesetze** im Sinne des § 823 Abs. 2 BGB.

2. Die Höchstpersönlichkeit der **Zeugenpflichten** schließen es aus, eine GmbH für etwaige Falschaussagen ihres Geschäftsführers als Zeuge haftbar zu machen.

Anhang I: BSG - Anhängige Revisionen Vertragsarztrecht

Stand: 02.06.2019. 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				
Wachstumsmöglichkeit von Ärzten mit anteiligem Versorgungsauftrag	B 6 KA 12/19 R	Verstößt eine Regelung des Honorarverteilungsmaßstabs einer Kassenärztlichen Vereinigung (hier: im Jahr 2013) gegen höherrangiges Recht, die Ärzten mit halben Versorgungsauftrag anders als Ärzten mit vollem Versorgungsauftrag Wachstumsmöglichkeiten über den Fachgruppendurchschnitt hinaus vollständig verwehrt?	<i>LSG Schleswig-Holstein</i> , Urt. v. 15.01.2019 - L 4 KA 57/16 -	19-02-
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?	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 18.03.2016 - L 24 KA 22/15 -	16-03-10 NZB
Erhöhung des Regelleistungsvolumens für fachgleiche BAG (IV/09 u. I/10)	B 6 KA 15/17 R 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?	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urt. v. 13.04.2016 - L 3 KA 51/13 -	16-03-5 NZB
Reduzierung des Versorgungsauftrags: Halbierung der RLV-relevanten Fallzahlen	B 6 KA 28/17 R 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?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 26.10.2016 - L 5 KA 4823/15 -	17-02-1 NZB
Richtigstellung eines RLV nach Reduzierung des Versorgungsauftrags	B 6 KA 65/17 R Termin: 15.05.2019	Unter welchen Voraussetzungen darf das dem Vertragsarzt vor dem Abrechnungsquartal zugewiesene Regelleistungsvolumen in dem nach Ablauf des Abrechnungsquartals ergehenden Honorarbescheid geändert werden?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 25.10.2017 - L 5 KA 3809/15 -	17-04-8
Verminderung des RLV wegen Teilnahme an hausarztzentrierter Versorgung	B 6 KA 66/17 R Termin: 26.06.2019	War die im Quartal I/2009 vorgenommene Bereinigung des Regelleistungsvolumens nur bei den an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Vertragsärzten rechtmäßig?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 25.10.2017 - L 5 KA 1251/14 -	17-04-5
QZV: Praxisbesonderheit nur bei strukturell abweichender Patientenschaft (Akupunktur)	B 6 KA 10/19 R	Zu den Voraussetzungen für die Anerkennung einer Praxisbesonderheit im Rahmen qualifikationsgebundener Zusatzvolumen (QZV) - hier: strukturelle Besonderheiten der Patientenschaft.	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urt. v. 12.12.2018 - L 3 KA 56/15 -	19-02-
Rückwirkende Änderungen des HVM	B 6 KA 1/18 R Termin: 26.06.2019	Ist eine Kassenärztliche Vereinigung befugt, rückwirkende Änderungen des Honorarverteilungsmaßstabs (hier: Regelungen zur Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten) für Sachverhalte vor dem 1.1.2012 (hier: im Quartal I/2009) ohne eine Vereinbarung einseitig nur im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen vorzunehmen?	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 18.10.2017 - L 7 KA 18/14 -	18-01-3
Quotierung von Laboratoriumsuntersuchungen (Quartale I u. II/13)	B 6 KA 26/17 R 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?	<i>SG Mainz</i> , Urt. v. 01.02.2017 - S 8 KA 174/16 -	17-02-2
Konvergenzregelung: Ungleichbehandlung/Honorarsteigerung	B 6 KA 4/19 R	Zu den Anforderungen an die Ausgestaltung einer Härtefallregelung eines Honorarverteilungsmaßstabs (hier: Konvergenzzahlungen im Zusammenhang mit den geänderten Vergütungsregelungen für Speziallaborleistungen des Abschnitts 32.3 EBM-Ä 2008) und den rechtlichen Grundlagen hierfür.	<i>LSG Hamburg</i> , Urt. v. 18.10.2018 - L 5 KA 33/17 -	19-01-9
Konvergenzregelung (KV Schleswig-Holstein)	B 6 KA 21/18 R	Ist die Bestimmung in einer Honorarverteilungsvereinbarung, nach der einem in Einzelpraxis niedergelassenen Vertragsarzt in der Aufbauphase kein festes	<i>LSG Schleswig-Holstein</i> , Urt. v. 23.01.2018	19-01-8 NZB

		Regelleistungsvolumen auf der Grundlage der Fallzahl des Vorjahresquartals, sondern lediglich eine von der aktuellen Fallzahl abhängige Obergrenze zuzuweisen ist, mit dem Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit vereinbar?	- L 4 KA 22/16 -	
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 Termin: 03.04.2019	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
Hinterlegung von Honorarzahllungen	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 Termin: 03.04.2019	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 Termin: 13.02.2019	Verstoßen Regelungen in einer Bereitschaftsdienstordnung einer Kassenzahnärztlichen 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

Vorbereitungsassistenten in MVZ	B 6 KA 1/19 R	Dürfen in einem MVZ, in dem nur ein Vertragsarzt (als zahnärztlicher Leiter) und im Übrigen nur angestellte Zahnärzte tätig sind, mehr als ein Vorbereitungsassistent beschäftigt werden?	<i>SG Düsseldorf</i> , Urt. v. 05.12.2018 - S 2 KA 77/17 -	19-01-26
Sachlich-rechnerische Berichtigung				
Übertragung der Prüfung auf Folgequartale/Bronchoskopie nach Nr. 09315 EBM	B 6 KA 63/17 R Termin: 15.05.2019	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?)	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , 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?	<i>LSG Schleswig-Holstein</i> , 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?	<i>LSG Thüringen</i> , Urt. v. 25.08.2016 - L 11 KA 1372/14 - - L 11 KA 690/14 -	17-03-20 17-03-21 NZB
Zeitbezogene Plausibilitätsprüfung: Quartalarbeitszeitprofil bei Teilzeitanstellung	B 6 KA 9/18 R	Ist bei einem in Vollzeit angestellten Arzt in einem Medizinischen Versorgungszentrum bei einem Quartalarbeitszeitprofil 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?	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 17.01.2018 - L 12 KA 123/16 -	18-03-11
Akupunktur	B 6 KA 56/17 R Termin: 13.02.2019	Muss das "ärztlich dokumentierte Schmerzintervall" im Sinne des § 5 Abs 1 Nr 2 der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Akupunktur unmittelbar dem Beginn der Akupunkturbehandlung vorausgehen?	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 14.09.2016 - L 12 KA 221/14 -	juris NZB
Vertrauensschutz durch Genehmigung für fachfremde Leistung (Akupunktur)	B 6 KA 47/17 R B 6 KA 48/17 R B 6 KA 49/17 R 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?	<i>LSG Hamburg</i> , Urt. v. 15.03.2017 - L 5 KA 16/15 - - L 5 KA 17/15 - - L 5 KA 18/15 -	17-03-25 17-03-26 17-04-20 NZB
Ort der Leistungserbringung: Zytologischer Arbeitsplatz	B 6 KA 61/17 R Erledigung durch Vergleich	Lässt die Zervix-Zytologie-Vereinbarung nach § 135 Abs 2 SGB 5 eine Erbringung vorbereitender Tätigkeiten an einem nicht von einer Genehmigung erfassten Ort zu?	<i>LSG Schleswig-Holstein</i> , Urt. v. 18.07.2017 - L 4 KA 17/15 -	17-04-18
Rückwirkende Einschränkung der Abrechenbarkeit einer Leistung	B 6 KA 8/18 R Termin: 26.06.2019	Ist die rückwirkende Einschränkung der Abrechenbarkeit einer Gebührenordnungsposition auf "einmal am Behandlungstag" rechtmäßig?	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 22.11.2017 - L 12 KA 138/15 -	18-03-20 NZB
Berechnung der Rückforderung und vorherige Kürzungen	B 6 KA 58/17 R Termin: 13.02.2019	Sind bei der Berechnung der Rückforderung nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung bereits zuvor erfolgte Honorierungen wegen Überschreitens der Job-Sharing-Obergrenze in voller Höhe als Eurobetrag zu berücksichtigen?	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 14.09.2016 - L 12 KA 165/14 -	18-01-16 NZB
Richtigstellung nach abgelaufener Ausschlussfrist: Rücknahmeermessen	B 6 KA 34/17 R 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?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 26.04.2017 - L 5 KA 2448/15 -	17-02-30
Ultraschalluntersuchungen bei ambulanten Operation	B 6 KA 24/18 R	Schließt Nr 8 der Präambel zu Abschnitt 31.2.1 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen (juris: EBM-Ä 2008) die Abrechnung der während einer ambulanten Operation am Gefäßsystem (Nr 31202 ff EBM-Ä) durchgeführten Ultraschalluntersuchungen (Nr 33072 EBM-Ä) sowie weiterer ambulanter Operationen,	<i>SG Düsseldorf</i> , Urt. v. 27.06.2018 - S 14 KA 266/17 -	

		die innerhalb eines Zeitraums von drei Tagen bei demselben Patienten, aber in anderen Operationsbereichen vorgenommen werden, aus?		
„Kombinationsnarkose mit Maske“ nach Nr. 31822 EBM (Katarakt-Operation)	B 6 KA 15/19 R	Kann die Gebührenordnungsposition 31822 des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen (juris: EBM-Ä 2008) in Fällen einer Vollnarkose zur Durchführung einer Retrobulbäranästhesie im Zusammenhang mit einer Kataraktoperation abgerechnet werden?	LSG Hessen, Urt. v. 20.02.2019 - L 4 KA 58/16 -	19-02-16
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 Bewertungsmaßstabes 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
Nr. 86516 der Onkologie-Vereinbarung (Zuschlag zu den Kostenpauschalen)	B 6 KA 14/19 R	Kann der Zuschlag nach Ziffer 86516 Anhang 2 der Onkologie-Vereinbarung ("Zuschlag ... für die intravenös und/oder intraarteriell applizierte zytostatische Tumorthherapie ...") abgerechnet werden, wenn Bisphosphonate intravenös und/oder intraarteriell und anschließend eine zytostatische Therapie oral appliziert wird? Welche rechtlichen Maßstäbe gelten für die Auslegung von Vergütungsbestimmungen, die nicht vom Bewertungsausschuss beschlossen, sondern in einer Anlage zum Bundesmantelvertrag (hier: Onkologie-Vereinbarung) vereinbart worden sind?	LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 14.11.2018 - L 5 KA 4616/17 -	19-01-20 NZB
Postoperativer Bereitschaftsdienst anästhesistischer BAG u. unvorhergesehene Inanspruchnahme	B 6 KA 13/19 R	Ist die Gebührenordnungsposition 01100 EBM-Ä 2008 (unvorhergesehene Inanspruchnahme des Vertragsarztes durch einen Patienten) abrechenbar, wenn der Patient das vom Vertragsarzt vorgehaltene Angebot einer Inanspruchnahme während eines Bereitschaftsdienstes annimmt?	LSG Bayern, Urt. v. 31.10.2018 - L 12 KA 93/17 -	19-02-15
Elektrokardiographische Untersuchung) ist Teil der Notfallpauschale	B 6 KA 22/18 R	Ist die GOP 27320 EBM-Ä (Elektrokardiographische Untersuchung, obligater Leistungsinhalt - mindestens 12 Ableitungen ...) im Rahmen einer Notfallbehandlung (Notfallambulanz eines Krankenhauses) neben der Notfallpauschale nach GOP 01210 EBM-Ä abrechenbar?	LSG Sachsen, Urt. v. 25.04.2018 - L 1 KA 22/14 -	18-03-18 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 Termin: 26.06.2019	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
Grenzen einer Notfall-Erstversorgung: Einzelfallprüfung/Nachholung des Vortrags	B 6 KA 6/19 R	Unterliegt die Ermittlung der ordnungsgemäßen Leistungsabrechnung im Verwaltungsverfahren der quartalsgleichen sachlich-rechnerischen Berichtigung einer Stufung von Mitwirkungspflichten des Leistungserbringers einerseits und der Amtsermittlungspflicht der Kassenärztlichen Vereinigung andererseits und genügt eine Kassenärztliche Vereinigung dem Untersuchungsgrundsatz nicht, wenn sie bei einer Rechnungslegung durch das abrechnende Krankenhaus, die den Abrechnungsrichtlinien entspricht, bei Notfallbehandlungen die Vergütung von Laborleistungen regelwerkstechnisch absetzt, ohne im Einzelfall zu ermitteln?	LSG Hessen, Urt. v. 19.12.2018 - L 4 KA 20/15 -	19-01-13
Sprechstundenbedarf: Sachlich-	B 6 KA 23/18 R	Sind gesamtvertragliche Regelungen wirksam, die die Zuständigkeit für die	LSG Baden-Württemberg,	18-02-25

rechnerische Richtigstellung durch KV		Richtigstellung der Verordnung von Sprechstundenbedarf der Kassenärztlichen Vereinigung übertragen oder besteht eine ausschließliche Zuständigkeit der Prüfungsgremien?	Urt. v. 18.04.2018 - L 5 KA 792/16 -	NZB
Wirtschaftlichkeitsprüfung/Regress				
Doppelte Regressfestsetzung	B 6 KA 15/18 R	Dürfen Arztekostenregresse wegen unzulässigen Verordnungen und solche wegen Überschreitung der Richtgrößen für denselben Zeitraum kombiniert werden?	<i>LSG Schleswig-Holstein</i> , 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.	<i>SG Mainz</i> , Urt. v. 31.01.2018 - S 8 KA 266/15 -	18-03-36
BAG mit MKG-Chirurgen	B 6 KA 2/19 R B 6 KA 3/19 R	Zur Bildung der Vergleichsgruppe bei der statistischen Wirtschaftlichkeitsprüfung einer fachübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaft von Zahnärzten sowie Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen.	<i>SG Marburg</i> , Urt. v. 05.12.2018 - S 12 KA 127/18 - - S 12 KA 201/18 -	19-01-43 19-01-44
Zulassung und Ermächtigung				
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?	<i>LSG Thüringen</i> , Urt. v. 25.08.2016 - L 11 KA 928/15 -	17-03-48 NZB
Auswahlentscheidung: Räumliche Verteilung/Geräteausstattung	B 6 KA 11/19 R	Ist in einem Zulassungsverfahren nach Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen im Rahmen einer Auswahlentscheidung neben einem Antrag auf Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung auch der Antrag einer Berufsausübungsgemeinschaft auf Genehmigung der Anstellung eines Arztes zu berücksichtigen? Ist bei Berücksichtigung des Antrags einer Berufsausübungsgemeinschaft auf Genehmigung der Anstellung eines Arztes hinsichtlich der Auswahlkriterien auf die Ärzte der Berufsausübungsgemeinschaft oder die Person des anzustellenden Arztes abzustellen?	<i>LSG Schleswig-Holstein</i> , Urt. v. 12.06.2018 - L 4 KA 46/17 -	19-02- 34 NZB
Öffnung eines Planungsbereichs: „Konzeptbewerbung“ nach § 103 IV 10 SGB V	B 6 KA 5/18 R Termin: 15.05.2019	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?	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 17.01.2018 - L 12 KA 12/17 -	18-02-28
Nachbesetzungsverfahren	B 6 KA 20/18 R	Kann ein Vertragsarzt die Verletzung subjektiver Rechte geltend machen, wenn während eines Nachbesetzungsverfahrens gemäß § 103 Abs 4 SGB V die (Mit-)Bewerber die Genehmigung zur Verlegung eines Vertragsarztsitzes an den Vertragsarztsitz des Praxisabgebers und die Genehmigung zur überörtlichen gemeinsamen Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit vor der eigentlichen Nachfolgeentscheidung erhalten?	<i>SG Gelsenkirchen</i> , Urt. v. 20.04.2018 - S 16 KA 8/17 -	19-01-48
Rücknahme des Antrags auf Nachbesetzung	B 6 KA 19/18 R	Hat die Rücknahme des Antrags eines Arztes auf Nachbesetzung seines Vertragsarztsitzes zur Folge, dass die gegen die Auswahlentscheidung des Berufungsausschusses gerichtete Klage eines Konkurrenten schon aus diesem Grunde erfolglos ist?	<i>SG Gelsenkirchen</i> , Urt. v. 20.04.2018 - S 16 KA 7/17 -	19-01-49
Erledigung des Nachbesetzungsverfahrens nach Zurücknahme des Antrags	B 6 KA 8/19 R	Erledigt sich ein Nachbesetzungsverfahren, wenn der Praxisabgeber nach der Entscheidung des Zulassungsausschusses zur Durchführung des Verfahrens den Antrag auf Nachbesetzung seines Vertragsarztsitzes zurücknimmt?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 14.11.2018 - L 11 KA 91/16 -	19-02-38
Nachbesetzungsverfahren bei	B 6 KA 14/18 R	Kann nach Entziehung der Zulassung eines Vertragsarztes im Umfang eines halben	<i>SG Berlin</i> ,	18-03-45

Zulassungsentziehung wegen Nichtausübung		Versorgungsauftrags wegen Nichtausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit ein Nachbesetzungsverfahren durchgeführt werden?	Urt. v. 13.06.2018 - S 83 KA 997/16 -	
Beschäftigung einer Ärztin in der fachinternistischen und hausärztlichen Versorgung	B 6 KA 62/17 R Termin: 13.02.2019	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
Zulassungsentziehung: Visuelles Ausspionieren der Praxisangestellten in ihrer Intimsphäre	B 6 KA 4/18 R Termin: 03.04.2019	Verstößt ein Vertrags(zahn)arzt gegen seine vertrags(zahn)ärztlichen Pflichten, wenn er in den Schutzbereich der Intim- und Privatsphäre der Mitarbeiterinnen innerhalb ihres dienstlichen Bereichs eingreift (hier: Videobildaufnahmen in Umkleieräumen und Duschen)?	LSG Thüringen, Urt. v. 20.11.2017 - L 11 KA 807/16 -	18-02-34

Gesamtvergütung/Integrierte

**Versorgung/Aufsicht/GBA/KV/ Pädiatrische
Spezialambulanz/Hausarztzentrierte Versorgung**

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
Abschläge nach § 95d SGB V: Auslegung des Begriffs „Honorarberichtigungen“ in Vergütungsverb.	B 6 KA 5/19 R	Steht dem öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch der Krankenkasse gegen die Kassenzahnärztliche Vereinigung auf Rückzahlung von Gesamtvergütungsanteilen aufgrund von Honorarkürzungen gegenüber Vertragszahnärzten wegen Verletzung der Fortbildungspflicht die Regelung in einer Vergütungsvereinbarung entgegen, nach der die zu zahlende Gesamtvergütung zur Berücksichtigung von Honorarberichtigungen um einen pauschalen Prozentsatz gemindert wird?	LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 10.10.2018 - L 11 KA 6/18 -	19-01-64
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 Termin: 15.05.2019	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: Pflicht zur Selbsterbringung des	B 6 KA 25/18 R	Stellt die in einem (Selektiv-)Vertrag über die hausarztzentrierte Versorgung (HzV) festgelegte Pflicht der an der HzV teilnehmenden (Haus-)Ärzte, Leistungen des	LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 14.11.2018	19-01-66

Allgemeinlabors		Allgemeinlabors (Abschnitt 32.2 EBM-Ä 2008) bei nach Qualifikation/Ausstattung möglicher Selbsterbringung selbst vorzunehmen, einen Eingriff in (Zulassungs-)Statusrechte bzw in die Berufsausübungsfreiheit der nur auf Überweisung zur vertragsärztlichen Leistungserbringung befugten Laborärzte dar?	- L 5 KA 3686/16 -	
-----------------	--	--	--------------------	--

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 B 6 KA 7/19 R B 6 KA 9/19 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 - v. 30.01.2019 - L 4 KA 86/14 - v. 27.02.2019 - L 4 KA 5/15 -	18-03-61 18-03-62 19-02-48 19-02-49

Sonstiges/Verfahrensrecht

Anhang II: BSG - Anhängige Revisionen Krankenversicherung

Stand: 02.06.2019. 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				
Drohender einseitiger Sehverlust/Serumaugentropfen	B 1 KR 8/18 R Anerkennung 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?	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , Urt. v. 01.03.2018 - L 5 KR 215/17 -	18-02-77
Satzungsregelung zur künstlichen Befruchtung	B 1 KR 7/19 R	Verstößt eine Satzungsregelung zur künstlichen Befruchtung im Rahmen des Zusatzangebots nach § 11 Absatz 6 SGB V gegen höherrangiges Recht, wenn diese nicht unmissverständlich deutlich macht, dass ein Versuch nicht als die durch Embryonentransfer abgeschlossene Maßnahme definiert wird, sondern bereits mit der Verordnung hormonstimulierender Medikamente beginnt?	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 15.01.2019 - L 5 KR 94/18 -	19-02-64
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 Nagelspannbehandlung) zur Überwindung eines Systemmangels (keine leistungsbereiten Vertragsärzte) ausnahmsweise auch bei einem fachkundigen nichtärztlichen Leistungserbringer (hier: bei einem staatlich geprüften und fachlich qualifizierten Podologen) zu Lasten der Krankenkasse in Anspruch genommen werden?	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 11.10.2017 - L 9 KR 299/16 -	18-01-77
Kostenerstattung trotz vorläufiger Übernahme der Kosten durch Einrichtungsträger	B 3 KR 8/17 R Termin: 04.07.2018	Steht die Erfüllung der gegenüber einem Versicherten bestehenden Forderung eines Leistungserbringers durch einen Dritten, ohne dass eine vertragliche Verpflichtung besteht, der Geltendmachung eines Kostenfreistellungsanspruchs des Versicherten nach § 13 Abs 3 SGB 5 gegenüber seiner Krankenkasse entgegen?	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urt. v. 29.09.2016 - L 16/1 KR 321/14 -	17-02-149 NZB
Kostenbeteiligung zur Entfernung von Brustimplantaten	B 1 KR 37/18 R	Ist die Regelung des § 52 Absatz 2 SGB V, wonach die Krankenkasse Versicherte, die sich eine Krankheit durch eine medizinisch nicht indizierte ästhetische Operation, eine Tätowierung oder ein Piercing zugezogen haben, in angemessener Höhe an den Kosten zu beteiligen hat, verfassungsgemäß?	<i>SG Berlin</i> , Urt. v. 05.11.2018 - S 81 KR 1075/18 -	19-01-101
Genehmigungsfiktion für vor 26.02.2013 gestellte Anträge	B 1 KR 14/19 R	Gilt die Genehmigungsfiktion nach § 13 Absatz 3a SGB V für vor dem 26.2.2013 gestellte Anträge?	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 28.03.2018 - L 20 KR 212/16 -	
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?	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 23.02.2016 - L 5 KR 351/14 -	16-03-108
Genehmigungsfiktion: Anspruch ohne medizinische Verordnung oder Stellungnahme?	B 1 KR 1/19 R	Setzt der Eintritt der Fiktionswirkung nach § 13 Absatz 3a SGB V voraus, dass sich der Leistungsberechtigte bei Antragstellung auf eine ärztliche Stellungnahme stützt? Kein Anspruch ohne medizinische Verordnung oder Stellungnahme	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 29.11.2018 - L 1 KR 416/16 -	19-01-101

In-vitro-Fertilisations-Behandlungen und Altersgrenze	B 1 KR 8/19 R	Erfasst die Genehmigungsfiktion nach § 13 Absatz 3a SGB V auch medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft nach § 27a SGB V nach Überschreitung der Altersgrenze?	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 05.09.2018 - L 4 KR 705/17 -	19-02-70
Zahnersatz: Kein Anspruch auf Übernahme auch des Eigenanteils	B 1 KR 9/19 R	In welchem Umfang erfasst die Genehmigungsfiktion nach § 13 Absatz 3a SGB V Leistungen für Zahnersatz im Sinne des § 55 SGB V?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 15.05.2018 - L 11 KR 373/18 -	18-03-101 NZB
Bekanntgabe der Entscheidung innerhalb Frist erforderlich?	B 1 KR 20/18 R Termin: 26.02.2019	Ist für den Eintritt der Genehmigungsfiktion die Bekanntgabe der Entscheidung der Krankenkasse maßgeblich?	<i>SG Dortmund</i> , Urt. v. 28.03.2018 - S 49 KR 641/17 -	18-03-92
Genehmigungsfiktion/Frist: Fehlender Nachweis für Einschaltung des MDK	B 1 KR 12/18 R Rücknahme	Führt die Verletzung der Pflicht der Krankenkasse nach § 13 Absatz 3a Satz 2 SGB V, die Antragstellerin darüber zu unterrichten, dass sie eine gutachtliche Stellungnahme einholt, zur Geltung der 3-Wochenfrist des § 13 Absatz 3a Satz 1 Fall 1 SGB V?	<i>Rheinland-Pfalz</i> , Urt. v. 05.10.2017 - L 5 KR 375/16 -	18-02-94 NZB
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?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 21.02.2017 - L 11 KR 2090/16 -	17-02-127
Genehmigungsfiktion: Arzneimittel im Rahmen eines Off-Label-Use	B 1 KR 9/18 R	Begründet eine mit Ablauf der Frist eingetretene Genehmigungsfiktion einen Naturalleistungsanspruch des Versicherten auf die Versorgung mit einem Arzneimittel im Rahmen des Off-label-use?	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , Urt. v. 15.02.2018 - L 5 KR 218/17 -	18-02-97
Erstattung der über den Festbetrag hinausgehenden Kosten eines Arzneimittels	B 1 KR 23/18 R Termin: 26.02.2019	Hat ein Versicherter im Rahmen der Genehmigungsfiktion des § 13 Absatz 3a SGB V einen Anspruch auf Erstattung der über den Festbetrag hinausgehenden Kosten eines Arzneimittels (hier: Antra Mups)?	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , Urt. v. 26.04.2018 - L 5 KR 89/17 -	18-03-95
	B 1 KR 24/18 R Termin: 26.02.2019	Hat ein Versicherter im Rahmen der Genehmigungsfiktion des § 13 Absatz 3a SGB V einen Anspruch auf Erstattung der über den Festbetrag hinausgehenden Kosten eines Arzneimittels (hier: Iscover)?	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , Urt. v. 03.05.2018 - L 5 KR 119/17 -	18-03-94
Genehmigungsfiktion: Hilfsmittel des Behinderungsausgleichs	B 3 KR 21/18 R	Sind Hilfsmittel zum Zweck des Behinderungsausgleichs vom Anwendungsausschluss der Genehmigungsfiktion von § 13 Abs 3a S 9 SGB V erfasst?	<i>LSG Saarland</i> , Urt. v. 12.12.2017 - L 2 KR 60/16 -	19-01-97 NZB
Genehmigungsfiktion: Rollstuhlzuggerät	B 3 KR 20/18 R Erledigung 5/2019	Ist die Versorgung mit einem Rollstuhlzuggerät eine Leistung der medizinischen Rehabilitation, die nicht vom Anwendungsbereich des § 13 Abs 3a SGB V erfasst wird?	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urt. v. 25.01.2018 - L 16 KR 154/17 -	19-01-100 NZB
Genehmigungsfiktion: Wohnsitz im Ausland	B 1 KR 36/18 R	Gelten die Bearbeitungsfristen des § 13 Abs 3a S 1 SGB V auch bei Versicherten, die ihren Wohnsitz im Ausland haben?	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 03.05.2018 - L 4 KR 297/17 -	19-01-104 NZB
Genehmigungsfiktion: Zurücknahme	B 3 KR 14/18 R	Unter welchen Voraussetzungen kann eine fiktive Genehmigung nach § 13 Absatz 3a Satz 6 SGB V zurückgenommen werden?	<i>SG Düsseldorf</i> , Urt. v. 28.06.2018 - S 8 KN 1459/17 KR -	18-04-44

Stationäre Behandlung

Auslandskrankenbehandlung

Arzneimittel

Immunglobuline bei monoklonaler Gammopathie unbestimmter Signifikanz	B 1 KR 4/17 R Termin: 20.03.2018	Hat ein Versicherter, der unter einem Antikörpermangelsyndrom bei Monoklonaler Gammopathie unbestimmter Signifikanz (MGUS) leidet, einen Anspruch auf intravenös zu verabreichende Arzneimittel mit dem Wirkstoff Immunglobulin außerhalb deren Indikationsgebietes, wenn aus der Grunderkrankung eine Schwächung des körpereigenen Abwehrsystems resultiert, die bei einer bereits eingetretenen Häufung schwerster Lungenentzündungen im Falle weiterer Infekte einen tödlichen Krankheitsverlauf bewirken kann, aber die Immunglobulingabe die Infektanfälligkeit reduziert? Ist eine Grunderkrankung, von der ein lebensbedrohliches Risiko ausgeht, bei dem aber nicht absehbar ist, dass es sich innerhalb eines kürzeren überschaubaren Zeitraums mit großer Wahrscheinlichkeit realisiert, eine lebensbedrohliche Erkrankung?	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urt. v. 24.01.2017 - L 4 KR 456/14 -	17-02-138
Arzneimittel zur Raucherentwöhnung	B 1 KR 25/18 R Termin: 28.05.2019	Ist der Ausschluss von Arzneimitteln zu Raucherentwöhnung von der Versorgung nach § 34 Absatz 1 Satz 7 und 8 SGB V im Hinblick auf andere Suchterkrankungen mit dem Gleichheitsgrundsatz aus Artikel 3 Absatz 1 GG vereinbar?	<i>LSG Schleswig-Holstein</i> , Urt. v. 07.09.2017 - L 5 KR 62/15 -	17-04-76 NZB

Hilfsmittel/Heilmittel

Therapiedreirad-Tandem		Unter welchen Voraussetzungen ist ein Therapiedreirad nach § 33 Absatz 1 Satz 1 SGB V insbesondere nach dessen zweiter Variante: "Zur Vorbeugung einer drohenden Behinderung" zu gewähren?	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urt. v. 23.04.2018 - L 4 KR 148/17 -	19-03- NZB
------------------------	--	--	--	---------------

Häusliche Krankenpflege/Haushaltshilfe

Häusliche Krankenpflege in Einrichtung der Eingliederungshilfe	B 3 KR 4/19 R	Zum Anspruch auf häusliche Krankenpflege als Behandlungspflege (hier: Anziehen von Kompressionsstrümpfen der Klasse II) in einer Einrichtung der Eingliederungshilfe.	<i>LSG Sachsen-Anhalt</i> , Urt. v. 31.01.2018 - L 6 KR 56/17 -	
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")?	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , 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?	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , 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 Termin: 28.05.2019	Hat eine Versicherte einen Anspruch auf Mitaufnahme von privat versicherten Kindern zu der bewilligten Vorsorgemaßnahme nach § 24 SGB V gegenüber ihrer gesetzlichen Krankenkasse?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , 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 Termin: 28.05.2019	Hat ein nicht selbst vorsorgeleistungsbedürftiges GKV-versichertes Pflegekind einer PKV-versicherten Pflegemutter, die Vorsorgeleistungen im Rahmen einer Kur erhält, als Begleitkind Anspruch auf Mutter-Kind-Maßnahme-Leistungen gegen seine Krankenkasse?	<i>LSG Hessen</i> , Urt. v. 25.01.2018 - L 8 KR 115/17 - - L 8 KR 114/17 -	18-03-120 18-03-121 NZB

Krankenhauskosten

Neue Behandlungsmethode (Lungenvolumenreduktion mittels Implantation von Coils)	B 1 KR 2/19 R	Sind Behandlungsmethoden, deren Nutzen noch nicht hinreichend belegt ist, die aber das Potenzial einer erforderlichen Behandlungsalternative im Sinne von § 137c Absatz 1 Satz 2 SGB V bieten, im Jahr 2013 zulasten der Gesetzlichen Krankenversicherung abrechenbar (hier: Lungenvolumenreduktion mittels Implantation von Coils bei COPD Grad IV im Juli 2013)?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 11.12.2018 - L 11 KR 206/18 -	19-01-135
---	---------------	--	--	-----------

Einwilligung in experimentelle Behandlung (Fremd-allogene Stammzelltransplantation)	B 1 KR 3/19 R B 1 KR 4/19 R	Zu den Voraussetzungen einer wirksamen Einwilligung in eine experimentelle Behandlung mit hohem Mortalitätsrisiko und deren Ermittlung im Rechtsstreit.	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urtr. v. 23.02.2018 - L 4 KR 1055/15 - - L 4 KR 1056/15 -	19-01-149 19-01-150 NZB
Qualitätsanforderungen für Behandlungsalternative (Liposuktion bei Lipödem)	B 1 KR 32/18 R Termin: 28.05.2019	Senkt § 137c Absatz 3 SGB V die Qualitätsanforderungen für den Anspruch auf stationäre Versorgung bei Methoden mit dem Potential einer Behandlungsalternative?	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urtr. v. 10.04.2018 - L 4 KR 266/15	18-04-41 NZB
Transkatheter-Aortenklappen-Implantation und Grundversorgung	B 1 KR 2/18 R Termin: 09.04.2019	Hat ein zur akutstationären Grundversorgung zugelassenes Plankrankenhaus (hier: der Versorgungsstufe 1 in Bayern) einen Vergütungsanspruch für die Durchführung einer Transkatheter-Aortenklappen-Implantation (TAVI) gegenüber der gesetzlichen Krankenkasse?	<i>LSG Bayern</i> , Urtr. v. 18.07.2017 - L 5 KR 102/14 -	18-01-107
Versorgungsauftrag für Implantation von Kniegelenk-Totalendoprothesen (Knie-TEP)	B 1 KR 17/18 R Termin: 09.04.2019	Ist die - nicht unfallbedingte - Implantation einer Kniegelenk-Totalendoprothese (Knie-TEP) vom Versorgungsauftrag eines bayerischen Krankenhauses im Jahr 2011 umfasst gewesen?	<i>LSG Bayern</i> , Urtr. v. 19.12.2017 - L 4 KR 138/17 -	18-03-128
Verweildauer: Keine Anschlussheilbehandlung wegen Kapazitätsproblemen	B 1 KR 13/19 R	Kann ein Krankenhaus Vergütung für Zeiten nach Überschreitung der oberen Grenzerweildauer verlangen, wenn die vollstationäre Behandlung des Versicherten nur deswegen vollstationär aufrechterhalten bleiben muss, weil die notwendige stationäre Anschlussheilbehandlung wegen Kapazitätsproblemen noch nicht beginnen kann und eine sonstige Unterbringung des Versicherten (zum Beispiel in der eigenen Häuslichkeit, Pflegeheim etc) aus zwingenden medizinischen Gründen ausgeschlossen ist?	<i>LSG Bayern</i> , Urtr. v. 28.06.2018 - L 4 KR 509/17 -	19-02-100
Überschneidungen zwischen Prüfregimen	B 1 KR 12/19 R	Findet die Prüfverfahrenvereinbarung - PrüfV (juris: PrüfVbg) auf Prüfverfahren Anwendung, bei denen zunächst die sachlich-rechnerische Richtigkeit der Krankenhausrechnung und erst in einem zweiten Schritt die Wirtschaftlichkeit der Krankenhausbehandlung überprüft wird?	<i>LSG Hessen</i> , Urtr. v. 08.11.2018 - L 1 KR 425/17 -	19-02-103 NZB
Heranziehung von Unterlagen	B 1 KR 10/19 R	Welche Unterlagen sind für die Frage der Offensichtlichkeit eines Fehlers in der Krankenhausrechnung heranzuziehen?	LSG Hamburg, Urtr. v. 24.01.2019 - L 1 KR 46/17 -	19-02-104
Rückforderungsanspruch: Unterlassen der Prüfung der Behandlungsbedürftigkeit durch MDK	B 1 KR 35/17 R B 1 KR 37/17 R Termin: 18.12.2018 Zurücknahme	Ist der Rückforderungsanspruch einer Krankenkasse nach Treu und Glauben ausgeschlossen, wenn sie die Erforderlichkeit einer stationären Aufnahme nicht unmittelbar nach der Behandlung prüft, obwohl das Krankenhaus zu der eigentlich ambulant durchführbaren Behandlung keine Angaben zum Grund der stationären Aufnahme gemacht hat?	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urtr. v. 28.06.2017 - L 4 KR 40/16 - Urtr. v. 25.04.2017 - L 4 KR 350/14 -	18-01-105 18-01-104
Aufrechnung: Genaue Bezeichnung des Leistungsanspruchs	B 1 KR 31/18 R Termin: 30.07.2019	Ist eine Aufrechnung nach § 9 der Prüfverfahrenvereinbarung - PrüfV (juris: PrüfVbg) unwirksam, wenn es an einer genauen Bezeichnung des Leistungsanspruchs des Krankenhauses, gegen den die Krankenkasse mit ihrem Erstattungsanspruch aufgerechnet haben will, fehlt?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urtr. v. 26.04.2018 - L 5 KR 593/17 -	18-04-59
Teilstationäre Krankenhausbehandlung: Abrechnung der Arzneimittel als Einzelmengen	B 1 KR 30/17 R Termin: 19.06.2018	Können bei einer teilstationären onkologischen Krankenhausbehandlung mit einem bestimmten Arzneimittel, die an verschiedenen Behandlungstagen erfolgt ist, die Mengen des verabreichten Medikaments als Einzelmengen abgerechnet werden?	<i>LSG Saarland</i> , Urtr. v. 25.08.2017 - L 2 KR 5/16 -	18-01-123
Fallzusammenführung: Zweistufige Prüfung	B 1 KR 6/19 R	Liegt eine Beurlaubung im Sinne des § 1 Absatz 7 Satz 5 FPV 2012 vor, wenn der Patient aus der vollstationären Krankenhausbehandlung entlassen wurde, um die Ergebnisse der endgültigen Histologie abzuwarten, die dann zu einer Wiederaufnahme geführt haben?	<i>LSG Hamburg</i> , Urtr. v. 15.11.2018 - L 1 KR 68/18 -	19-02-107

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 Termin: 30.07.2019	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
Atemunterstützung mit einer High-Flow-Nasenbrille	B 1 KR 11/19 R Termin: 30.07.2019	Ist die Atemunterstützung mit einer High-Flow-Nasenbrille (HFNC) bei Säuglingen als maschinelle Beatmung im Sinne der Nr 1001I DKR 2017 zu werten?	LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 07.02.2019 - L 5 KR 166/18 -	19-02-116
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 Termin: 09.04.2019	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
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 autoimmunologischem Schleimhautpemphigoid	B 1 KR 22/18 R	Hat ein Krankenhaus Anspruch auf Vergütung des Zusatzentgeltes ZE82.14 für die zulassungsüberschreitende Anwendung ("off-label-use") von Rituximab im Rahmen stationärer Behandlung, wenn die behandelte Krankheit zwar nicht unmittelbar lebensbedrohlich ist, aber aufgrund einer krankheitsbedingten erheblichen Sepsisgefahr jederzeit in einen mit einiger Wahrscheinlichkeit unumkehrbaren und im Ergebnis tödlichen Prozeß umschlagen kann?	LSG Hamburg, Urt. v. 03.05.2018 - L 1 KR 19/16 -	18-03-147
Feststellungsklage auf Feststellung der Verfahrenskostentragung	B 1 KR 3/18 R Termin: 09.04.2019	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	LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 24.01.2017 - L 11 KR 4746/15 -	17-02-195
---	--	---	---	-----------

		abzugeben?		
Vereinbarung über Abschlag bei Abgabe von Zytostatika	3 KR 6/17 R 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?	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , 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 Termin: 09.04.2019 (Vergleich)	Haben Krankenkassen einen Anspruch gegen eine Krankenhausapotheke auf Erstattung von Umsatzsteuer, die sie für individuell hergestellte und an ihre Versicherten im Rahmen ambulanter Behandlungen verabreichte Arzneimittel und Arzneimittelzubereitungen gezahlt haben?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 16.01.2018 - L 11 KR 1723/17 -	18-02-162
	B 3 KR 1/18 R Neu: B 1 KR 5/19 R Termin: 09.04.2019	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?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 16.01.2018 - L 11 KR 4621/16 -	18-02-163
Ausländische Versandapotheke und Umsatzsteuer	B 3 KR 19/17 R	Zur umsatzsteuerrechtlichen Behandlung von Arzneimittellieferungen einer Apotheke aus einem anderen EU-Land an die Mitglieder inländischer gesetzlicher Krankenkassen.	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , Urt. v. 06.07.2017 - L 5 KR 105/16 -	17-04-140
Arzneimittelhersteller: Erprobung neuer Untersuchungsmethode (DiaPat®-CC Tests, Nachweis Gallengangskarzinom)	B 1 KR 11/18 R 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 Gallengangskarzinoms) bei in Fachkliniken behandelten Patienten mit einer primär sklerosierenden Cholangitis (PSC).	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 25.01.2018 - L 1 KR 151/14 KL -	18-02-166
Schiedsspruch: Anforderungen an einen Nutzenbewertungsbeschluss	B 3 KR 2/18 R Termin: 28.03.2019	Zur Rechtmäßigkeit der Bestimmung der zweckmäßigen Vergleichstherapie im Nutzenbewertungsbeschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 35a Absatz 3 SGB V und dessen Auswirkungen auf die Rechtmäßigkeit eines Schiedsspruchs nach § 130b Absätze 3, 4 SGB V.	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 25.01.2018 - L 1 KR 295/14 KL -	18-02-167
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?	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 26.01.2017 - L 1 KR 67/14 KL -	17-02-188
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?	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 14.12.2016 - L 9 KR 213/13 -	17-02-190
Reduzierung des Herstellerrabatts auf 6 % und Ertragssituation	B 3 KR 10/16 R Termin: 25.10.2018	Unter welchen Voraussetzungen kann ein pharmazeutischer Unternehmer die Reduzierung des Herstellerrabatts von 16 auf 6 % beanspruchen?	<i>LSG Hessen</i> , Urt. v. 11.06.2015 - L 8 KR 88/12 -	16-03-170 NZB
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?	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 24.05.2018 - L 9 KR 303/15 KL -	18-04-71
Hilfsmittelverzeichnis: Darlegungs- und Beweispflichten des Herstellers	B 3 KR 13/17 R Termin: 28.03.2019	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	<i>LSG Thüringen</i> , Urt. v. 28.03.2017 - L 6 KR 1809/13 -	17-03-216

		Hilfsmittelverzeichnisses bereits dann erfüllt, wenn das betreffende Hilfsmittel überhaupt aufgenommen/gelistet wird?		
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?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 08.12.2015 - L 1 KR 61/11 -	16-01-184
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 aber ausschließlich Hausbesuche durchführen soll?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 13.05.2016 - L 4 KR 3332/15 -	16-03-174 NZZ
Unterbliebene Durchführung des Schiedsverfahrens	B 3 KR 31/15 R Termin: 29.06.2017	Kann ein Pflegedienst eine höhere Vergütung für Leistungen der häuslichen Krankenpflege (hier: ärztlich verordnete Einmalkatheterisierungen) im Wege der Leistungsklage durchsetzen, wenn ein Schiedsverfahren trotz Vorliegens einer Schiedsvereinbarung unterblieben ist?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 18.11.2015 - L 5 KR 2883/13 -	16-01-185
	B 3 KR 7/18 R B 3 KR 8/18 R B 3 KR 9/18 R B 3 KR 10/18 R B 3 KR 11/18 R	Zur Abrechnung von Leistungen der Hebammenhilfe durch Hebammengemeinschaften.	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 01.03.2018 - L 4 KR 498/17 - - L 4 KR 348/17 - - L 4 KR 479/17 - - L 4 KR 497/17 - - L 4 KR 499/17 -	18-03-155 18-03-159 18-03-158 18-03-157 18-03-156

Integrierte Versorgung

Krankenkassen

Satzungsregelung: Zusätzliche Leistungen nur bei ungekündigter Mitgliedschaft	B 1 A 1/18 R Termin: 28.05.2019	Ist eine Satzungsregelung nicht genehmigungsfähig, wenn sie den Anspruch auf zusätzliche Leistungen gemäß § 11 Absatz 6 SGB V an eine ungekündigte Mitgliedschaft koppelt?	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 20.03.2018 - L 5 KR 394/16 KL -	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 "Krankenhauszahlung", 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?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , 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)?	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 16.01.2018 - L 5 KR 601/15 -	18-02-181
Private Auslandskrankenversicherung: Erstattung von Geldleistungen	B 1 KR 7/18 R 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?	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 05.12.2017 - L 5 KR 508/17 -	18-02-183
Zustimmung der Aufsichtsbehörde zur Vorstandsvergütungsanpassung	B 1 A 2/18 R Termin: 30.07.2019	Kann die Aufsichtsbehörde die Zustimmung zum Abschluss, zur Verlängerung oder zur Änderung eines Vorstandsdienstvertrages einer Krankenkasse verweigern, wenn darin die automatische Anpassung des Vorstandsgehalts mittels dynamischer Verweisung (hier: auf die Veränderungsrate gemäß § 71 Absatz 3 SGB V vorgesehen ist)?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 05.09.2018 - L 5 KR 4364/17 KL -	18-04-80
Erstattungsanspruch einer	B 1 KR 15/18 R	Ist eine Krankenkasse einem Erstattungsanspruch einer unzuständigen Krankenkasse	<i>LSG Bayern</i> ,	18-02-184

unzuständigen Krankenkasse	Termin: 30.07.2019	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?	Urt. v. 27.02.2018 - L 5 KR 224/14 -	
Erstattungsanspruch nach Rentenanstellung	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 Rentenanspruch 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 Termin: 30.07.2019	Besteht für einen Verband von Ersatzkassen eine Prozessführungsbefugnis zur Geltendmachung von Wettbewerbsansprüchen seiner Mitglieds-kassen gegenüber einer anderen Krankenkasse?	SG Berlin, Urt. v. 12.04.2018 - S 56 KR 3964/15	18-03-164
Rückstellungen wegen Haftungsrisiko bei Schließung anderer Betriebskrankenkassen	B 1 A 2/19 R	Darf eine Betriebskrankenkasse Rückstellungen für individuelle Schätzverpflichtungen wegen des Haftungsrisikos bei Schließung anderer für Betriebsfremde geöffnete Betriebskrankenkassen bilden?	LSG Bayern, Urt. v. 15.01.2019 - L 5 KR 630/17 KL -	19-02-136
Arbeitsgemeinschaft von Krankenkassen: Erteilung von Auskünften	B 1 A 1/19 R	Werden die Aufsichts- und Prüfrechte gegenüber einer in der Form der Aktiengesellschaft (AG) geführten Arbeitsgemeinschaft im Sinne des § 94 Absatz 1a SGB X (vergleiche § 88 SGB IV, § 94 Absatz 2 SGB X) durch die Verschwiegenheitspflichten des Vorstands und des Aufsichtsrats einer AG beschränkt?	LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 21.02.2018 - L 11 KR 779/12 KL -	19-02-135

GBA

Sonstiges

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
----------------	---	---	--	-----------