

Rechtsprechungsinformationsdienst 20-01

REDAKTION	5
EDITORISCHE HINWEISE	5
A. VERTRAGS ARZTRECHT	6
I. Honorarverteilung	6
1. Regelleistungsvolumen/QZV	6
a) Unterschiedliche RLV: Nuklearmedizin, Diagnostische Radiologie mit oder ohne CT/MRT	6
b) Neupraxenregelung: Vorherige Tätigkeit als angestellter Arzt nicht anzurechnen	6
c) Übernahme des Patientenstamms nach Umwandlung der Angestelltenstelle eines MVZ	7
2. Honorierung der Radiologen im Quartal III/09 (KV Schleswig-Holstein)	7
3. Quotierung von Notfall(Labor-)Leistungen	7
4. Quotierung der sog. Sonstigen Hilfen	8
5. Kein BAG-Zuschlag bei Jobsharing-Anstellung	8
6. Aufhebung bestandskräftiger Honorarbescheide: Ermessensentscheidung	9
7. Vergütungsanspruch eines ermächtigten Krankenhausarztes: Rechtsweg	9
II. Sachlich-rechnerische Berichtigung	9
1. Zeitbezogene Plausibilitätsprüfung: Chronikerpauschale/Weiterbildungsassistent	9
2. Verletzung der Fortbildungspflicht: „Zweiter“ Fünfjahreszeitraum	11
3. Nr. 10324 EBM (Behandlung Naevi Flammei und/oder Hämangiomen)	11
III. Genehmigung/Qualitätssicherung/Notdienst/Disziplinarrecht	11
1. Beratungsbefugnis der KV/Kein Führen einer Schwerpunktbezeichnung bei fehlender Zulassung	12
2. Keine Bedarfsplanung in einer Diabetes-Vereinbarung	12
3. Notdienst: Erhebung einer Umlage	12
4. Disziplinarrecht	13
a) Anordnung des Ruhens der Zulassung: Missbrauch der Form einer BAG	13
b) Disziplinarbuße nach bestandskräftigen Entscheidungen zur Unwirtschaftlichkeit	13
IV. Wirtschaftlichkeitsprüfung/Arzneikostenregress/Schadenersatz	13
1. Vergleichsgruppe bei psychologischen Psychotherapeuten/Nr. 23220 EBM	14
2. Einzelfallprüfung Nr. 23220 EBM (Psychotherapeutisches Gespräch)	14
3. Wirtschaftlichkeitsprüfung auch bei zu erwartenden geringen Regressbeträgen	14
4. Vertragsärztliche Verordnung während stationärer medizinischer Rehabilitation	15
5. Klagefrist nach Ausführungsbescheid zum erstinstanzlichen Urteil im Berufungsverfahren	15
6. Zahnärzte	16
a) Weniger als 100 Behandlungsfälle bei einer repräsentativen Einzelfallprüfung mit Hochrechnung	16
b) MKG-Chirurg/Überschreitung der Annexzuständigkeit	16
V. Zulassungsrecht	17
1. Zulassung	18
a) Zulassungsfähigkeit von Herzchirurgen	18
b) Sonderbedarfzulassung: Zumutbare Wege/Benachbarte Planungsbereiche	18
c) Nachbesetzungsverfahren	18
aa) Keine Fortführungsfähigkeit nach Ruhen	18
bb) „Klima“ zwischen Praxisabgeber und potentiellm Praxisnachfolger	19
2. Sozialpädiatrisches Zentrum: Zumutbare Versorgung durch andere SPZ	19
3. Zulassungsentziehung	19
a) Strafrechtliche Verurteilung wegen Betrugs/Honorarkürzungen	19
b) Täuschung über Organisation und Struktur einer üBAG/Gesamtheit der Pflichtenverstöße	20
c) Pflicht zur Fortbildung: Keine automatische Zulassungsentziehung bei schwerer Erkrankung	21
4. Anfechtungsbefugnis gegenüber Ermächtigung eines Krankenhausarztes	21
VI. Hausarztzentrierte Versorgung/Kassenärztliche Vereinigung	21
1. Hausarztzentrierte Versorgung: Bestimmung einer neuen Schiedsperson	22
2. Zuständigkeit für Aufsichtsklage drittbetroffener KV	22
VII. Streitwert/Verschiedenes	22
1. Einstweilige Anordnung gegen Honorarbehalt: Zinsinteresse von 5% für zwei Jahre	23

VIII. Bundessozialgericht (BSG)	23
1. Honorarverteilung	23
a) Erhöhung des RLV: Spezialleistungen	23
b) Reaktionspflicht des Normgebers bei dauerhaftem Punktwerteabfall	23
c) Strukturzuschlag auch für psychotherapeutische Ausbildungsambulanz	24
2. Sachlich-rechnerische Berichtigung	24
a) Plausibilitätsprüfung	24
aa) Zeitbezogene Plausibilitätsprüfung: Untersuchung von Folgequartalen	24
bb) Übertragung der Prüfung auf Folgequartale/Bronchoskopie nach Nr. 09315 EBM	24
b) Schein-BAG: Honorarrückforderung (14,7 Mio € für sämtliche Quartale II/93 bis III/03)	25
c) Berechnung der Rückforderung und vorherige Kürzungen	25
d) Akupunktur	25
3. Antragserfordernis für Genehmigung labormedizinischer Leistungen auch für Laborarzt	25
4. Fachgebietsgrenzen und Abrechnungsgenehmigung	26
5. Erforderlichkeit einer Vertretergenehmigung	26
6. Notdienst: Heranziehung zum Bereitschaftsdienst bei Betrieb einer Zweigpraxis	26
7. BVerfG: Disziplinarrecht/„Ärztestreik“	26
8. Arzneikostenregress: Verordnung von Defekturarzneimittel	27
9. Zulassungsrecht	27
a) Beschäftigung einer Ärztin in der fachinternistischen und hausärztlichen Versorgung	27
b) Umfang der Überweisungsbefugnis eines ermächtigten Krankenhausarztes	27
c) Zulassungsentziehung: Visuelles Ausspionieren der Praxisangestellten in ihrer Intimsphäre	28
10. EHV KV Hessen: Höhe der Versorgung 2015/16/Rederecht eines Beiratsmitglieds	28
B. KRANKENVERSICHERUNGSRECHT	29
I. Vertrags (zahn)ärztliche Behandlung	29
1. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	29
a) PET-CT bei Prostatakarzinom zum Staging	29
b) Haarentfernung durch Laser (IPL-Epilation)	29
c) Liposuktionsbehandlung	30
d) Multigenexpressionstests Oncotype DX (Brustkrebstest)	30
e) Obstruktive Schlafapnoe mit einer Unterkieferprotrusionsschiene	30
2. Psychotherapeutische Behandlung eines Suizidgefährdeten in angemessener Zeit	30
II. Stationäre Behandlung	31
1. Stationäre Behandlung in der Schweiz: OSG-Prothese	31
III. Kostenersatzung	31
1. Genehmigungsfiktion	31
a) Wirksamkeit des Antrags und Anforderung einer Vollmacht	31
b) Sachleistungsanspruch (Hautstraffungsoperation u. Liposuktion)	31
c) Schriftform zur Verlängerung der Fünfwochenfrist	32
d) Cannabisblüten: Vertragsärztliche Verordnung auf Betäubungsmittelrezept nicht erforderlich	32
e) Rücknahme einer fingierten Genehmigung	32
f) Aufhebung einer rechtswidrigen Feststellung der Genehmigungsfiktion	32
2. GOÄ-konforme Rechnung als Voraussetzung	33
IV. Arzneimittelversorgung	33
1. Off-Label-Use: Iluvien zur Behandlung eines Makulaödems	33
2. Cannabis	33
a) Schwerwiegende Erkrankung/Suchterkrankung	33
b) Ausschöpfen der Therapiemöglichkeiten	34
V. Hilfsmittel	34
1. Wasserdichte Prothese	34
2. Badeprothese	34
3. Fußhebersystem zum unmittelbaren Behinderungsausgleich	35
4. Umstrittene Zusatzfunktion eines Hilfsmittels (Stehtrainer mit Balancefunktion)	35
5. Gerät gammaCore: Hilfsmittel zur Sicherung des Erfolgs der Krankenbehandlung	35
6. OrCam MyEye	35
7. Hörgeräteversorgung	36
a) Wesentlicher Gebrauchsvorteil: Objektivierung des subjektiven Hörvermögens	36
b) Hören/Festbetrag/Erlass einer einstweiligen Anordnung	36

VI. Häusliche Krankenpflege/Fahrkosten/Zuzahlung	36
1. Medizinische Behandlungspflege in ambulant betreuter Wohngemeinschaft	36
2. Fahrkosten	37
a) Fahrkosten zu einer ambulanten Implantat-Behandlung	37
b) Kein Anspruch auf Fahrkosten für Leerfahrten der Begleitperson	37
c) Übernahme von Fahrkosten zur Dialyse im Ausland	37
d) Einholung einer vorherigen Genehmigung	37
3. Zuzahlung: Belastungsgrenze für nichteheliche Lebensgemeinschaft	38
VII. Beziehungen zu Krankenhäusern	38
1. Vergütungsanspruch/Fälligkeit	38
a) Keine Notwendigkeit stationärer Behandlung: Kielbrust (Pectus carinatum) bei Jugendlichen	38
b) Notwendigkeit einer stationären Entwöhnung	38
c) Nachträgliche Rechnerkorrektur durch Krankenhaus	38
d) Anpassung der Kodierung an Prüfergebnis des MDK	39
e) Verwirkung eines Rückforderungsanspruchs	39
f) Bis zum 09.11.2018 rechtshängige Klage: Vierjährige Verjährungsfrist	39
2. Praxiskliniken können keinen Versorgungsvertrag abschließen	39
3. Fallpauschalen	40
a) Tracheobronchoskopie	40
b) Kodierung einer Verdachtsdiagnose/Komplexbehandlung	40
c) Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung nach der Neufassung	40
d) Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei infektiösen und parasitären Krankheiten	41
e) Respiratorische Insuffizienz	41
f) Berechnung einer Beatmungszeit/Entwöhnung	41
g) Zweimalige Oberschenkelfraktur	41
h) Autogene/autologe matrixinduzierte Chondrozytentransplantation	42
i) Protrahierte Geburt: Mindestdauer von 18 Stunden regelmäßiger Wehentätigkeit	42
j) Ernährungsprobleme und unsachgemäße Ernährung	42
4. Aufwandspauschale/Auffälligkeitsprüfung: Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung	42
VIII. Beziehungen zu Leistungserbringern und Arzneimittelherstellern	43
1. Apotheken: Rückerstattung der Umsatzsteuer für Arzneimittelzubereitungen	43
2. Arzneimittelhersteller	43
a) Rückerstattung von gezahlten Herstellerrabatten gegen niederländische Versandapotheke	43
b) Nutzenbewertung des Wirkstoffs Lixisenatid	44
3. Häusliche Krankenpflege	44
a) Schadensersatzanspruch der Krankenkasse gegen Pflegekraft	44
b) Unterlassungsbegehren im Schiedsverfahren	44
4. Krankentransportunternehmer: Verlegung in eine andere Klinik desselben Plankrankenhauses	45
IX. Angelegenheiten der Krankenkassen	45
1. Pflicht des Versicherten zur Auskunftserteilung über Person des Schädigers	45
2. Vertrag zur integrierten Versorgung: Unzulässige Erweiterung der ambulanten Operationen	45
3. Kosten des Sprechstundenbedarfes: Einstrahlende Krankenkasse	46
4. Frist zur Vorlage der gutachtlichen Stellungnahme des MDK	46
X. Verfahrensrecht	46
1. Zweitinstanzliche Entscheidung durch Beschluss	46
XI. Bundessozialgericht (BSG)	47
1. Keine Behandlung durch nichtärztliche Podologen bei Systemmangel (Nagelspannenkorrektur)	47
2. Qualitätsanforderungen für Behandlungsalternative (Liposuktion bei Lipödem)	47
3. Genehmigungsfiktion	47
a) Leistungskatalog der GKV und neue Methode	47
b) Vertrauen auf Bewilligung	47
c) Frist: Unterrichtung über MDK innerhalb der Drei-Wochen-Frist	48
d) Erstattung der über den Festbetrag hinausgehenden Kosten eines Arzneimittels	48
e) Hilfsmittel des Behinderungsausgleichs	48
4. Beziehungen zu Krankenhäusern	48
a) Einsichtnahme in Behandlungsunterlagen	48
b) Fallpauschale: Kodierung einer Schlüsselnummer des Alphabetischen Verzeichnisses	49
c) Beatmung eines Frühgeborenen mittels High-Flow-Nasenkanüle	49
d) Feststellungsklage auf Feststellung der Verfahrenskostentragung	49
5. Schiedsspruch: Anforderungen an einen Nutzenbewertungsbeschluss	49

C. ENTSCHEIDUNGEN ANDERER GERICHTE	50
I. Ärztliches Berufsrecht	50
1. Widerruf/Ruhen/Wiedererteilung der Approbation/Berufserlaubnis	50
a) Widerruf der Approbation wegen nichtberufsspezifischer Pflichtverletzung (Steuerhinterziehung)	50
b) Zusätzliche berufsrechtliche Disziplinierung	50
2. Strafrecht	51
a) BGH: Anordnung eines Berufsverbots	51
b) Missbrauch durch einen „Heiler“ unter Vorgabe der Notwendigkeit der sexuellen Handlung	51
3. Mindestvoraussetzungen für Übernahme einer Vertretungstätigkeit	51
4. Zulassung eines Praxisvertreters bei Ruhen der Approbation	52
5. Anspruch auf Erteilung eines neuen, inhaltlich korrigierten Arztbriefs	52
II. Arzthaftung	52
1. Bundesgerichtshof (BGH)	52
a) Pflicht zur Erhebung und Sicherung medizinischer Befunde	52
b) Nicht allgemein anerkanntes Behandlungskonzept/Aufklärung	53
c) Gebot rechtlichen Gehörs: Erfassung des Sinns des Parteivortrags	53
2. Behandlungsfehler	53
a) Unterlassen einer mikrochirurgischen Dekompressionsoperation	53
b) Wunschsectio: Maximale Planung/Aufklärung	53
c) Fehlerhafte geburtshilfliche Behandlung der Mutter/Schmerzensgeld	53
d) Einwendungen des Patienten gegen Sachverständigengutachten	54
e) Verjährungsbeginn bei Verdacht eines arztfehlerhaften Verhaltens	54
3. Aufklärung/Einwilligung	54
a) Aufklärung und Operation durch Assistenzarzt (Hüftendoprothesenoperation)	54
b) Verwendung eines nicht passenden Aufklärungsformulars	54
c) Verharmlosung eines Morbus Sudeck als vegetative Reizerscheinung/Entscheidungskonflikt	55
d) Kniegelenkspunktion	55
e) Kosmetische Operation	55
ANHANG I: BSG - ANHÄNGIGE REVISIONEN VERTRAGSARZTRECHT	56
ANHANG II: BSG - ANHÄNGIGE REVISIONEN KRANKENVERSICHERUNG	61

Redaktion

Die Verantwortung für den Inhalt liegt ausschließlich bei der Redaktion.

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

e-mail: pawlita@web.de;

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

Telefax: 0641/250 2801.

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

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

Ältere Ausgaben sind z.T. über die **homepage** der **Deutschen Gesellschaft für Kassenarztrecht e.V.** verfügbar:

www.dg-kassenarztrecht.de.

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

Editorische Hinweise

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

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 09.02.2020 eingestellten Entscheidungen.

A. VERTRAGS ARZTRECHT

I. Honorarverteilung

Nach BSG v. 11.12.2019 - **B 6 KA 10/18 R** - bleibt einer **KZV** die mit der Einstellung von Forderungen gegen den Zahnarzt in das **Kontokorrent** verbundene **Aufrechnungsmöglichkeit** auch dann erhalten, wenn ihre Forderung - z.B. auf Rückzahlung von Honorar nach Richtigstellung - erst **nach Kenntnis einer Abtretung der Honoraransprüche** durch den Vertragszahnarzt entsteht. Das trägt dem Umstand Rechnung, dass die KZV nicht die Möglichkeit hat, einseitig und sofort die Rechtsbeziehungen zu einem Zahnarzt zu beenden, der eine Globalzession seiner Honoraransprüche offenlegt. Eine KZV ist vielmehr verpflichtet, Abschlagszahlungen und Quartalshonorarzahlungen weiterhin zu leisten, solange die Zulassung fortbesteht. Würde ihr die Aufrechnungsmöglichkeit z.B. bei nachträglichen Richtigstellungen, Degressionsabzügen, Regressen aufgrund Wirtschaftlichkeitsprüfung oder Honorarkürzungen bei Verletzung der Fortbildungspflicht genommen, hätte das eine einseitige Freistellung des einzelnen Zahnarztes von den Folgen seines Tuns zu Lasten aller Mitglieder der KZV zur Folge. Das wäre mit den Verpflichtungen nach dem Vierten Kapitel des SGB V nicht vereinbar. Die deshalb erforderliche Modifikation der Regelung in § 406 BGB durch Zuerkennung einer erweiterten Aufrechnungsmöglichkeit gilt **für alle Ansprüche**, die der KZV gegenüber dem Zahnarzt **aus dessen vertragszahnärztlicher Tätigkeit** zustehen. Dazu gehören auch Kostenerstattungsansprüche gegen den Zahnarzt aufgrund von Gerichtsverfahren, die im Zusammenhang mit der vertragszahnärztlichen Tätigkeit angefallen sind. Für **Ansprüche, die nicht durch die Besonderheiten des vertragszahnärztlichen Abrechnungssystems geprägt** sind, wie hier für Ansprüche auf Vertragsstrafen, verbleibt es dagegen bei den allgemeinen Regeln.

1. Regelleistungsvolumen/QZV

a) Unterschiedliche RLV: Nuklearmedizin, Diagnostische Radiologie mit oder ohne CT/MRT

LSG Schleswig-Holstein, Urteil v. 04.06.2019 - L 4 KA 41/16

RID 20-01-1

Revision anhängig: B 6 KA 30/19 R

juris

SGB V §§ 85 IV, 87b

Der Beschluss des erweiterten Bewertungsausschusses vom 27./28. August 2008 ist auch insoweit rechtlich nicht zu beanstanden, als nach Teil F Nr. 2.1 Satz 1 **unterschiedliche RLV** für Fachärzte für Nuklearmedizin, Fachärzte für Diagnostische Radiologie ohne oder mit Vorhaltung von CT und MRT, mit Vorhaltung von CT und mit Vorhaltung von MRT gebildet werden.

Bei von einem Facharzt für Radiologie erbrachten schnittbildradiologischen Leistungen handelt es sich **nicht um spezielle Leistungen**, die von den übrigen Praxen der Fachgruppe nicht angeboten werden, sondern um ein „Mehr“ an fachgruppentypischen Leistungen. Sofern eine BAG gebildet wird, gehört es zur unternehmerischen Freiheit, deren Zusammensetzung und dementsprechend das Leistungsspektrum der jeweiligen Praxispartner zu wählen. Bei einer BAG wird das RLV arzt- und nicht praxisbezogen ermittelt, eine Mischkalkulation ist nicht vorgesehen.

Die Kl. war im streitgegenständlichen Zeitraum eine aus dem Facharzt für Diagnostische Radiologie Dr. A und dem Facharzt für Radiologie M bestehende BAG. M verfügte über eine Genehmigung zur Durchführung von CT- und MRT-Leistungen. Die BAG hielt einen CT und MRT vor. Die Kl. begehrt eine höhere Honorierung für das Quartal II/09. In abgetrennten bzw. ruhend gestellten Verfahren wendet sie sich gegen die Honorierung in den Quartalen I/09 und III/09 bis II/10. **SG Kiel**, Gerichtsbs. v. 06.06.2016 - S 14 KA 697/15 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

Parallelverfahren:

LSG Schleswig-Holstein, Urteil v. 04.06.2019 - L 4 KA 42/16

RID 20-01-2

Revision anhängig: B 6 KA 31/19 R

juris

b) Neupraxenregelung: Vorherige Tätigkeit als angestellter Arzt nicht anzurechnen

SG Berlin, Urteil v. 30.10.2019 - S 87 KA 1066/16

RID 20-01-3

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 87b

Leitsatz: Der **Neupraxenstatus** entfällt, wenn ein Arzt vor seiner Tätigkeit in einem MVZ oder einer BAG **im selben Planungsbereich vertragsärztlich tätig** war. Vertragsärztlich tätig in diesem Sinne ist nicht ein **angestellter Arzt**. Die vorherige Tätigkeit als angestellter Arzt im Planungsbereich lässt den Neupraxenstatus nicht entfallen.

Das **SG** hob den angefochtenen Bescheid insoweit auf, als die Erhöhung der Fallzahlen im Rahmen der Neupraxenregelung für die am MVZ Krankenhaus H. angestellte Ärztin Frau A. für die Quartale II/12 bis IV/12 abgelehnt wird, und verpflichtete die Bekl., der Kl. für die am MVZ Krankenhaus H. angestellte Ärztin bei der Berechnung des Regelleistungsvolumens eine Fallzahlerhöhung im Rahmen der Neupraxenregelung für die Quartale II-IV/12 zu gewähren. Es wies im Übrigen die Klage ab.

c) Übernahme des Patientenstamms nach Umwandlung der Angestelltenstelle eines MVZ

SG Marburg, Gerichtsbescheid v. 05.02.2020 - S 12 KA 39/17

RID 20-01-4

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

Leitsatz: Nach **Umwandlung der Angestelltenstelle eines MVZ** nach § 95 Abs. 9b SGB V wird der Versorgungsauftrag in den Bereich eines zugelassenen Vertragsarztes verlagert. Der **Patientenstamm** wird jedenfalls dann **übernommen**, wenn das Gebiet der ausscheidenden Ärztin nach der Umwandlung im MVZ nicht mehr vertreten ist. Damit fehlt es an den Voraussetzungen für eine Sonderregelung zum Regelleistungsvolumen aufgrund der sog. Jungpraxenregelung.

Das **SG** wies die Klage ab.

2. Honorierung der Radiologen im Quartal III/09 (KV Schleswig-Holstein)

LSG Schleswig-Holstein, Urteil v. 14.06.2019 - L 4 KA 12/17

RID 20-01-5

Revision anhängig: B 6 KA 29/19 R
juris
SGB V § 87b

Es bestehen keine grundsätzlichen Einwände gegen die **Höhe der Honorierung der Radiologen** im Quartal III/09.

Es ist zulässig, für die Mitglieder einer **BAG der Fachgruppe der Radiologen unterschiedliche Fallwerte** zugrunde zu legen, je nachdem, ob sie eine Genehmigung für CT oder MRT haben oder nicht.

Die Facharztgruppe der **Nuklearmediziner** war im Quartal III/09 nicht als **kleine Arztgruppe** zu qualifizieren, da im maßgeblichen Bezugsquartal III/08 21 Nuklearmediziner zugelassen waren. Bei der Zahl der Ärzte ist nicht auf die Anzahl der Arztstellen – dies waren 19,66 – abzustellen, sondern maßgeblich war die Anzahl der niedergelassenen Ärzte nach Köpfen (mehr als 20).

Eine Kürzung aufgrund der **Überschreitung der Jobsharing-Obergrenze** ist im Rahmen der **Konvergenz** zu berücksichtigen.

Eine **Nachvergütung** für das Quartal III/08 ist bei Ermittlung des **Vergleichshonorars** im Basisquartal mit einzubeziehen.

Die kl. radiologische BAG, Fachärzte für Diagnostische Radiologie und Nuklearmedizin, beehrte eine höhere Honorierung für das Quartal III/09. Die entsprechenden abgetrennten Verfahren für die Quartale I und II/09 und IV/09 bis II/10 sind ruhend gestellt. **SG Kiel**, Urt. v. 20.07.2016 wies die Klage ab, das **LSG** verpflichtete die Bekl. zur Neubescheidung.

3. Quotierung von Notfall(Labor-)Leistungen

SG München, Urteil v. 09.10.2019 - S 38 KA 489/17

RID 20-01-6

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

Leitsatz: I. Die **Begründung** eines **Verwaltungsaktes** muss sich grundsätzlich auf den konkreten Fall beziehen (vgl. Kopp/Ramsauer, Komment. zum VwVfG, Rn 19 zu § 39, inhaltsgleich mit § 35 SGB X). Deshalb besteht ein Zusammenhang mit der Begründung des Bescheides und der Argumentation des Adressaten/Widerspruchsführers. Die Behörde muss sich deshalb insbesondere mit den vorgetragenen Argumenten des Adressaten/Widerspruchsführers befassen und auseinandersetzen. Solche Ausführungen zählen deshalb zu den wesentlichen Gründen.

II. Mit der **Quotierung bei Laborleistungen** soll eine bundesweite gleiche Vergütung dieser Leistungen sichergestellt werden und damit die in der Vergangenheit oft zu beobachtende Praxis, dort Laborleistungen zu erbringen, wo die Vergütung am höchsten ist, unterbunden werden.

III. Auch die **Quotierung von Notfall(Labor-)Leistungen** ist rechtmäßig. Sie beruht auf der Präambel Nr. 1 der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM. Die Regelung in § 87b Abs. 1 S. 3 SGB V steht nicht entgegen, da es sich nicht um eine Minderung handelt, die sich originär aus dem Honorarverteilungsmaßstab der Beklagten ergibt, sondern aus dem EBM.

Die Klage richtet sich gegen die Ausgangsbescheide für die in den Quartalen II-IV/16 vorgenommenen Quotierungen der labormedizinischen Leistungen aus dem Kapitel 32.2 und 32.3 EBM. Das *SG* wies die Klage ab.

4. Quotierung der sog. Sonstigen Hilfen

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 26.06.2019 - L 11 KA 67/17

RID 20-01-7

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 87b

Die Vergütung der sog. **Sonstigen Hilfen** der Abschnitte 1.7.5 (Empfängnisregelung), 1.7.6 (Sterilisation) und 1.7.7 (Schwangerschaftsabbruch) EBM **budgetiert** innerhalb der MGV und damit **quotiert** außerhalb des RLV ist nicht zu beanstanden.

Die Beteiligten streiten über die Rechtmäßigkeit der Honorarfestsetzung für die Quartale IV/10 und I/11. Die Kl. ist als Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe in L niedergelassen und zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Sie beschäftigt eine angestellte Gynäkologin. *SG Düsseldorf*, Urt. v. 25.05.2016 - S 33 KA 357/11 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

Parallelverfahren:

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 26.06.2019 - L 11 KA 58/16

RID 20-01-8

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 26.06.2019 - L 11 KA 59/16

RID 20-01-9

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

5. Kein BAG-Zuschlag bei Jobsharing-Anstellung

LSG Bayern, Urteil v. 16.01.2019 - L 12 KA 21/18

RID 20-01-10

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 32/19 R

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 87b, 95 IX, 101 I 1 Nr. 5; Ärzte-ZV § 33 II

Bei Einzelpraxen mit **Jobsharing-Angestellten** sind die **Arztfälle** identisch mit den Behandlungsfällen des anstellenden Arztes. Dadurch besteht hier kein Bedarf für eine Ausgleichsregelung. Praxen mit Jobsharing-Angestellten nach § 95 IX 2 SGB V unterliegen anders als Praxen mit angestellten Ärzten nach § 95 IX 1 SGB V einer strengen Leistungsbegrenzung. Mit dieser **Leistungsbegrenzung** wäre ein 10%-Aufschlag auf das Regelleistungsvolumen nicht zu vereinbaren. Denn ein solcher Aufschlag würde nur aufgrund des Umstandes gewährt werden, dass der Vertragsarzt seine Tätigkeit mit einem (angestellten) Jobsharing-Partner ausübt - obwohl durch den Jobsharing-Arzt gerade keine Ausweitung des Leistungsumfanges erfolgen soll. Nr. 7.3.6 HVM KV Bayern ist daher nicht auf Jobsharing-Konstellationen anwendbar.

Der Kl., der Lungenarzt ist, wendet sich dagegen, dass er im Quartal I/16 keinen sog. BAG-Zuschlag gem. Abschnitt B Nr. 7.3.6 HVM erhalten hat. In diesem Quartal war in der kl. Praxis Frau Dr. M, Internistin mit Schwerpunkt Pneumologie und Schlafmedizinerin, als sog. Jobsharing-Partnerin angestellt. Zur Begründung führte die Bekl, aus, bei Jobsharing-Praxen finde die Zuschlagsregelung keine Anwendung. Der Praxisumfang dürfe nicht erweitert werden. Jobsharing-Praxen seien wie Einzelpraxen zu behandeln. **Nr. 7.3.6 HVM lautet:** „RLV-Erhöhung für Berufsausübungsgemeinschaften, medizinische Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten (BAG-Zuschlag): Aufgrund der gewählten Fallzahlbestimmung für das RLV (RLV-relevante Arztfälle entsprechen in einer Einzelpraxis den RLV-relevanten Behandlungsfällen, in einer Berufsausübungsgemeinschaft, medizinischen Versorgungszentrum und Praxen mit angestellten Ärzten ergeben sich die RLV-relevanten Arztfälle aus dem prozentualen Anteil der RLV-relevanten Arztfälle an den RLV-relevanten Behandlungsfällen) wird zum Ausgleich ein BAG-Zuschlag gewährt.“ *SG München*, Urt. v. 21.03.2018 - S 38 KA 338/17 - RID 18-02-4 wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

6. Aufhebung bestandskräftiger Honorarbescheide: Ermessensentscheidung

SG München, Urteil v. 09.10.2019 - S 38 KA 70/18

RID 20-01-11

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 87b; SGB X § 44 II

Leitsatz: I. Im Rahmen der nach § 44 Abs. 2 S. 2 SGB X zu treffenden **Ermessensentscheidung** kann dem **Aspekt der Gesamtvergütung**, die im aktuellen Quartal an die Vertragsärzte ausgekehrt werden soll, ohne dass diese durch Belastungen aus den Vorquartalen geschmälert wird, maßgebliche Bedeutung beigemessen werden.

II. Zur Handlungsfreiheit der Kassenärztlichen Vereinigung gehört auch, dass diese die finanziellen **Auswirkungen** einer positiven Entscheidung für die **Gesamtheit der Vertragsärzte** in die Ermessensabwägungen mit einstellt (vgl. BSG, Urt. v. 20.06.2005 - B 6 KA 21/04 R - SozR 4-1300 § 44 Nr. 6). Dabei kommt es nicht darauf an, welche finanziellen Auswirkungen eine Nachvergütung bei einem einzelnen Vertragsarzt wie dem Kläger für die Gesamtheit hätte. Denn im Zuge der Gleichbehandlung der Vertragsärzte nach Art. 3 GG müssten bei allen Vertragsärzten, die von der Rechtsänderung betroffen und deren Honorarbescheide ebenfalls bestandskräftig sind, ebenfalls die Honorarbescheide für die Vergangenheit aufgehoben werden und entsprechende Nachvergütungen erfolgen. In diesem Fall kann kein Ermessensfehler darin gesehen werden, die finanziellen Interessen der Gesamtheit der Vertragsärzte vorrangig zu berücksichtigen.

III. Ein **individuelles Betroffensein** – egal in welchem Umfang – muss bei der Ermessensentscheidung hinstehen.

Das SG wies die Klage ab.

7. Vergütungsanspruch eines ermächtigten Krankenhausarztes: Rechtsweg

SG Marburg, Gerichtsbescheid v. 06.12.2019 - S 12 KA 360/18

RID 20-01-12

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGG § 51 I Nr. 2; SGB V §§ 116, 120 I 3

Leitsatz: Für Streitigkeiten um den **Vergütungsanspruch eines ermächtigten Krankenhausarztes** gegen den Krankenhausträger nach § 120 Abs. 1 Satz 3 SGB V ist der Rechtsweg zu den Sozialgerichten (Kammern für Vertragsarztrecht) eröffnet (§ 51 Abs. 1 Nr. 2 SGG).

Die Beteiligten stritten ursprünglich um das Honorar aus der Tätigkeit als ermächtigter Arzt für die Quartale III u. IV/16 in Höhe von 61.933,52 € Nach Abgabe eines Anerkenntnisses des bekl. Krankenhausträgers bzgl. der Hauptforderung und Annahme durch den Kl. streiten die Beteiligten noch über die Nebenforderungen und die Verfahrenskosten. Das SG wies die Klage ab.

II. Sachlich-rechnerische Berichtigung

1. Zeitbezogene Plausibilitätsprüfung: Chronikerpauschale/Weiterbildungsassistent

SG Dresden, Beschluss v. 21.11.2019 - S 25 KA 147/19 ER

RID 20-01-13

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 106d; SGG §§ 86a II Nr. 4, 86b I 1 Nr. 2

Leitsatz: 1. Die **Tages- und Quartalszeitprofile** für Plausibilitätsprüfungen in Arztpraxen mit angestellten Ärzten sind **arztbezogen, nicht praxisbezogen**, zu bilden. Dies gilt auch für Prüfzeiträume vor dem Inkrafttreten der Richtlinien zum Inhalt und zur Durchführung der Prüfungen gemäß § 106d Absatz 6 SGB V (Abrechnungsprüfungs-Richtlinien - AbrPrRL) vom 07.03.2018, soweit § 8 AbrPrRL nach § 22 Absatz 3 AbrPrRL rückwirkend auf Verfahren anzuwenden ist, die am 31.12.2014 noch nicht rechtskräftig abgeschlossen waren. § 8 Absatz 3 der Richtlinien nach § 106a Absatz 2 SGB V in der bis zum 31.03.2018 geltenden Fassung vom 01.07.2008 ist insoweit nicht anzuwenden.

2. Die **Ausschlussfrist** von zwei Jahren für den Erlass von Richtigstellungsbescheiden gemäß § 106d Absatz 5 Satz 3 SGB V in der Fassung **TSVG** gilt nicht für Honorarrückforderungen, bei denen der Ausgangsbescheid noch vor dem Inkrafttreten der Neuregelung am 11.05.2019 bekannt gegeben wurde und damit noch einer Ausschlussfrist von vier Jahren unterlag.

Die Beteiligten streiten über die Rückforderung vertragsärztlicher Honorare in Höhe von 466.817,88 € für die Quartale I/16 bis I/18 aufgrund sachlich-rechnerischer Richtigstellungen. Der Ast. nahm in diesem Zeitraum als Facharzt für Innere Medizin an der hausärztlichen Versorgung teil. In der Praxis des Ast. waren in dieser Zeit fünf angestellte Ärzte, denen eine eigene Lebenslange Arztnummer (LANR) zugewiesen war, beschäftigt, u.a. der angestellte Arzt S. H. in Vollzeit. Daneben war vom 01.02.2016 bis zum 31.01.2018 die Ärztin A. P. als Assistentin in Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin in Vollzeit tätig. Das SG ordnete die aufschiebende Wirkung der Klage des Ast. vom 29.10.2019 gegen 1. den Bescheid des Plausibilitätsausschusses der Ag. vom 07.01.2019 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides der Ag. vom 11.10.2019 über die Durchführung einer Plausibilitätsprüfung gemäß § 106d II SGB V bzgl. der unter der lebenslangen Arztnummer des Ast. 3 in den Quartalen I/16 bis I/18 abgerechneten Leistungen – S 25 KA 179/19 –, 2. den Bescheid des Plausibilitätsausschusses in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 11.10.2019 über die Durchführung einer Plausibilitätsprüfung gemäß § 106d II SGB V bzgl. der unter der lebenslangen Arztnummer des angestellten Arztes S. H. in den Quartalen I/16 bis I/18 abgerechneten Leistungen - S 25 KA 194/19 - an.

Aus den Gründen:

„(...) 82 Das Gericht lässt im Rahmen des Antrags auf vorläufigen Rechtsschutz **offen**, ob die Antragsgegnerin sich auch bei der Ermittlung der Zeitprofile als Grundlage für die Feststellung der sachlich-rechnerischen Unrichtigkeit auf der zweiten Stufe der Plausibilitätsprüfung **zulässig auf die im Anhang 3 zum EBM festgelegten Prüfzeiten** für nicht zeitgebundene Abrechnungspositionen, insbesondere für die **hausärztlichen Versichertenpauschalen** (Nr. 03003 bis 03005) und die Zuschläge für die Behandlung chronisch Kranker (sog. **Chronikerpauschale**, Nr. 03220 EBM) stützen durfte. Die Rechtsprechung des BSG hatte die Rechtmäßigkeit dieser Prüfzeiten bislang noch nicht im Einzelnen zu beurteilen (...).

83 Vor dem Hintergrund, dass es sich um **Mindestdurchschnittszeiten** handelt, ist der **Vortrag des Antragstellers**, dass es möglich sei, den obligaten Leistungsinhalt in **deutlich kürzerer Zeit** als der Prüfzeit zu erbringen, allein nicht geeignet, die Rechtmäßigkeit der Prüfzeiten für die Versicherten- und Chronikerpauschalen in Zweifel zu ziehen, zumal namentlich der Zuschlag für die Behandlung von Chronikern gerade dem **statistischen Mehraufwand für die Betreuung** dieses Patientenkreises Rechnung tragen sollte. Im Gegensatz zu den komplexen Abrechnungsvoraussetzungen ist die dieser Abrechnungsposition beigemessene kalkulatorische Arbeitszeit des Arztes, soweit ersichtlich, bislang von Seiten der abrechnungsberechtigten Ärzte nicht ernstlich in Frage gestellt worden.

84 Andererseits ist der **notwendige Mindestzeitaufwand** für die Erbringung des **obligaten Leistungsinhalts** (im Wesentlichen der Arzt-Patienten-Kontakt) **so gering** und lässt der **breite fakultative Leistungsinhalt** der Versichertenpauschalen eine **so unterschiedliche Leistungsausgestaltung** unter ein und derselben Gebührenordnungsposition zu, dass sich durchaus die Frage stellt, ob die Prüfzeit tatsächlich den durchschnittlichen Mindestaufwand widerspiegelt, der unabhängig vom individuellen Leistungsprofil und der jeweiligen Patientenklientel in allen Arztpraxen, welche die Gebührenordnungsposition abrechnen können, als notwendig unterstellt werden kann. Bei nicht zeitgebundenen Leistungen ohne einen spezifischen obligaten Leistungsinhalt ist dies im Wesentlichen eine **empirische Frage**. Denn es gibt in Bezug auf diese Abrechnungspositionen keine Untergrenze, unterhalb derer die Leistung nicht vollständig oder nicht ordnungsgemäß erbracht sein kann und die Abrechnung dieser speziellen Gebührenposition deshalb unrichtig wäre. Soweit sich unter Mitberücksichtigung solcher Leistungen eine Überschreitung des Zeitfonds ergibt, kann der Vorwurf der Falschabrechnung sich nur darauf stützen, dass entweder Leistungen der betreffenden Art angesetzt wurden, tatsächlich jedoch gar nicht, jedenfalls nicht durch den angegebenen Arzt, erbracht worden sind oder andere (zeitgebundene oder prozedural zeitaufwändige) Leistungen unrichtig bzw. unvollständig erbracht wurden.

85 Die **Belastbarkeit der Prüfzeiten für Versichertenpauschale und den Chronikerzuschlag** als Grundlage für die Feststellung der Quartalszeitprofile und der daraus abgeleiteten Unrichtigkeitsvermutung ist hier **rechtserheblich**. Denn nach den Feststellungen der Antragsgegnerin werden die Quartalszeitfonds des Antragstellers und des angestellten Arztes Dr. med. S. H. insbesondere durch die hohe Zahl der versorgten Patienten und die für diese angesetzten Pauschalen „belastet“. Erst die Kumulation aus diesen Ansätzen mit anderen, zeitgebundenen oder notwendig zeitaufwändigen Leistungen führt zur Überschreitung der Quartalszeitfonds. Der Nachweis der Unrichtigkeit kann im Wege des Indizienbeweises aus der Höhe der Quartalszeitprofile nicht schon allein unter Beachtung der zuletzt genannten Leistungen geführt werden. (...)

89 Ob dem hier genügt ist, kann nach derzeitigem Stand nicht abschließend beurteilt werden. Das von den Bevollmächtigten des Antragstellers vorgelegte **Gutachten des IGES-Instituts** zur Plausibilität der Kalkulation des EBM stellt insoweit **keine ausreichende Erkenntnisquelle** dar (vgl. zur Fehlerhaftigkeit der dem Gutachten zu Grunde liegenden rechtlichen Annahme bezüglich der gebotenen Datenbasis: LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss vom 02.01.2018 – L 1 KA 39/17 B ER, Rn. 68). Hierzu bedürfte es deshalb zusätzlicher Feststellungen, die dem Hauptsacheverfahren vorbehalten bleiben müssen. Unter diesem Aspekt muss die Sach- und Rechtslage insoweit als derzeit **offen eingeschätzt werden**, was nach dem Grundsatz des § 86b Absatz 2 Nummer 4 SGG für eine Anordnung der aufschiebenden Wirkung noch nicht ausreicht.

90 Schon jetzt steht indessen fest, dass die Antragsgegnerin sich näher mit dem Einwand des Antragstellers auseinanderzusetzen hat, die Überschreitung des Quartalszeitfonds beruhe unter anderem darauf, dass Leistungen, deren Zeitprofil einen über den ersten Arzt-Patienten-Kontakt hinausgehenden (fakultativen) Leistungsinhalt abbildet, **regelmäßig dem Antragsteller oder dem angestellten Arzt Dr. med. S. H. als erstkontaktierendem Arzt zugeordnet** wurden, aber **teilweise auch durch andere angestellte Ärzte erbracht wurden**, so dass erstere im Durchschnitt deutlich mehr Leistungen unter ihrer LANR ansetzen konnten, als ihrem Zeitfonds entspricht, während das Zeitprofil der den geprüften Ärzten zuarbeitenden angestellten Ärzte deren Zeitfonds nicht ausschöpft.

91 Dieser Einwand ist unter Beachtung der Grenzen zulässiger Delegation ärztlicher (Teil-)Leistungen auf andere Ärzte grundsätzlich beachtlich. Eine **konkrete Darlegung dieser Konstellationen ist der Antragsteller bislang allerdings schuldig geblieben**. Dabei obliegt es allerdings im Rahmen einer gestuften Darlegung- und Beweislast dem Vertragsarzt, plausibel zu machen und erforderlichenfalls zu belegen, dass und in welchem Umfang ärztliche Arbeitszeit auf andere Ärzte arbeitsteilig so verlagert wurde, dass das Mehr an Abrechnungen des einen Arztes durch die Mitwirkung des anderen Arztes erklärt wird, und dass kein Verstoß gegen die Verpflichtung vorliegt, dass jeder Arzt nur Leistungen unter seiner LANR abrechnet, die ihm nach der Ausgestaltung der Leistungserbringung auch als eigene zugerechnet werden können. (...)

98 Die Argumentation, die **Chronikerzuschläge** würden einen **Mehraufwand** des Arztes für die Behandlung chronisch kranker Patienten abgeben, der dem entsprechend auch angefallen sein müsse, widerlegt nicht die Einlassung, dass tatsächlich auch bei vernachlässigbarem Mehraufwand der Zuschlag rechtmäßig angesetzt worden sei. Da die **Leistungsbeschreibung keinen spezifischen zeitgebundenen oder zeitaufwändigen Leistungsinhalt vorschreibt**, muss ein solcher nicht angefallen sein, um den Zuschlag rechtmäßig abrechnen zu dürfen. Ob die Betreuung von Chronikern beim EBM-konformen Ansatz der Gebührenordnungsposition in der abgerechneten Menge tatsächlich so viel Zeit bindet, dass in der Kumulation mit den sonstigen Leistungen der Quartalszeitfonds kritisch überschritten wird und eine Falschabrechnung indiziert, hängt von der Belastbarkeit der in Anlage 3 EBM geregelten Prüfzeit ab und wird im Rahmen des Hauptsacheverfahrens zu klären sein. (...)

2. Verletzung der Fortbildungspflicht: „Zweiter“ Fünfjahreszeitraum

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 20.11.2019 - L 5 KA 1522/18

RID 20-01-14

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 36/19 B

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 96d III

Leitsatz: Der **Fünfjahreszeitraum**, innerhalb dem ein Vertragsarzt nach § 95d Abs. 3 SGB V die erfolgte Fortbildung nachzuweisen hat, hat sich im Hinblick auf den dem Grunde nach mit dem 01.07.2009 beginnenden „zweiten“ Fortbildungszeitraum, bei Inanspruchnahme der Übergangsregelung des § 7 Abs. 2 der „Regelung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Fortbildungsverpflichtung der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten nach § 95d SGB V“ i.d.F. der Ergänzung hierzu vom 31.03.2009, wonach Vertragsärzte, unter dort niedergelegten Voraussetzungen die vorgeschriebene Fortbildung bis zum 30.09.2011 nachholen konnten, nicht um den Zeitraum verlängert, innerhalb dem der Nachweis für den „ersten“ Fortbildungszeitraum nachgeholt worden ist. Die hierdurch bedingte **Verkürzung des „zweiten“ Fortbildungszeitraums um 27 Monate** ist verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden und stellt keine nicht gerechtfertigte Altersdiskriminierung dar.

Der kl. Facharzt für Allgemeinmedizin wendet sich gegen eine Honorarkürzung in den Quartalen I/15 - III/15 wegen einer Verletzung der Fortbildungspflicht. *SG Stuttgart*, Ur. v. 13.03.2018 - S 20 KA 1845/16 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

3. Nr. 10324 EBM (Behandlung Naevi Flammei und/oder Hämangiomen)

SG München, Urteil v. 27.11.2019 - S 38 KA 1352/12

RID 20-01-15

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 106a

Leitsatz: I. Die **GOP 10324 EBM** (Behandlung von Naevi flammei und/oder Hämangiomen) ist **nicht je „Behandlungsfall“** abrechenbar. Der Wortlaut der Leistungslegende, der für die Auslegung von Gebührenordnungspositionen maßgeblich ist (BSG SozR 3-5535 Nr. 119 Nr. 1 S. 5), ist eindeutig und bedarf keiner Anwendung weiterer Auslegungsregelungen.

II. Zum obligatorischen Leistungsinhalt der **GOP 10324 EBM** (Behandlung von Naevi flammei und/oder Hämangiomen) gehört eine metrische und fotografische **Dokumentation** vor und nach Abschluss der Therapie. Findet diese nicht statt, ist die Leistung nicht abrechenbar. Dies gilt auch in dem Fall, dass der Abbruch der Therapie auf ein Fernbleiben des Patienten zurückzuführen ist und insofern eine Abschlussdokumentation nicht mehr möglich ist. Es handelt sich hierbei um das allgemeine Risiko des Vertragsarztes, dass im Fall eines **Therapieabbruchs** die Leistungslegende nicht erfüllt wird und dann keine Leistung abgerechnet werden kann.

Der Kl., Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten, wendet sich gegen einen Bescheid über eine Plausibilitätsprüfung für die Quartale I/08-II/11. Das *SG* wies die Klage ab.

III. Genehmigung/Qualitätssicherung/Notdienst/Disziplinarrecht

Nach BSG, Ur. v. 12.02.2020 - *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. Zwar ist § 32 II 1 i.V.m. § 3 III Zahnärzte-ZV so zu verstehen, dass ein in Einzelpraxis tätiger **Vertragszahnarzt nicht mehr als einen Vorbereitungsassistenten zeitgleich** beschäftigen darf. Daraus folgt aber nicht, dass auch in einem MVZ unabhängig von dessen Größe höchstens ein Vorbereitungsassistent beschäftigt werden dürfte. Bereits in einer aus mehreren Zahnärzten bestehenden BAG darf **für jeden Vertragszahnarzt** mit voller Zulassung ein Vorbereitungsassistent beschäftigt werden. Bei der **gebotenen entsprechenden Anwendung dieser Grundsätze auf MVZ** hat das entgegen der Auffassung des SG zur Folge, dass die Zahl der Vorbereitungsassistenten, die in dem MVZ tätig werden dürfen, davon abhängt, **wie viele Versorgungsaufträge durch das MVZ erfüllt werden**. Dabei kommt es nicht darauf an, ob der ärztliche Leiter des MVZ angestellter Zahnarzt oder Vertragszahnarzt ist oder ob das MVZ seine Versorgungsaufträge im Übrigen durch Vertragszahnärzte oder durch angestellte Zahnärzte erfüllt. Diese Grundsätze gelten im Übrigen auch, wenn mehrere Versorgungsaufträge in der Weise wahrgenommen werden, dass Zahnärzte als Angestellte bei einer BAG oder einem Vertragszahnarzt tätig werden. Allerdings erschiene es aus Sicht des Senats sinnvoll, **dass personelle und strukturelle Anforderungen als Voraussetzung für die Beschäftigung von Vorbereitungsassistenten formuliert werden**. **Bisher fehlt es dafür aber bereits an einer gesetzlichen Ermächtigungsgrundlage**; vom **Vorstand einer KZV** können solche die Berufsausübung betreffenden Vorgaben nicht wirksam durch Beschluss geregelt werden.

1. Beratungsbefugnis der KV/Kein Führen einer Schwerpunktbezeichnung bei fehlender Zulassung

LSG Niedersachsen-Bremen, Beschluss v. 11.02.2016 - L 3 KA 85/13

RID 20-01-16

SGB V §§ 73 Ia 1 Nr. 3, 75 II 2, 81 V

Aus der Befugnis, Pflichtverstöße disziplinarisch zu ahnden, folgt auch die **Befugnis der KV**, ihre Mitglieder über den Inhalt der vertragsärztlichen Pflichten aufzuklären und zu **beraten** (LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 23.01.2012 - L 7 KA 71/11 B ER - RID 12-02-68).

Ein Vertragsarzt ist nur dann berechtigt, im Rahmen seiner vertragsärztlichen Tätigkeit eine **Facharztbezeichnung oder Qualifikation** (hier: Schwerpunktbezeichnung Pneumologie) zu führen, wenn er für sie im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung **zugelassen** ist oder sie dort führen darf (LSG Sachsen, Beschl. v. 04.04.2007 - L 1 B 84/06 KA-ER - RID 07-02-35).

Der kl. Facharzt für Innere Medizin mit der Schwerpunktbezeichnung Pneumologie ist zur hausärztlichen Versorgung zugelassen. Die bekl. KV wies ihn darauf hin, wegen seiner Zulassung dürfe er keine lungenfachärztlichen Behandlungen übernehmen, weshalb er weder auf seinen Schwerpunkt noch mit diesem werben dürfe. *SG Hannover*, Urt. v. 14.08.2013 - S 65 KA 782/10 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

2. Keine Bedarfsplanung in einer Diabetes-Vereinbarung

SG Dortmund, Urteil v. 09.01.2019 - S 16 KA 33/17

RID 20-01-17

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris = MedR 2019, 830

SGB V § 137f

Das Vorsehen einer **Bedarfsplanung** in einer **Diabetes-Vereinbarung** verstößt gegen § 137f SGB V. Den Vertragspartnern sind bei Abschluss von Verträgen über Disease-Management-Programmen keine **Kompetenzen** im Bereich der Bedarfsplanung übertragen (BSG, Urt. v. 29.11.2017 - B 6 KA 32/16 R - BSGE 124, 278 = SozR 4-2500 § 137f Nr. 2, juris Rdnr. 44).

Das *SG* verpflichtete die Bekl., dem Kl. zu 1) die Genehmigung zu erteilen zur Führung einer diabetologischen Schwerpunktpraxis.

3. Notdienst: Erhebung einer Umlage

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 20.11.2019 - L 5 KA 2858/17

RID 20-01-18

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 75, 105

Leitsatz: Die KV Baden-Württemberg ist berechtigt, auf Basis der ab dem 01.01.2014 geltenden **Notfalldienstordnung Umlagen** (Kopfpauschale, Sicherstellungsumlage, Strukturpauschale) zur **Finanzierung des Notfalldienstes** zu erheben. Sie war auch berechtigt, hierin eine Regelung betr. der Errichtung von **Notfallpraxen** zu treffen und die konkrete Entscheidung hierüber ihrem **Vorstand** zu übertragen. Die Herstellung des Benehmens mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen nach § 105 SGB V in der Fassung des Gesetzes vom 23.07.2015 war hierfür nicht erforderlich. Ein **Betreiben i.S.d. § 105 Abs. 1 Satz 2 SGB V** setzte voraus, das die Einrichtung von der Kassenärztlichen Vereinigung mit eigenen Mitteln, mit eigenem Personal und unter eigener Verantwortung geführt worden ist. Das bloße Zur-Verfügung-Stellen der sächlichen und personellen Mittel zur selbstständigen Erbringung des Notfalldienstes durch einen Verein stellt kein Betreiben i.S.d. § 105 Abs. 1 Satz 2 SGB V a.F. dar.

Die kl. BAG, zwei Fachärztinnen für Allgemeinmedizin, von denen eine außerdem Mitglied eines eingetragenen Vereins ist, der eine zentrale Notfalldienstpraxis am Krankenhaus in M. betreibt, wendet sich gegen die Belastung mit Kosten für den Notfalldienst in den Quartalen I u. II/14 (im Quartal I/14: Kopfpauschale i.H.v. 354 € eine Sicherstellungsumlage im Umfang von 0,4319 % des vertragsärztlichen Honorars i.H.v. 405,94 € sowie eine Strukturpauschale im Umfang von 5 % des Notfalldiensthonorars i.H.v. 111,81 €). *SG Stuttgart*, Urt. v. 19.05.2017 - S 20 KA 4915/15 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

4. Disziplinarrecht

a) Anordnung des Ruhens der Zulassung: Missbrauch der Form einer BAG

SG Potsdam, Urteil v. 11.12.2019 - S 1 KA 148/17

RID 20-01-19

SGB V § 81 V

Sind nicht alle in den jeweiligen überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaften tätigen Zahnärzte durchgängig in **freier Praxis** tätig gewesen, dann sind zu Unrecht erbrachte vertragszahnärztliche Leistungen mit den Vorteilen einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft (bspw. Degression) abgerechnet und honoriert worden. Die **Pflichtverletzung** liegt hier in dem Verstoß gegen die Genehmigungspflicht des § 32b Ärzte-ZV sowie die Beschränkung der Beschäftigung auf zwei vollzeitbeschäftigte Zahnärzte nach § 4 Abs. 1 des BMV-Z.

Mit Beschluss des Disziplinarausschusses wurde die Anordnung des Ruhens der Zulassung für 20 Monate angeordnet. Das **SG** wies die Klage ab.

Parallelverfahren:

SG Potsdam, Urteil v. 11.12.2019 - S 1 KA 79/16

RID 20-01-20

SGB V § 81 V

SG Potsdam, Urteil v. 11.12.2019 - S 1 KA 129/17

RID 20-01-21

SGB V § 81 V

b) Disziplinarbuße nach bestandskräftigen Entscheidungen zur Unwirtschaftlichkeit

SG München, Urteil v. 09.10.2019 - S 38 KA 112/18

RID 20-01-22

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 85 IV

Leitsatz: 1. **Bestandskräftige Bescheide** im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung entfalten eine **Feststellungswirkung**.

2. Aufgrund der Feststellungswirkung können später im Rahmen eines **Disziplinarverfahrens** vorgetragene **Praxisbesonderheiten** und/oder kausal-kompensatorische Einsparungen nicht berücksichtigt werden (vgl. LSG Bayern, Ur. v. 06.03.2002 - L 12 KA 15/01 - RID 02-04-34).

In den Quartalen II u. III/09 wurden von der Prüfungsstelle wegen der Behandlungsweise schriftliche Beratungen ausgesprochen. In den Folgequartalen IV/09, II/10-IV/12 kam es zu Honorarkürzungen in Höhe von insgesamt 123.124,13 € Gegen die Bescheide der Prüfungsstelle wurde kein Widerspruch eingelegt. Für die Quartale III/14-IV/15 wurden weitere Prüfanträge gestellt. Diese wurden an die KV zum Zwecke der Durchführung einer Plausibilitätsprüfung abgegeben. Diese befindet sich derzeit im Widerspruchsverfahren. Mit Bescheid des Disziplinarausschusses vom 18.04.2018 wurde gegen den kl. praktischen Arzt eine Geldbuße in Höhe von 3.000 € verhängt. Außerdem wurde eine Gebühr in Höhe von 900 € erhoben. Das **SG** wies die Klage ab.

IV. Wirtschaftlichkeitsprüfung/Arzneikostenregress/Schadensersatz

Nach BSG v. 11.12.2019 - **B 6 KA 23/18 R** - ist eine KV für die Festsetzung eines Regresses wegen Nichtbeachtung der maßgeblichen Sprechstundenbedarfs-Vereinbarung (SSB-Vereinbarung) nicht zuständig. Die Prüfung der Rechtmäßigkeit der **Verordnungen von Sprechstundenbedarf (SSB)** ist **bundesrechtlich der Wirtschaftlichkeitsprüfung zugeordnet**. Daraus folgt eine **ausschließliche Zuständigkeit der Prüfungsgremien**. Für eine davon abweichende Zuständigkeit der KV ist kein Raum; eine solche kann auch **nicht gesamtvertraglich** vereinbart werden. Soweit der älteren Rechtsprechung des Senats entnommen werden könnte, dass die KVen originär zuständig sind oder ihre Zuständigkeit vereinbart werden kann, hält der Senat daran nicht fest. Das hat zur Folge, dass der angefochtene Bescheid, der in der Sache richtig ist, aufzuheben ist. Die zuständige Prüfungsstelle ist aber nicht gehindert, einen Bescheid mit gleichem Inhalt zu erlassen; der **Bescheid der KV hat die insoweit geltende Ausschlussfrist gehemmt**, auch wenn er mangels Zuständigkeit der KV nicht rechtmäßig ist. Die Vertragspartner in den KV-Bezirken, in denen die SSB-Vereinbarung eine Zuständigkeit der KV bestimmt, müssen die **Vereinbarungen der Rechtslage anpassen**. Für die Zeit bis dahin stellt der Senat klar, dass die **Prüfungsstelle zuständig** ist, auch soweit in den SSB-Vereinbarungen die KV als zuständig bezeichnet wird.

1. Vergleichsgruppe bei psychologischen Psychotherapeuten/Nr. 23220 EBM

SG Marburg, Urteil v. 30.10.2019 - S 17 KA 47/16

RID 20-01-23

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 106 II 4

Leitsatz: 1. Im Rahmen der Bildung einer **statistischen Vergleichsgruppe** ist bei **psychologischen Psychotherapeuten** eine Differenzierung nach den verschiedenen **Fachrichtungen** geboten.
2. Die **GOP 23220 EBM** ist grundsätzlich auch neben laufenden Kurz- oder Langzeittherapien sowie in der Phase der Probatorik abrechnungsfähig. Sie kann jedoch nicht zur Streckung von Therapiekontingenten genutzt werden. Vielmehr müssen sich die **Gespräche** von den Therapiesitzungen durch den beteiligten Personenkreis, den Inhalt oder den Zweck des Gesprächs unterscheiden. Dies ist im Rahmen der Einzelfallprüfung von den Prüfungsgremien zu ermitteln.
3. Die **GOP 23220 EBM** kann auch grundsätzlich **nach beendeter Kurz- oder Langzeittherapie** niederfrequent zur Stabilisierung des Therapieergebnisses genutzt werden. Dies ist nicht unwirtschaftlich.

Der kl. psychologischer Psychotherapeut (Verhaltenstherapeut) wandte sich gegen einen Regress in Höhe von 9.706,52 € aufgrund einer Einzelfallprüfung der Nr. 23220 EBM im Jahr 2011. Das **SG** verpflichtete zur Neubescheidung.

2. Einzelfallprüfung Nr. 23220 EBM (Psychotherapeutisches Gespräch)

SG Marburg, Urteil v. 30.10.2019 - S 17 KA 34/16, S 17 KA 632/16

RID 20-01-24

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 106 II 4

Leitsatz: 1. Im Rahmen der Bildung einer **statistischen Vergleichsgruppe** ist bei **psychologischen Psychotherapeuten** eine Differenzierung nach den verschiedenen **Fachrichtungen** geboten.
2. Die **GOP 23220 EBM** ist grundsätzlich auch neben laufenden Kurz- oder Langzeittherapien sowie in der Phase der Probatorik abrechnungsfähig. Sie kann jedoch nicht zur Streckung von Therapiekontingenten genutzt werden. Vielmehr müssen sich die **Gespräche** von den Therapiesitzungen durch den beteiligten Personenkreis, den Inhalt oder den Zweck des Gesprächs unterscheiden. Dies ist im Rahmen der Einzelfallprüfung von den Prüfungsgremien zu ermitteln.
3. Die **GOP 23220 EBM** kann auch grundsätzlich **nach beendeter Kurz- oder Langzeittherapie** niederfrequent zur Stabilisierung des Therapieergebnisses genutzt werden. Dies ist nicht unwirtschaftlich.

Der kl. Psychologischer Psychotherapeut (Verhaltenstherapeut) wandte sich gegen zwei Regresse in Höhe von 4.810,50 € und 2.170,07 € aufgrund einer Einzelfallprüfung der Nr. 23220 EBM in den Jahren 2011 und 2012. Das **SG** verpflichtete zur Neubescheidung.

3. Wirtschaftlichkeitsprüfung auch bei zu erwartenden geringen Regressbeträgen

LSG Bayern, Beschluss v. 12.08.2019 - L 12 KA 79/18 NZB

RID 20-01-25

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris = Breith 2019, 866
SGB V §§ 4 IV, 12 I, 106 ff.

Leitsatz: Das **Wirtschaftlichkeitsgebot** (§ 12 SGB V) steht der Durchführung einer Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Verordnungsweise des Vertragsarztes auch bei zu erwartenden **geringen Regressbeträgen** nicht entgegen, denn die Wirtschaftlichkeitsprüfung nach §§ 106ff SGB V bezweckt nicht die Erzielung von Einnahmen, sondern die Vertragsärzte zur Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes anzuhalten.

Der Kl. u. Bf. wandte sich gegen einen von der Prüfungsstelle festgesetzten Regress in Höhe von insgesamt 322,92 € wegen der Verordnung von Solvex Tabletten. **SG München**, Urt. v. 27.09.2018 - S 43 KA 938/16 - wies die Klage ab, das **LSG** die Nichtzulassungsbeschwerde zurück.

4. Vertragsärztliche Verordnung während stationärer medizinischer Rehabilitation

LSG Sachsen, Urteil v. 13.03.2019 - L 1 KA 3/16

RID 20-01-26

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 26/19 B

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

BMV-Ä § 48

Nach § 15 I 1 SGB VI i.V.m. § 26 II Nr. 3 SGB IX (seit 01.01.2018: § 42 II Nr. 3 SGB IX) zählt zu den Leistungen zur **medizinischen Rehabilitation** auch die **Versorgung mit Arzneimitteln**. Dies gilt auch für Arzneimittel, die bereits vor der medizinischen Rehabilitationsmaßnahme eingenommen wurden und während der Rehabilitationsmaßnahme weiter eingenommen werden müssen. Eine Rehabilitationseinrichtung hat zu Lasten der Rentenversicherung den Versicherten auch solche Arzneimittel zur Verfügung zu stellen, die zur Weiterbehandlung eines rehabilitationsunabhängigen Leidens erforderlich sind. Allerdings soll die Erbringung medizinischer Leistungen, die bei isolierter Betrachtung in die Zuständigkeit eines anderen Leistungsträgers fallen würden, nur dann in den Zuständigkeitsbereich des Rentenversicherungsträgers fallen, wenn diese Leistungen mit einer von ihm gewährten Rehabilitationsmaßnahme eng verbunden sind, indem sie sich etwa auf das eigentliche Rehabilitationsleiden beziehen oder Bestandteil eines einheitlichen Rehabilitationskonzepts sind (BSG, Ur. v. 21.06.2001 - B 13 RJ 47/00 R - SozR 3-2600 § 13 Nr. 4, juris Rn. 28).

Es besteht keine generelle **Verpflichtung der Vertragsärzte**, sich vor Ausstellung einer Arzneimittelverordnung zu vergewissern, dass der Versicherte, für den die Verordnung ausgestellt wird, sich zu diesem Zeitpunkt nicht in einer stationären Behandlung befindet (BSG, Beschl. v. 28.09.2016 - B 6 KA 27/16 B - juris Rn. 9). Eine **Nachfragepflicht** kann sich aber dann ergeben, wenn konkrete Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass ein stationärer Krankenhausaufenthalt der vertragsärztlichen Verordnung von Medikamenten entgegenstehen könnte (BSG, Beschl. v. 28.09.2016 - B 6 KA 27/16 B - juris Rn. 10). Indizien hierfür können der Umstand sein, dass nicht der Versicherte persönlich vorspricht und dass bereits ein Vier-Wochen-Vorrat verordnet worden war (nicht plausibles Anforderungsintervall). Ohne weiteres praktikabel und in jedem Fall zumutbar ist die einfache Nachfrage, warum der Patient selbst nicht erschienen ist, um sich ein Folgerezept ausstellen zu lassen.

Für vertragsärztliche Verordnungen während stationärer Krankenhausbehandlung gilt: Verschweigt ein **Krankenhaus** bei Einbeziehung Dritter in einen Leistungsfall, dass es vollstationär behandelt, sodass der Dritte vertragsärztlich behandelt, hat es diese Pflichtverletzung zu vertreten (§ 276 BGB) und der geltend gemachte Schaden beruht auch hierauf, wenn eine solche Pflichtverletzung festgestellt wird (BSG, Ur. v. 12.11.2013 - B 1 KR 22/12 R - BSGE 115, 11 = SozR 4-2500 § 69 Nr. 9, juris Rn. 13).

Die beigel. Fachärztin für Neurologie verordnete dem bei der kl. Krankenkasse versicherten Patienten während des stationären Aufenthalts in der Rehabilitationsklinik Arzneimittel mit Nettoverordnungs-kosten in Höhe von 1.513,46 € Auf Widerspruch der Beigel. hob der Bekl. den Regressbescheid der Prüfungsstelle wegen fehlenden Verschuldens auf. **SG Dresden**, Ur. v. 25.11.2016 - S 18 KA 112/12 - verurteilte zur Neubescheidung, das **LSG** wies die Berufung der Beigel. zurück.

5. Klagefrist nach Ausführungsbescheid zum erstinstanzlichen Urteil im Berufungsverfahren

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 13.11.2019 - L 7 KA 40/17

RID 20-01-27

Revision anhängig: B 6 KA 1/20 R

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 106; SGG § 96

Leitsatz: 1. Wird auf die Anfechtungsklage gegen einen Bescheid über die Ersatzverpflichtung (Richtgrößenprüfung) dieser zwar durch Urteil vollständig aufgehoben, der Rechtsauffassung des Arztes/der Ärztin jedoch in den Entscheidungsgründen überwiegend nicht gefolgt, kann darin eine **materielle Beschwer** liegen, die eine Befugnis zur Berufung begründet.

2. Reine **Ausführungsbescheide**, die nach einem Urteil ergehen, werden nicht nach § 96 SGG Gegenstand der Berufung.

3. Der **Rechtskraft** unterliegen in **Bescheidungsurteilen** auch die Entscheidungsgründe.

4. Legt der Arzt/die Ärztin keine Berufung gegen das materiell beschwerende Urteil ein, kann er/sie gegen einen **Ausführungsbescheid** wegen entgegenstehender Rechtskraft nicht mit Aussicht auf Erfolg neu **Klage** erheben.

Die Kl. wendet sich gegen einen Regressbescheid für das Jahr 2003. Sie nimmt als Hausärztin an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Der Prüfungsausschuss stellte im September 2007 im Rahmen der Richtgrößenprüfung für das Jahr 2003 gegen die Kl. eine Ersatzverpflichtung in Höhe von 69.971,50 € fest. Auf den dagegen erhobenen Widerspruch reduzierte der Bekl. den Betrag auf 50.022,12 € **SG Berlin**, Urt. v. 25.01.2012 - S 79 KA 507/09 - hob den Bescheid auf. Hiergegen legte der Bekl. **Berufung** ein. Er reduzierte mit Bescheid v. 15.03.2012 den Regress auf 44.463,07 € und erklärte, der Bescheid sei Gegenstand des Berufungsverfahrens gemäß § 96 SGG geworden. Er wurde der Kl. am 02.04.2012 zugestellt. Die Kl. erklärte daraufhin in Höhe der Teilabhilfe die Klage für erledigt. Der neuerliche Beschluss sei nach Ablauf der Berufungsfrist ergangen. Hätte sie noch in der Berufungsfrist Kenntnis von ihm erlangt, hätte sie Berufung eingelegt. Das LSG erteilte am 20.11.2014 an den Bekl. den **Hinweis**, dass sich mit dem Bescheid v. 15.03.2012 das Berufungsverfahren erledigt habe, weil nach dem Ausführungsbescheid keine Beschwer des Bekl. mehr verbleibe, der Beschluss zudem wegen der Rechtskraftwirkung nicht eigenständig anfechtbar und nicht nach § 96 SGG Gegenstand des Verfahrens geworden sei; soweit das Urteil die Kl. in den Entscheidungsgründen belaste, habe sie es nicht angefochten. Der Bekl. nahm daraufhin seine **Berufung zurück**. Die entsprechende gerichtliche Mitteilung war der Kl. am 26.11.2014 zugestellt worden. Die Kl. erhob am 27.05.2015 **Klage** gegen den Bescheid v. 15.03.2012. **SG Berlin**, Gerichtsbb. v. 22.05.2017 - S 87 KA 2509/15 - wies die Klage als unzulässig ab, das LSG die Berufung zurück.

6. Zahnärzte

a) Weniger als 100 Behandlungsfälle bei einer repräsentativen Einzelfallprüfung mit Hochrechnung

LSG Hessen, Urteil v. 12.06.2019 - L 4 KA 63/16
SGB V § 106

RID 20-01-28

Bei der eingeschränkten Einzelfallprüfung mit Hochrechnung kann die Zahl der in die Prüfung einbezogenen Behandlungsfälle weniger als ein Fünftel der Gesamtzahl der Fälle betragen, wenn der **Arzt** aus Gründen, die zumindest auch **in seiner Sphäre** liegen, außerstande ist, die angeforderten Akten vollzählig zu übersenden (BSG, Urt. v. 13.08.2014 - B 6 KA 41/13 R - SozR 4-2500 § 106 Nr. 46).

Die **Vorlage der zur Prüfung benötigten Unterlagen** gehört zu den besonderen Mitwirkungspflichten des Arztes; dies gilt jedenfalls, solange die für den jeweiligen Prüfungszeitraum maßgeblichen Ausschlussfristen noch nicht abgelaufen sind.

Eine Beanstandung der Nr. 12 BEMA, eine Umwandlung der Leistungen nach Nr. 45 und Nr. 47a BEMA in X1/X3 und die Beanstandung der Abrechnung der Leistungen nach Nr. Ä 1 vor Nr. 03 kann auf **Dokumentationsmängel** gestützt werden. Dies begegnet hinsichtlich des Beurteilungsspielraumes keinen Bedenken.

Gerade die Fälle, in denen erst im Laufe der klinischen Behandlung die Entscheidung zur Durchführung einer Osteotomie getroffen werden kann, unterliegen als **Zweifelsfälle erhöhten Anforderungen an die Dokumentation** zur Prüfung der Notwendigkeit bzw. Wirtschaftlichkeit.

SG Marburg, Urt. v. 14.09.2016 - S 12 KA 535/15 - RID 16-04-33 wies die Klage gegen eine Honorarberichtigung wegen unwirtschaftlicher Behandlungsweise bzgl. der Quartale III und IV/09 sowie II und III/10 in Höhe von 9.795,22 € ab, das **LSG** die Berufung zurück.

Zum vorausgehenden einstweiligen Anordnungsverfahren s. **SG Marburg**, Beschl. v. 25.11.2015 - S 12 KA 636/15 ER - RID 16-01-43; **LSG Hessen**, Beschl. v. 11.03.2016 - L 4 KA 53/15 B - RID 16-02-64 betraf nur die Beschwerde gegen die Streitwertfestsetzung.

b) MKG-Chirurg/Überschreitung der Annexzuständigkeit

SG München, Urteil v. 06.11.2019 - S 38 KA 5038/19
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 106, 106a

RID 20-01-29

Leitsatz: I. Eine andere, vom Durchschnitt der Fachgruppe abweichende Patientenverteilung rechtfertigt nicht automatisch die Anerkennung als **Praxisbesonderheit**. Es gibt nämlich keinen

Erfahrungssatz des Inhalts, dass eine **vom Durchschnitt abweichende Patientenverteilung** einen Mehraufwand bei bestimmten Leistungen nach sich zieht.

II. Die Wirtschaftlichkeitsgremien besitzen eine **Randzuständigkeit (Annexzuständigkeit)** für sachlich-rechnerische Berichtigungen (vgl. BSG, Urt. v. 20.09.1995 - 6 RKa 56/94 - SozR 3-2500 § 106 Nr. 29; BSG, Urt. v. 06.09.2006 - B 6 KA 40/05 R - BSGE 97, 84 = SozR 4-2500 § 106 Nr. 15) aus verwaltungsökonomischen Gründen.

III. Diese Annexzuständigkeit darf nicht dazu führen, dass die eindeutige Kompetenzzuweisung des Gesetzgebers (§ 106 SGB V; § 106a SGB V) durchbrochen wird. Deshalb kann Annexzuständigkeit nur bedeuten, dass davon **restriktiv** und lediglich bei **Abrechnungsfehlern** Gebrauch gemacht wird, die **eindeutig** sind und deren **Umfang** gemessen an dem Umfang des auf die Wirtschaftlichkeitsprüfung entfallenden Teils der Prüfung von untergeordneter Bedeutung ist, was die Anzahl der geprüften Leistungen und den Kürzungsbetrag betrifft (vgl. SG Marburg, Urt. v. 05.06.2019 - S 12 KA 387/18 WA - RID 20-01-29).

IV. Findet im Rahmen einer Wirtschaftlichkeitsprüfung eine **Vorprüfung durch Sachverständige** statt, handelt es sich hierbei um **verwaltungsinterne Vorgänge**, die sich unmittelbar nur im Innenbereich der Verwaltung auswirken (vgl. Kopp/Ramsauer, Kommentar zum VwVfG, Rn 80 zu § 35). Die Letztentscheidung mit unmittelbarer Rechtswirkung nach außen ist den Gremien der Wirtschaftlichkeitsprüfung vorbehalten. Es besteht deshalb kein Anspruch auf Offenlegung der Umstände der Vorprüfung, insbesondere der Einzelheiten der Vorprüfung, des Prüfergebnisses und dessen Protokollierung.

Der kl. MKG-Chirurg wandte sich gegen eine Honorarkürzung bzgl. der Leistungen nach den Bema-Nrn. 13c. Außerdem wurde die sachlich-rechnerische Richtigstellung der Leistungen nach der Bema-Nr. 50 (24 Leistungen) aufrechterhalten. Der Kürzungsbetrag belief sich auf insgesamt 2.063,60 €. Das **SG** hob den angefochtenen Bescheid insoweit auf, als dort eine Kürzung der Leistungen nach der Bema-Nr. 50 ausgesprochen wurde, und wies im Übrigen die Klage ab.

V. Zulassungsrecht

Nach BSG, Urt. v. 12.02.2020 - **B 6 KA 19/18 R** - kann nach allgemeinen verfahrensrechtlichen Grundsätzen ein Antrag auf Erlass eines Verwaltungsaktes grundsätzlich **bis zum Eintritt der Bestandskraft der erstrebten Entscheidung zurückgenommen** werden. Zwar hat der Ausschreibung durch die KV nach Einführung des § 103 IIIa SGB V eine **Entscheidung des Zulassungsausschusses voranzugehen**, ob die Praxis überhaupt fortgeführt werden soll. Gleichwohl wird das **Nachbesetzungsverfahren** durch diese - bestandskräftige - Entscheidung des Zulassungsausschusses nicht in zwei weitgehend eigenständige Verwaltungsverfahren aufgespalten, mit der Folge, dass der abgabewillige Arzt an seiner Entscheidung für die Praxisaufgabe festzuhalten wäre. Die Einführung des § 103 IIIa SGB V hat an den Abläufen gegenüber dem früheren Rechtszustand nichts geändert, wenn der Zulassungsausschuss die Fortführungsfähigkeit der Praxis bejaht. Nach wie vor ist das Ziel des abgabewilligen Arztes darauf gerichtet, seine Praxis an einen Nachfolger zu übergeben und dafür einen Kaufpreis zu erzielen. Bereits vor Einführung des § 103 IIIa SGB V waren verschiedene Behörden - die KV und der Zulassungsausschuss - in das Nachbesetzungsverfahren einbezogen. Danach hat der abgabewillige Arzt **bis zur endgültigen Auswahl eines Bewerbers** die Möglichkeit, das **Verfahren durch Rücknahme** des Nachbesetzungsantrags zu **beenden**. Er darf sich dabei auch von **Überlegungen** leiten lassen, die sich **auf die Auswahl des Bewerbers beziehen**. Allerdings läuft er **Gefahr**, dass die **Übergabe** letztlich **scheitert**, wenn er den Antrag nach der Auswahlentscheidung des ZA zurücknimmt oder die Praxis dem ausgewählten Arzt nicht verkauft, da das **Ausschreibungsrecht nach Rücknahme des Antrags grundsätzlich verbraucht** ist. Eine **erneute Ausschreibung** ist nur möglich, wenn für die Rücknahme des Antrags **billigenswerte Gründe** angeführt werden können. Die Absicht, auf die Auswahl eines **bestimmten Nachfolgers** hinzuwirken, ist grundsätzlich kein solcher Grund. Das Nachbesetzungsverfahren dient den Interessen des abgabewilligen Arztes bzw. seiner Erben. Die **Interessen der Bewerber** um den Sitz sind nur insoweit zu berücksichtigen, als die **Auswahl** unter ihnen nach den gesetzlich vorgeschriebenen Kriterien erfolgt. Auch ein vom Zulassungsausschuss ausgewählter Bewerber hat im Verhältnis zum abgabewilligen Arzt immer nur eine tatsächliche Chance auf die Übernahme von Praxis und Vertragsarztsitz, aber **keine Rechtsposition**, kraft derer die Durchführung des Verfahrens gegen den Willen des abgabewilligen Arztes verlangt werden könnte. Vorliegend ist der Kläger schon gar nicht vom Zulassungsausschuss ausgewählt worden. In dieser Konstellation ist der Vorwurf, die Antragsrücknahme ziele auf die Manipulation des Auswahlverfahrens und sei deshalb rechtsmissbräuchlich, erst recht nicht nachzuvollziehen. Nach BSG, Urt. v. 12.02.2020 - **B 6 KA 20/18 R** - hat der Senat bereits mit seinen Urteilen vom 22.10.2014 - B 6 KA 43/13 R und B 6 KA 44/13 R - entschieden, dass **Dritte die Genehmigung einer überörtlichen BAG** unter keinem rechtlichen Gesichtspunkt in Frage stellen können, auch wenn diese erkennbar (auch) zu dem Zweck gebildet worden war, über § 103 VI 2 SGB V auf die **Nachbesetzung** des Sitzes einer der Partner der gerade erst neu gebildeten überörtlichen BAG **Einfluss zu nehmen**. Rechte Dritter sind insoweit von vornherein **nicht tangiert**. Nichts anderes gilt für die Rechte der an einer Sitzübernahme im Wege einer geplanten oder bevorstehenden **Nachbesetzung interessierten Ärzte**. Diese Ärzte können ihre Rechte vielmehr im Auswahlverfahren wahrnehmen. Daran hält der Senat fest. Ebenso wenig ist der Kläger zur **Anfechtung der Sitzverlegung**, die mit der Bildung der überörtlichen BAG verbunden ist, berechtigt. Zwar sind bei der Entscheidung über Sitzverlegungen nach § 24 VII **Ärzte-ZV** - anders als bei der Genehmigung einer BAG nach § 33 II **Ärzte-ZV** - auch Versorgungsgesichtspunkte zu berücksichtigen, doch hat die Norm jedenfalls **keinen drittschützenden Charakter** zu

Gunsten solcher Ärzte, die nicht im Einzugsbereich des neuen Standortes praktizieren, sondern die Sitzverlegung allein deshalb angreifen, um ihre Chancen im Rahmen eines Nachbesetzungsverfahrens zu erhalten oder zu verbessern.

1. Zulassung

a) Zulassungsfähigkeit von Herzchirurgen

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 09.10.2019 - L 11 SF 119/19 ER

RID 20-01-30

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGG § 199

§ 199 II 1 SGG setzt nicht voraus, dass der **Vollstreckungsschuldner** auch Rechtsmittelführer ist.

Die **Zulassungsfähigkeit einer Arztgruppe** zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung - auch als Angestellte eines MVZ - hängt davon ab, ob die Leistungen, die das jeweilige Fachgebiet prägen, zu einem relevanten Teil Gegenstand der vertragsärztlichen Versorgung sind und ambulant erbracht werden können (BSG, Urt. v. 02.09.2009 - B 6 KA 35/08 R - BSGE 104, 128 = SozR 4-2500 § 95 Nr. 15).

Die bisherige Beurteilung des erkennenden Senates, **ambulant erbringbare herzchirurgische Leistungen** seien im **Gesamtspektrum des Fachgebietes** nur von untergeordneter Bedeutung, ist - vorbehaltlich etwaiger weiterer Feststellungen - gegenwärtig nicht widerlegt.

SG Düsseldorf, Urt. v. 30.01.2019 - S 2 KA 1196/16 - S 2 KA 1196/16 - RID 19-02-41 verpflichtete den Berufungsausschuss (Ast.), die Anstellung der Fachärztin für Herzchirurgie Dr. N im MVZ der Ag. zu genehmigen. Das *LSG* setzte die Vollstreckung aus dem Urteil im Wege der einstweiligen Anordnung aus.

b) Sonderbedarfszulassung: Zumutbare Wege/Benachbarte Planungsbereiche

SG Marburg, Urteil v. 15.01.2020 - S 12 KA 230/18

RID 20-01-31

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 101; BedarfspIRL §§ 36, 37

Leitsatz: 1. Nach der unterschiedlichen Gestaltung der Planungsbereiche ist für die Prüfung eines Sonderbedarfs grundsätzlich am Bezug auf den – gesamten – **Planungsbereich** festzuhalten. Mit dem Absehen des Gesetzgebers von Landkreisen als Planungsbereich für alle Arztgruppen ist aber eine **unterschiedliche Versorgungsdichte** intendiert. Im Rahmen der **spezialisierten fachärztlichen Versorgung** können den Patienten daher auch **Wege über 25 km** zugemutet werden.

2. Bei ergänzenden Zulassungen oder Ermächtigungen ist die **Versorgung in angrenzenden Planungsbereichen einzubeziehen**, da es unerheblich ist, ob die vermeintliche Versorgungslücke von Leistungserbringern anderer Planungsbereiche gedeckt wird, solange sie nur gedeckt wird.

Das *SG* wies die Klage eines MVZ-Trägers auf Genehmigung der Erhöhung des Anstellungsumfangs eines Internisten mit dem Schwerpunkt Hämatologie u. Internistische Onkologie von 20 auf 40 Wochenstunden im Wege des Sonderbedarfs ab.

c) Nachbesetzungsverfahren

aa) Keine Fortführungsfähigkeit nach Ruhen

SG München, Urteil v. 24.10.2019 - S 38 KA 162/18

RID 20-01-32

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 103 IIIa 1, IV 1

Leitsatz: I. Eine **wiederholte Antragstellung** auf Durchführung des Nachbesetzungsverfahrens nach § 103 Abs. 3a SGB V, unmittelbar einer erstmaligen Antragstellung folgend, ist nicht ausgeschlossen, muss jedoch schutzwürdig und darf nicht willkürlich sein (vgl. BSG, Urt. v. 23.03.2016 - B 6 KA 9/15 R - BSGE 121, 76 = SozR 4-2500 § 103 Nr. 18).

Als **willkürlich**, nicht schutzwürdig und mit dem Sinn und Zweck von § 103 Abs. 3a S. 1 in Verbindung mit Abs. 4 S. 1 SGB V nicht zu vereinbaren, anzusehen ist, wenn in dem Fall, dass sich zunächst kein Bewerber findet, mehrfach hintereinander Anträge auf Durchführung eines Nachfolgeverfahrens solange gestellt werden, bis es zu einer Nachfolge kommt. Eine solche **Perpetuierung des Antragsverfahrens** ist nicht schutzwürdig. Letztendlich hat der Vertragsarzt das Risiko der Möglichkeit für die Veräußerung seiner Praxis zu tragen.

II. Die Beurteilung, wann eine Praxis nicht mehr **fortführungsfähig** ist, hängt vom **Einzelfall** ab. Je länger eine Vertragsarztpraxis nicht betrieben wird, umso mehr dafür spricht, dass eine Fortführungsfähigkeit nicht mehr besteht.

III. Zum Vorhandensein eines ausreichenden **Praxissubstrats** gehört unverzichtbar ein Patientenstamm, bestehend aus GKV-Patienten, die in Behandlung standen und bei denen die ärztlichen Leistungen über die KVB abgerechnet wurden. GKV-Patienten, die als Selbstzahler behandelt werden, zählen nicht zu diesem Patientenstamm.

Die Kl. und ihr Ehemann, beides Fachärzte für Haut-und Geschlechtskrankheiten, bildeten eine BAG. Der Ehemann verzichtete zum 31.03.2013 auf seine vertragsärztliche Zulassung und ist seitdem nur mehr privatärztlich tätig. Die Zulassung der Kl. ruhte in den Zeiträumen vom 01.07.2011 bis 30.06.2013 und vom 01.01.2016 bis 31.12.2016 jeweils hälftig. Im Zeitraum vom 15.05.2017 bis 14.05.2018 ruhte die Zulassung der Kl. vollständig. Nach Stattgabe eines Antrags der Kl. auf Durchführung des Nachbesetzungsverfahrens am 06.12.2017 verlief dieses ergebnislos. Die Kl. teilte am 02.05.2018 mit, sie werde ihre vertragsärztliche Tätigkeit nicht wieder aufnehmen. Gleichzeitig wurde abermals ein Antrag auf Durchführung des Nachbesetzungsverfahrens gestellt. Diesen lehnte der Zulassungsausschuss ab, weil es kein hinreichendes Praxissubstrat mehr gebe. Das **SG** wies die Klage ab.

bb) „Klima“ zwischen Praxisabgeber und potentiellm Praxisnachfolger

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 13.11.2019 - L 7 KA 36/17

RID 20-01-33

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 103 IV

Leitsatz: Es ist rechtlich nicht zu beanstanden, wenn die Zulassungsgremien, ausgehend von **fachlicher Gleichheit** zweier Bewerber um einen Vertragsarztsitz, die Auswahl des Bewerbers maßgeblich davon abhängig machen, ob die **Praxisübergabe** in Person des jeweiligen Bewerbers **reibungslos** verlaufen kann (hier: Zerwürfnis zwischen Kläger und Praxisabgeberin).

Die zu 8) beigel. Fachärztin für Kinderheilkunde verzichte auf ihren vollen Versorgungsauftrag unter der Bedingung einer Nachfolgezulassung. Die Zulassungsgremien lehnten den Antrag des Kl. ab und ließen den Beigel. zu 7) zu. Der bekl. Berufungsausschuss erklärte seine Entscheidung für sofort vollziehbar. Der dagegen vom Kl. gerichtete Antrag auf Gewährung vorläufigen Rechtsschutzes blieb ohne Erfolg (SG Berlin, Beschl. v. 19.10.2015 - S 83 KA 4713/15 ER -). Im August 2015 nahm der Beigel. zu 7) die vertragsärztliche Tätigkeit als Praxisnachfolger der Beigel. zu 8) auf. **SG Berlin**, Ur. v. 22.03.2017 - S 83 KA 4713/15 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

2. Sozialpädiatrisches Zentrum: Zumutbare Versorgung durch andere SPZ

SG München, Urteil v. 10.10.2019 - S 43 KA 177/19

RID 20-01-34

SGB V § 119

Bei der Prüfung der Notwendigkeit der Versorgung durch ein **Sozialpädiatrisches Zentrum** sind andere Zentren in einer **Entfernung unter 100 km** mit Fahrzeiten mit dem **PKW unter einer Stunde** und dem öffentlichen Nahverkehr von über einer Stunde zu berücksichtigen.

Das **SG** wies die Klage ab.

3. Zulassungsentziehung

a) Strafrechtliche Verurteilung wegen Betrugs/Honorarkürzungen

SG München, Urteil v. 24.10.2019 - S 38 KA 240/18

RID 20-01-35

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 95 VI; StGB § 263

Leitsatz: I. Im Rahmen der Prüfung, ob ein **Entzug** der vertragsärztlichen Zulassung nach § 95 Abs. 6 SGB V i.V.m. § 27 Ärzte-ZV auszusprechen ist, können sich die Zulassungsgremien auf **rechtskräftige Strafurteile, Strafbefehle**, auch auf **bestandskräftige Entscheidungen der Kassenärztlichen Vereinigung und der Wirtschaftlichkeitsgremien** beziehen, ohne selbst eigene Ermittlungen zur Frage, ob grobliche Pflichtverstöße vorliegen, anstellen zu müssen.

II. Nach Aufgabe der sog. „**Wohlverhaltensrechtsprechung**“ durch das Bundessozialgericht (BSG v. 17.10.2012 - B 6 KA 49/11 R - juris Rn. - BSGE 112, 90 = 4-2500 § 95 Nr. 26; BSG, Beschl. v. 22.03.2016 - 6 KA 69/15 B -) ist für die Berücksichtigung von Wohlverhalten bei der Entscheidung über den Entzug der vertragsärztlichen Zulassung kein Raum. Unabhängig davon ist auch eine überobligatorische Schadensregulierung nicht als Wohlverhalten zu werten.

Der Kl. ist als Allgemeinarzt in einer BAG mit seiner Ehefrau tätig. Das **Amtsgericht** verurteilte ihn wegen gewerbsmäßigen Betrugs in 15 Fällen zu einer Gesamtfreiheitsstrafe von einem Jahr und neun Monaten auf Bewährung. Die Entscheidung ist seit 16.05.2017 rechtskräftig. In dem Urteil des Amtsgerichts wurde ausgeführt, zu beanstanden sei die Abrechnung (Zeitraum: Quartale II/11-IV/14) der Nr. 35100 (Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände) und 35110 EBM (Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen). In mindestens 70 % der Fälle seien die Leistungen nur teilweise, in der Mehrzahl überhaupt nicht erbracht worden. Durch die Täuschung habe der Kl. eine Honorarsumme von mindestens 189.658,03 € erlangt. Am auffälligsten sei das Quartal III/11 mit 1.084 Stunden Nettoarbeitszeit (= 83,4 Stunden/Woche). Ab dem Quartal III/11 seien die Leistungen nach der Nr. 35100 EBM beim Kl. erheblich angestiegen. Nur der Kl., nicht dessen Ehefrau besitze die Genehmigung zur Erbringung und Abrechnung der psychosomatischen Grundversorgung. In den Quartalen III u. IV/11, I und II/13 fanden **Wirtschaftlichkeitsprüfungen** statt. Zum Teil wurde eine schriftliche Beratung, zum Teil eine Kürzung ausgesprochen. Die Kürzungssumme betrug 10.711,82 €. Alle hierzu ergangenen Bescheide wurden bestandskräftig. In den Quartalen III/11-II/13 fand eine **Plausibilitätsprüfung** statt, die zu einer Kürzung von 168.472,720 € führte. Auch diese Plausibilitätsprüfung wurde bestandskräftig. Ab dem Quartal IV/14 war ein Rückgang der Leistungen nach den Nr. 35110 festzustellen bei gleichzeitigem Anstieg der Leistungen nach der Nr. 01435 (Haus-/Fachärztliche Bereitschaftspauschale) und 01436 (Konsultationspauschale). Dies führte zu einer **Rückforderung** in Höhe von 6.338,08 €. Das **SG** wies die Klage ab.

b) Täuschung über Organisation und Struktur einer üBAG/Gesamtheit der
Pflichtenverstöße

SG Potsdam, Urteil v. 20.11.2019 - S 1 KA 20/17

RID 20-01-36

SGB V § 95 VI; Zahnärzte-ZV § 33 II

Für eine Zulassungsentziehung ist es unbeachtlich, dass dieselben Pflichtverletzungen bereits **Gegenstand von Disziplinarmaßnahmen** waren.

Es liegt eine **gröbliche Pflichtverletzung** vor, die eine Zulassungsentziehung rechtfertigt, wenn **keine durchgehend freiberufliche Tätigkeit** aller Mitglieder einer überörtlichen **Berufsausübungsgemeinschaft** nach Organisation und Struktur vorliegt, wenn nach den Gesellschaftsverträgen nicht durchgehend eine Beteiligung aller am wirtschaftlichen Risiko, mithin eine Beteiligung am Gewinn und Verlust gegeben ist. Mit Vorgaben des geschäftsführenden Zahnarztes zum zeitlichen und örtlichen Einsatz einzelner Mitglieder der jeweiligen üBAG und zur Erstellung von Heil- und Kostenplänen kann massiv in die freiberufliche Tätigkeit der anderen Zahnärzte eingegriffen werden mit dem Ergebnis, dass nicht von einer Tätigkeit in freier Praxis als unabdingbare Voraussetzung einer üBAG ausgegangen werden kann.

Für die Zulassungsentziehung ist es nicht entscheidend, ob tatsächlich eine Täuschung des Zulassungsausschusses durch den Vertrags(zahn)arzt vorgelegen hat.

Es liegt ein erheblicher Pflichtenverstoß vor, wenn **Heil- und Kostenpläne** nach Genehmigung der Krankenkasse **geändert** werden, ohne sie nochmals zur **Genehmigung** vorzulegen.

Es liegt ein Pflichtenverstoß vor, wenn die Mitglieder der üBAG aufgefordert werden, gegenüber Patienten die **Versandkosten** in unzulässiger Weise **als Desinfektionspauschale** in Rechnung zu stellen.

Für die Entziehung der Zulassung muss nicht jede einzelne Pflichtverletzung als gröblich bewertet werden. Entscheidungserheblich ist, dass die **Pflichtverletzungen in ihrer Gesamtheit** so gravierend sind, dass dadurch das Vertrauen der KZV und auch der Krankenkasse nachhaltig gestört ist.

Der seit 1991 zugelassene kl. Vertragszahnarzt war von Juli 2008 bis Juni 2015 nacheinander wechselnd Mitglied in neun überörtlichen BAGs. Die beigel. KZV beantragte im Februar 2016 die Entziehung der Zulassung. Der Kl. habe insb. die Genehmigungen des Zulassungsausschusses zum Zusammenschluss zu einer üBAG durch arglistige Täuschungen erwirkt und vertragszahnärztliche Leistungen nicht peinlich genau abgerechnet. Ferner habe er seine Mitarbeiter angewiesen, Leistungen entgegen dem Wirtschaftlichkeitsgebot und zu Lasten der Patienten sowie der Krankenkassen zu erbringen, um wirtschaftliche Vorteile zu generieren. Der Zulassungsausschuss habe mit Beschlüssen vom 02.09.2015 festgestellt, dass die Genehmigungen der üBAG rechtswidrig gewesen seien. Nicht alle Gesellschafter hätten ihre vertragszahnärztliche Tätigkeit in freier

Praxis ausgeübt (verdeckte Anstellungsverhältnisse). Der Zulassungsausschuss entzog die Zulassung, der Widerspruch blieb erfolglos. Das **SG** wies die Klage ab.

c) Pflicht zur Fortbildung: Keine automatische Zulassungsentziehung bei schwerer Erkrankung

SG München, Urteil v. 10.10.2019 - S 43 KA 182/19
SGB V §§ 95 VI, 95d

RID 20-01-37

Die Vorgabe des Gesetzgebers in § 95d III 6 SGB V mit dem Wort „soll“ bedeutet, dass es **keinen Automatismus** wegen Nichterreicherung der Punktzahl gibt, dies auch mit Blick auf das verfassungsrechtliche **Verhältnismäßigkeitsgebot**. Ein Absehen von einer Zulassungsentziehung wegen Verstoßes gegen die Pflicht zur Fortbildung kann bei einer vom Regelfall abweichenden, atypischen Gesundheits- und Lebenssituation, insb. einer schweren Erkrankung (hier: beidseitige Hüftnekrose und an vier großen Gelenken zustande gekommenes Schmerzsyndrom) geboten sein.

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

4. Anfechtungsbefugnis gegenüber Ermächtigung eines Krankenhausarztes

SG München, Beschluss v. 10.10.2019 - S 28 KA 339/19 ER

RID 20-01-38

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 116; SGG §§ 54 I 2, 86b I 1 Nr. 2

Für eine sog. **defensive Konkurrentenklage** von Vertragsärzten fehlt es an einer möglichen Rechtsverletzung, wenn schon nicht (substantiiert) vorgetragen wird, dass sie durch die streitgegenständliche **Ermächtigung** in ihren **Erwerbsmöglichkeiten eingeschränkt** werden (können). Dies ist der Fall, wenn sich die Ermächtigung auf kinderorthopädische Leistungen erstreckt, die bei den Vertragsärzten nicht oder kaum nachgefragt werden.

Liegt die Anzahl von Kindern und Jugendlichen zur Behandlung unter 3% der Gesamtfallzahl, so ist eine Möglichkeit der Rechtsverletzung per se auszuschließen (vgl. BSG, Urt. v. 17.10.2007 - B 6 KA 42/06 R - BSGE 99, 145 = SozR 4-2500 § 116 Nr. 4, juris Rn. 24, wonach ein **faktisches Konkurrenzverhältnis** anzunehmen ist, wenn die vom Krankenhausarzt mit denselben Leistungen behandelten Patienten aus dem Einzugsbereich der Vertragsarztpraxis 5% der Gesamtfallzahl dieser Praxis überschreiten).

Im Rahmen der Zulässigkeit des einstweiligen Rechtsschutzantrags liegt die **Substantiierungspflicht** beim Antragsteller (vgl. BSG, Urt. v. 17.10.2007 - B 6 KA 42/06 R - aaO., Rn. 20).

Die Ast. zu 1., 3. und 4. sind als Fachärzte für Orthopädie, der Ast. zu 2. als Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Sie betreiben jeweils in A-Stadt eine Einzelpraxis. Sie wandten sich erfolglos gegen die Ermächtigung der Beigel., die Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie ist und über die Zusatzbezeichnung Kinderorthopädie verfügt. Sie ist als Oberärztin in der Abteilung für Orthopädie und Unfallchirurgie, Sektion Kinderorthopädie in der Klinik A-Stadt, beschäftigt. Das **SG** lehnte die Anträge auf Aufhebung der sofortigen Vollziehung der Ermächtigung der Beigel. und Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung der Anfechtungsklage der Ast. (Az. S 28 KA 334/19) ab.

VI. Hausarztzentrierte Versorgung/Kassenärztliche Vereinigung

Nach BSG, Urt. v. 12.02.2020 - **B 6 KA 25/18 R** - handelt es sich bei Regelungen in einem **Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung (HzV)** zwar um normativvertragliche Bestimmungen, jedoch beeinträchtigen Vereinbarungen zur **Erbringung von bestimmten Allgemeinen Laborleistungen durch die Hausärzte den Status der kl. Laborärzte** nicht. Nach der beanstandeten Regelung der Anlage 12 i.V.m. Anhang 1 des HzV-Vertrages - sämtliche dort aufgeführten Leistungen, einschl. fast aller Allgemeinen Laborleistungen nach Abschnitt 32.2 EBM, werden durch Pauschalen vergütet - verpflichten sich am Vertrag teilnehmende Ärzte dazu, etwas zu tun, was sie **berufrechtlich und vertragsarztrechtlich dürfen**, nämlich **Basislaborleistungen selbst zu erbringen oder sich zu beschaffen**. Damit soll der Wechsel zwischen dem HzV-System und dem vertragsärztlichen Vergütungssystem innerhalb eines Behandlungsfalles vermieden werden, soweit Leistungen betroffen sind, die zur hausärztlichen Versorgung im Sinne des § 73b SGB V und § 73 SGB V rechnen. Dieses trifft für die Laborleistungen des „Ziffernkranzes“ im Anhang 1 zu; der Vertrag zur HzV greift deshalb nicht auf Leistungen über, die nur Fachärzte wie die Kläger erbringen dürfen. Die bekl. Vertragspartner verfolgen mit der angegriffenen Regelung **Ziele**, die der **Intention des Gesetzgebers** bei der Einführung der HzV entsprechen. Die Krankenkassen wurden verpflichtet, ihren Versicherten eine besonders hoch stehende hausärztliche Versorgung anzubieten und ihnen wurde zugleich ein erweiterter Spielraum in der einzelvertraglichen Ausgestaltung des hausärztlichen

Versorgungsgeschehens im kollektivvertraglichen Rahmen eingeräumt. Im Mittelpunkt steht der Hausarzt, der als erster Ansprechpartner des Versicherten im Krankheitsfalle die ambulante Versorgung gestaltet und vergleichbar einem Lotsen koordiniert. Auch wenn der Schutzbereich der Berufsausübungsfreiheit der Kl. (Art. 12 I GG) betroffen sein sollte, würden sich die Regelungen unter Berücksichtigung der Zielrichtungen der HzV und der geringen Eingriffsintensität als sachlich gerechtfertigt und auch verhältnismäßig erweisen. Die Kl. werden deshalb nicht in ihren Grundrechten verletzt.

1. Hausarztzentrierte Versorgung: Bestimmung einer neuen Schiedsperson

LSG Niedersachsen-Bremen, Beschluss v. 11.12.2019 - L 3 KA 55/18 B ER

RID 20-01-39

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 71 VI, 73b

Leitsatz: Hat die **Schiedsperson** ein Schiedsverfahren zur Inhaltsbestimmung eines Vertrags über die hausarztzentrierte Versorgung beendet, weil sie die Voraussetzungen einer entsprechenden Abschlusspflicht nicht für gegeben hält, können die Vertragsparteien hiergegen entsprechend § 73b Abs. 4a S. 5 SGB V Klage erheben. Ihnen steht aber kein Anspruch gegen die Aufsichtsbehörde auf Bestimmung einer neuen Schiedsperson zu.

SG Bremen, Beschl. v. 02.11.2018 - S 1 KA 12/18 ER - lehnte den Hauptantrag ab, die Ag. zur Aufhebung des bestandskräftigen Bestimmungsbescheids v. 06.08.2015 und zur Ersetzung der dort bestimmten Schiedsperson zu verpflichten, und gab dem Hilfsantrag des Ast. statt und verpflichtete die Ag., eine weitere Schiedsperson im Sinne des § 73b IVa 2 SGB V zu bestimmen. Das LSG lehnte den Antrag insgesamt ab.

2. Zuständigkeit für Aufsichtsklage drittbetroffener KV

LSG Sachsen, Beschluss v. 17.01.2020 - L 1 KA 21/18 KL

RID 20-01-40

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGG § 29 II Nr. 2

Leitsatz: 1. Die erstinstanzliche **Zuständigkeit der Landessozialgerichte** nach § 29 Abs. 2 Nr. 2 SGG besteht nicht nur für Klagen derjenigen Verwaltungsträger, die Adressat der konkret angefochtenen Aufsichtsmaßnahme sind. Vielmehr besteht diese Zuständigkeit auch für **Klagen von Kassenärztlichen Vereinigungen** gegen Aufsichtsmaßnahmen des Bundesversicherungsamts (ab 01.01.2020 des Bundesamts für Soziale Sicherheit).

2. **Verfassungsrecht** gebietet keine besonders restriktive Auslegung einer Zuständigkeitsnorm, die eine Ausnahme von einem Grundsatz macht.

Das **LSG** erklärte sich für die von der KV gegen das Rundschreiben des BVA vom 13.09.2018 erhobene Klage instanziell zuständig.

VII. Streitwert/Verschiedenes

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.

Nach BSG v. 11.12.2019 - **B 6 KA 11/18 R** - ist in einem Rechtsstreit, der vor Eröffnung des Insolvenzverfahrens entstandene Honoraransprüche betrifft, der **Insolvenzverwalter notwendig** zum Verfahren **beizuladen**, wenn er erklärt, dass das Insolvenzverfahren noch nicht abgeschlossen sei und die vom Kl. geltend gemachte Forderung möglicherweise zur Insolvenzmasse gehöre.

Nach BSG v. 11.12.2019 - **B 6 KA 12/18 R** - verstößt die Regelung des § 3 I 1 **GEHV** gegen Art. 12 I i.V.m. Art. 3 I GG, soweit sie bezogen auf die Festsetzung des Beitrags keine Abzüge für **Sach- und Praxiskostenanteile** vorsieht. Allerdings muss **nicht jede minimale Kostendifferenz** zwischen einzelnen Arztgruppen oder Untergruppen (z.B. bei den Internisten) exakt für die EHV abgebildet werden. Erreicht die Differenz der Kostensätze einer Gruppe aber **15 % in Relation zum Durchschnitt der Kosten aller vertragsärztlichen Praxen**, muss dem bei der Ermittlung des Abzugs für die EHV Rechnung getragen werden. Nach BSG v. 11.12.2019 - **B 6 KA 12/18 R** - verstößt die Regelung des § 3 I 1 **GEHV** gegen Art. 12 I i.V.m. Art. 3 I GG soweit sie bezogen auf die Festsetzung des Beitrags keine Abzüge für **Sach- und Praxiskostenanteile** vorsieht. Nach BSG v. 11.12.2019 - **B 6 KA 16/18 R**, **B 6 KA 7/19 R** - müssen Bescheide von Vertragsärzten trotz Rechtswidrigkeit des § 3 I 1 **GEHV** nicht aufgehoben werden, wenn die von ihnen erreichten **Umsätze** und auch die **Kostenquote** ganz in der Nähe des **Durchschnitts** aller hessischen Ärzte liegen. Nach BSG v. 11.12.2019 - **B 6 KA 9/19 R** - ist das **System der Beitragsklassen**, das die KV in der Zeit vom 01.07.2012 bis zum 31.12.2016 der Erhebung von Beiträgen für die Zwecke der EHV zugrunde gelegt hat, nicht zu beanstanden. Soweit die Klägerin geltend macht, sie sei insgesamt, also auch unter Einbeziehung ihrer Beiträge zum Versorgungswerk der Ärztekammer, **zu hoch belastet**, verhilft das ihrer Revision nicht zum Erfolg. Die unzureichende Berücksichtigung besonders hoher Kosten in § 3 **GEHV** betrifft die Kl. als Ärztin für Psychotherapie nicht.

1. Einstweilige Anordnung gegen Honorareinbehalt: Zinsinteresse von 5% für zwei Jahre

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 04.11.2019 - L 11 KA 27/19 B

RID 20-01-41

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

GKG §§ 52, 53

Ist das Interesse darauf gerichtet, zumindest für die Dauer des Hauptsacheverfahrens das einbehaltene **Honorar ausgekehrt zu erhalten**, so wird das wirtschaftliche **Interesse** durch die Faktoren „**Länge des Verfahrens**“ und „**Zinsinteresse**“ bestimmt. Das Zinsinteresse konkretisiert sich darin, nicht auf eine etwaige Zwischenfinanzierung angewiesen zu sein, unabhängig dabei, ob tatsächlich ein Darlehen aufgenommen wurde. Es ist pauschalierend ein Zinsinteresse von 5% anzusetzen. Bei einer geschätzten Dauer für das Hauptsacheverfahren von zwei Jahren ergibt sich angesichts eines durchschnittlichen Kreditzinses von ca. 5 % ein Streitwert von 5 % aus 186.680,85 € = 9.334 € gerechnet auf zwei Jahre gleich 18.668 €

SG Düsseldorf, Beschl. v. 04.02.2019 - S 33 KA 117/18 ER - setzte den Streitwert fest, das *LSG* wies die Beschwerden zurück.

VIII. Bundessozialgericht (BSG)

1. Honorarverteilung

a) Erhöhung des RLV: Spezialleistungen

BSG, Beschluss v. 30.10.2019 - B 6 KA 6/19 B

RID 20-01-42

juris

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Berlin-Brandenburg*, Urt. v. 27.04.2016 - L 7 KA 45/14 - RID 16-03-61 wird zurückgewiesen.

Bei den Leistungen nach Nr. 05330, 05331 und 05350 EBM handelt es sich für einen **Anästhesisten** nicht um **Spezialleistungen**, die zu einer **Erhöhung des RLV** führen. Bei diesen Leistungen handelt es sich um fachgruppentypische Leistungen. Es ist bereits nicht erkennbar, dass für die Erbringung dieser Leistungen, die zum Kernbestand des anästhesiologischen Leistungsspektrums gehören, typischerweise eine besondere **Zusatzqualifikation** und eine besondere **Praxisausstattung** erforderlich sind (vgl. BSG, Beschl. v. 21.03.2013 - B 6 KA 70/17 B - juris Rn. 12 - zu Kernleistungen des nuklearmedizinischen Leistungsspektrums; BSG, Beschl. v. 03.08.2016 - B 6 KA 12/16 B - juris Rn. 11 - zu Kernleistungen der Neurochirurgen; BSG, Beschl. v. 26.06.2019 - B 6 KA 1/18 R - SozR <vorgesehen>, juris Rn. 23 - zu Kernleistungen der Orthopäden).

Parallelverfahren:

BSG, Beschluss v. 30.10.2019 - B 6 KA 8/19 B

RID 20-01-43

juris

b) Reaktionspflicht des Normgebers bei dauerhaftem Punktwerteabfall

BSG, Beschluss v. 30.10.2019 - B 6 KA 19/19 B

RID 20-01-44

juris

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Baden-Württemberg*, Urt. v. 22.05.2019 - L 5 KA 1970/18 - wird zurückgewiesen.

BSG, Urt. v. 23.03.2016 - B 6 KA 33/15 R - SozR 4-2500 § 87b Nr. 8 Rn. 24 hat zwar betont, dass gerade bei Arztgruppen wie Pathologen, Laborärzten oder bei der Erbringung von Dialyseleistungen durch Nephrologen, bei denen der Vergütung ein hoher Anteil von Personal- und Sachkosten gegenübersteht, eine ihrer Höhe nach nicht voraussehbare **Quotierung problematische Auswirkungen** haben kann. Er hat jedoch eine **Reaktionspflicht** des Normgebers erst bei einem sich auf das Honorar mindernd auswirkenden **dauerhaften Punktwerteabfall von mehr als 15 %** unter das „sonstige Durchschnittsniveau“ bejaht (BSG aaO. Rn. 26).

Zutreffend hat das LSG die alleinige Heranziehung des **Orientierungspunktwertes** als vergleichenden Maßstab abgelehnt. Dieser kann nicht maßgebliche Bezugsgröße sein, da die

Leistungen der anderen Facharztgruppen nicht mit dem Orientierungspunktwert vergütet worden sind. Entscheidend ist vielmehr das „**sonstige Durchschnittsniveau**“.

Hinsichtlich einer **Reaktionspflicht** des Normgebers in den Fällen, in denen sich bei einer Arztgruppe ein auf das Honorar mindernd auswirkender gravierender Punktwertverfall ergibt, reicht es nicht aus, wenn das Honorarniveau einer Arztgruppe im Vergleich zu ihrem **bisherigen** besonders günstigen Stand absinkt; erforderlich ist vielmehr, dass ihr Vergütungsniveau **gravierend unter das Niveau der anderen Arztgruppen sinkt** (BSG, Urt. v. 22.06.2005 - B 6 KA 5/04 R - SozR 4-2500 § 85 Nr. 17 Rn. 24).

Die bekl. KV vergütete die pathologischen Leistungen in dem streitbefangenen Quartal III/14 zu 67,5 %.

c) Strukturzuschlag auch für psychotherapeutische Ausbildungsambulanz

BSG, Urteil v. 12.12.2018 - B 6 KA 41/17 R

RID 20-01-45

SozR 4-2500 § 117 Nr. 7

Leitsatz: 1. Eine **Vereinbarung**, nach der in staatlich anerkannten **Ausbildungsstätten** für **Psychotherapie** erbrachte psychotherapeutische Leistungen „als Einzelleistungsvergütung nach EBM“ vergütet werden, schließt auch den Anspruch auf den sog. Strukturzuschlag ein, der Psychotherapeuten mit mehr als hälftiger Auslastung zusteht.

2. Zwischen Krankenkassen und staatlich anerkannten Ausbildungsstätten für Psychotherapie kann wirksam vereinbart werden, dass die **Krankenkasse** über den Honoraranspruch der Ausbildungsstätte durch **Verwaltungsakt** entscheidet.

2. Sachlich-rechnerische Berichtigung

a) Plausibilitätsprüfung

aa) Zeitbezogene Plausibilitätsprüfung: Untersuchung von Folgequartalen

BSG, Urteil v. 24.10.2018 - B 6 KA 44/17 R

RID 20-01-46

SozR 4-2500 § 106a Nr. 21 = KrV 2019, 76 = MedR 2019, 593 = medstra 2019, 300 = USK 2018-93

Leitsatz: Ergibt die Prüfung einer vertragsärztlichen Abrechnung auf ihre **Plausibilität** in **zeitlicher** Hinsicht, dass der Arzt das maßgebliche Aufgreifkriterium bezogen auf die ärztliche Arbeitszeit an drei Tagen überschritten hat, und ergibt die nähere Prüfung, dass diese Überschreitung auf der Nichtbeachtung einer Zeitvorgabe für den Arzt-Patienten-Kontakt beruht, darf die Kassenärztliche Vereinigung die **Folgequartale** auf diesen Abrechnungsfehler untersuchen, auch wenn die Tagesprofile für diese Quartale für sich genommen **nicht auffällig** sind.

bb) Übertragung der Prüfung auf Folgequartale/Bronchoskopie nach Nr. 09315 EBM

BSG, Urteil v. 15.05.2019 - B 6 KA 63/17 R

RID 20-01-47

SozR 4-2500 § 106a Nr. 23 = KrV 2019, 205 = ZMGR 2019, 216-221

Leitsatz: Hat ein Arzt in einem Quartal das maßgebliche Aufgreifkriterium für eine **Plausibilitätsprüfung** bezogen auf die Arbeitszeit überschritten und ergibt die nähere Prüfung, dass diese Überschreitung auf einem generellen Fehlverständnis des Vertragsarztes vom Inhalt der Leistungslegende einer Gebührenordnungsposition beruht, darf die Kassenärztliche Vereinigung daraus ohne weitere Ermittlungen auf die Fehlerhaftigkeit der Abrechnung auch in **Folgequartalen** schließen, wenn insbesondere nach den Angaben des Arztes von einem konstanten Abrechnungsverhalten auszugehen ist.

b) Schein-BAG: Honorarrückforderung (14,7 Mio € für sämtliche Quartale II/93 bis III/03)

BSG, Beschluss v. 30.10.2019 - B 6 KA 40/18 B

RID 20-01-48

juris

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Mecklenburg-Vorpommern*, Urt. v. 17.04.2018 - L 1 KA 2/15 - wird zurückgewiesen.

Ein Verfahrensmangel ist nicht festzustellen. Auch der Zulassungsgrund der Divergenz ist nicht erfüllt.

Der im Jahr 1944 geb. Kl. erhielt zum 01.03.1993 die Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung als Facharzt für Klinische Chemie und Laboratoriumsmedizin mit Sitz in einer Gemeinschaftspraxis in S. An dieser Gemeinschaftspraxis waren u.a. der Laborarzt Dr. K. sowie die Firmen G. GmbH und L. mbH in unterschiedlichen Konstellationen beteiligt. Im Zuge staatsanwaltschaftlicher Ermittlungen **wegen Abrechnungsbetrugs entzog der Berufungsausschuss dem Kl. im Jahr 2004 die vertragsärztliche Zulassung**, weil dieser **nie die Stellung eines Arztes in freier Praxis innegehabt** habe. Gegen die klageabweisende Entscheidung des LSG legte der Kl. Revision ein; kurz vor der mündlichen Verhandlung vor dem Senat am 28.10.2009 nahm er jedoch seine Klage gegen den Beschluss des Berufungsausschusses wieder zurück. Im vorliegenden Verfahren wendet sich der Kl. gegen einen Bescheid der bekl. KV, die ihn zur **Rückzahlung** sämtlicher für die **Quartale II/93 bis III/03** ausgezahlter vertragsärztlicher **Honorare** (in Höhe von **ca. 14,7 Millionen €**) im Hinblick darauf verpflichtete, dass er nicht in freier Praxis tätig gewesen sei und sich die Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung erschlichen habe. Das **SG** hob den Rückforderungsbescheid auf. Das **LSG** wies die Klage ab.

c) Berechnung der Rückforderung und vorherige Kürzungen

BSG, Urteil v. 13.02.2019 - B 6 KA 58/17 R

RID 20-01-49

SozR 4-2500 § 106a Nr. 22 = KrV 2019, 117 = ZMGR 2019, 148

Leitsatz: Für die Berechnung des **Umfangs einer Honorarrückforderung** aufgrund einer Richtigstellung zu Unrecht abgerechneter Leistungen ist vom ursprünglichen Abrechnungsvolumen auszugehen, auch wenn bereits zuvor eine Honorarkürzung wegen Überschreitens der Jobsharing-Obergrenzen erfolgte (Fortentwicklung von BSG vom 11.3.2009 - B 6 KA 62/07 R - BSGE 103, 1 = SozR 4-2500 § 106a Nr. 7).

d) Akupunktur

BSG, Urteil v. 13.02.2019 - B 6 KA 56/17 R

RID 20-01-50

SozR 4-5531 Nr 30790 Nr. 1 = GesR 2019, 304 = MedR 2019, 745 = USK 2019-1

Leitsatz: Die Anwendung von **Akupunktur** im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung setzt die Feststellung durch den behandelnden Arzt auf der Grundlage von in der Vergangenheit erstellten ärztlichen Dokumentationen voraus, dass bei dem Patienten ein Schmerzintervall vorliegt, das seit mindestens sechs Monaten besteht und aktuell andauert.

3. Antragserfordernis für Genehmigung labormedizinischer Leistungen auch für Laborarzt

BSG, Urteil v. 24.10.2018 - B 6 KA 45/17 R

RID 20-01-51

SozR 4-2500 § 135 Nr. 28 = KHE 2018/91 = USK 2018-91 = MedR 2019, 980

Leitsatz: Die von den Bundesmantelvertragspartnern getroffene **Vereinbarung zur Qualitätssicherung**, die die Durchführung und Abrechnung von Leistungen des Speziallabors von einer vorherigen **Genehmigung** durch die Kassenärztliche Vereinigung abhängig macht, ist auch insoweit mit höherrangigem Recht vereinbar, als sie sich auf **Ärzte für Laboratoriumsmedizin** erstreckt.

4. Fachgebietsgrenzen und Abrechnungsgenehmigung

BSG, Beschluss v. 30.10.2019 - B 6 KA 22/19 B

RID 20-01-52

juris

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Nordrhein-Westfalen*, Urt. v. 20.03.2019 - L 11 KA 28/18 - RID 19-03-13 wird zurückgewiesen.

Der Senat hat bereits mehrfach klargestellt, dass **Fachgebietsgrenzen** weder durch persönliche **Qualifikationen** des Arztes noch durch **Sondergenehmigungen** der KVen zur Erbringung und Abrechnung weiterer Leistungen oder durch **berufsrechtliche Berechtigungen** zur Führung von Zusatzbezeichnungen erweitert werden können. In BSG, Urt. v. 08.08.2018 - B 6 KA 47/17 R - juris Rn. 17 - SozR 4-2500 § 135 Nr. 27 (vorgesehen) hat der Senat dementsprechend entschieden, dass eine von der KV erteilte **Fachkundegenehmigung** nicht dazu berechtigt, Leistungen abzurechnen, die für seine Arztgruppe generell nicht (mehr) berechnungsfähig sind.

5. Erforderlichkeit einer Vertretergenehmigung

BSG, Beschluss v. 17.12.2019 - B 6 KA 29/19 B

RID 20-01-53

juris

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Bayern*, Urt. v. 10.07.2019 - L 12 KA 113/17 - wird als unzulässig verworfen.

Ein Arzt, der zwar über eine Zulassung als Vertragsarzt verfügt, aber aufgrund eines **Berufsverbots** nicht ärztlich tätig sein darf, hat keinen Anspruch auf vertragsärztliches **Honorar** (vgl. BSG, Beschl. v. 24.10.2018 - B 6 KA 10/18 B - m.w.N.).

Eine **genehmigungsfreie Vertretung** für den Fall der Verhinderung wegen eines Berufsverbots sieht § 32 Abs. 1 Ärzte-ZV nicht vor. Eine erforderliche Genehmigung kann auch nicht **rückwirkend** erteilt werden (zur Anstellungsgenehmigung vgl. BSG, Urt. v. 11.03.2009 - B 6 KA 15/08 R - BSG SozR 4-2500 § 96 Nr. 1 Rn. 15 f., 22 m.w.N.). Für ärztliche Leistungen, die ohne die erforderliche Genehmigung erbracht worden sind, besteht grundsätzlich **kein Honoraranspruch** (vgl. zuletzt zur Krankheitsvertretung im MVZ: BSG, Urt. v. 30.10.2019 - B 6 KA 9/18 R).

Parallelverfahren:

BSG, Beschluss v. 19.12.2019 - B 6 KA 28/19 B

RID 20-01-54

juris

6. Notdienst: Heranziehung zum Bereitschaftsdienst bei Betrieb einer Zweigpraxis

BSG, Urteil v. 13.02.2019 - B 6 KA 51/17 R

RID 20-01-55

SozR 4-2500 § 75 Nr. 20 = KrV 2019, 120

Leitsatz: Vertragsärzte, die eine **Zweigpraxis** betreiben, dürfen nicht in größerem Umfang zum **Notdienst** (Bereitschaftsdienst) herangezogen werden als andere Vertragsärzte mit gleichem Versorgungsauftrag.

7. BVerfG: Disziplinarrecht/„Ärztestreik“

BVerfG, 1. Sen. 3. Ka., Beschluss v. 24.10.2019 - 1 BvR 887/17

RID 20-01-56

juris

Die Verfassungsbeschwerde gegen BSG, Urt. v. 30.11.2016 - B 6 KA 38/15 R - BSGE 122, 112 = SozR 4-2500 § 75 Nr. 18 wird nicht zur Entscheidung angenommen.

Bei der von einem Vertragsarzt als „Warnstreik“ bezeichneten **Schließung seiner ärztlichen Praxis** handelt es sich nicht um eine koalitionsmäßige Betätigung im Sinne des Art. 9 III GG.

Zum disziplinarrechtlich sanktionierbaren **Pflichtenkatalog** eines Vertragsarztes gehört die sich aus der Gesamtschau von § 24 II Ärzte-ZV i.V.m. § 98 I 1 SGB V, § 17 I, Ia BMV-Ä a.F. ergebende **Präsenzpflicht** des Vertragsarztes.

Die die Berufsausübung regelnde Präsenzpflicht der am Vertragsarztssystem teilnehmenden Ärzte folgt aus der Verpflichtung zur vertragsärztlichen Versorgung nach § 95 III SGB V. Ziel des kassenärztlichen Systems ist es, wie das BSG zutreffend herausstellt, die ärztliche Versorgung der

gesetzlich Versicherten **sicherzustellen** (§ 72 I 1 SGB V). Die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung stellt dabei ein besonders **wichtiges Gemeinschaftsgut** dar (vgl. BVerfGE 103, 172 <184 f.>), das grundsätzlich auch **Einschränkungen der Berufsausübungsfreiheit** rechtfertigen kann (vgl. schon BVerfGE 7, 377 <405 ff.>; 22, 1 <20 f.>; 87, 363 <382 ff.>). Wird ein solches legitimes Ziel verfolgt, sind neben den Anforderungen an die gesetzliche Regelung auch die Anforderungen der Verhältnismäßigkeit zu wahren.

Das BSG hat insoweit zutreffend die Möglichkeit von ungeschriebenen Ausnahmen von der Präsenzpflcht in Erwägung gezogen. Im Rahmen dessen verlangt Art. 12 I GG für die Ausgestaltung der Berufsausübung darüber hinaus allerdings auch die **Prüfung**, inwieweit eine Praxisschließung trotz Erfüllung der vorgegebenen Mindeststunden zulässig sein kann, oder ob allein die Nichteinhaltung von angekündigten Sprechstunden an in beiden Fällen jeweils nur einem Wochentag überhaupt zu einer Gefährdung der vertragsärztlichen Versorgung führen kann. Dazu trägt der Bf. jedoch nicht weiter vor.

8. Arzneikostenregress: Verordnung von Defekturzneimittel

BSG, Beschluss v. 30.10.2019 - B 6 KA 21/18 B

RID 20-01-57

juris

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Niedersachsen-Bremen*, Urt. v. 18.04.2018 - L 3 KA 31/15 - RID 18-03-30 wird zurückgewiesen.

In Fällen, in denen nach den Regelungen des AMG die **Verkehrsfähigkeit** eines Arzneimittels ohne vorherige fundierte Überprüfung von Qualität, Wirksamkeit und Unbedenklichkeit gegeben ist, kann aus dieser Verkehrsfähigkeit nicht ohne Weiteres auch auf die Verordnungsfähigkeit des Arzneimittels zulasten der gesetzlichen Krankenkassen geschlossen. Das betrifft zum einen Fallgestaltungen, in denen im Zuge der Neugestaltung des Arzneimittelrechts übergangsrechtlich bis zu einer fundierten Überprüfung der Qualität, Wirksamkeit und Unbedenklichkeit eines Präparats sog. **fiktive Zulassungen** eingeräumt wurden. Zum anderen gilt dies auch für sog. **Rezepturzneimittel**, die nicht - wie Fertigarzneimittel - „im Voraus hergestellt“ und in Verkehr gebracht, sondern für einen bestimmten Patienten nach Rezeptur des Arztes zur Herstellung in der Apotheke verordnet werden.

9. Zulassungsrecht

a) Beschäftigung einer Ärztin in der fachinternistischen und hausärztlichen Versorgung

BSG, Urteil v. 13.02.2019 - B 6 KA 62/17 R

RID 20-01-58

BSGE = SozR 4-2500 § 73 Nr. 6 = GesR 2019, 435 = ZMGR 2019, 162

Leitsatz: Ein Arzt darf im Rahmen ein und desselben Anstellungsverhältnisses oder ein und derselben Zulassung nicht **gleichzeitig** an der **hausärztlichen** und an der **fachärztlichen Versorgung** teilnehmen.

b) Umfang der Überweisungsbefugnis eines ermächtigten Krankenhausarztes

BSG, Beschluss v. 11.09.2019 - B 6 KA 4/19 B

RID 20-01-59

juris

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Nordrhein-Westfalen*, Urt. v. 14.11.2018 - L 11 KA 50/17 - RID 19-02-45 wird zurückgewiesen.

Bei der nach § 24 II 4 BMV-Ä vorgesehenen **Festlegung der Überweisungsbefugnis** kommt den Zulassungsgremien ein gerichtlich nur eingeschränkt überprüfbarer **Beurteilungsspielraum** zu. Es kann auch keinem Zweifel unterliegen, dass diese nur insoweit zu erteilen ist, als der ermächtigte Arzt oder die ermächtigte Einrichtung **diese benötigt**, um dem durch die Ermächtigung erteilten Versorgungsauftrag gerecht werden zu können. Anders ausgedrückt: Für Leistungen, die der Ermächtigte entweder selbst erbringen kann, oder für die aus anderen Gründen Überweisungen nicht sinnvoll (z.B. unwirtschaftlich) oder nicht erforderlich sind, muss eine Überweisungsbefugnis nicht erteilt werden. Die Prüfung dieser Frage kann als „**Bedarfsprüfung**“ bezeichnet werden, ohne dass

deshalb ein unmittelbarer Zusammenhang mit der Bedarfsabhängigkeit der Ermächtigung als Ganzes und den insoweit geltenden Maßstäben herzustellen wäre.

c) Zulassungsentziehung: Visuelles Ausspionieren der Praxisangestellten in ihrer Intimsphäre

BSG, Urteil v. 03.04.2019 - B 6 KA 4/18 R

RID 20-01-60

BSGE = SozR 4-2500 § 95 Nr. 36 = KrV 2019, 158 = GesR 2019, 588 = ArztR 2019, 268 = ZMGR 2019, 221

Leitsatz: Auch **Verfehlungen außerhalb des Kernbereichs** der vertrags(zahn)ärztlichen Tätigkeit, die im Zusammenhang mit dem Praxisbetrieb erfolgen (hier: Eingriff in die Privat- und Intimsphäre der Praxismitarbeiterinnen durch Herstellen von Videoaufnahmen im Umkleideraum der Praxis), können eine **Zulassungsentziehung** rechtfertigen.

10. EHV KV Hessen: Höhe der Versorgung 2015/16/Rederecht eines Beiratsmitglieds

BSG, Urteil v. 12.12.2018 - B 6 KA 53/17 R

RID 20-01-61

SozR 4-2500 § 87b Nr. 19 = USK 2018-88

Leitsatz: 1. Die „Grundsätze der Erweiterten Honorarverteilung“ der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen über die **Höhe der Versorgung** der früheren Vertragsärzte in den Jahren 2015 und 2016 stehen **mit Bundesrecht im Einklang** (Fortführung von BSG vom 19.2.2014 - B 6 KA 10/13 R = SozR 4-2500 § 85 Nr 79).

2. Nicht jeder **Verstoß** gegen verfahrensrechtliche **Vorgaben für den Erlass untergesetzlicher Normen** führt zwingend zur Nichtigkeit der Norm; maßgeblich ist vielmehr, ob ein Verfahrenserfordernis, das der Normgeber im Interesse sachrichtiger Normsetzung statuiert hat, in funktionserheblicher Weise verletzt wurde.

Parallelverfahren:

BSG, Urteil v. 05.12.2018 - B 6 KA 55/17 R

RID 20-01-62

MedR 2019, 819 = USK 2018-88

BSG, Urteil v. 12.12.2018 - B 6 KA 54/17 R

RID 20-01-63

USK 2018-88

BSG, Urteil v. 12.12.2018 - B 6 KA 52/17 R

RID 20-01-64

USK 2018-88

B. KRANKENVERSICHERUNGSRECHT

I. Vertrags(zahn)ärztliche Behandlung

Nach BSG, Urt. v. 17.12.2019 - **B 1 KR 18/19 R** - ist eine **podologische Behandlung** ein **neues Heilmittel**, für welches der GBA bislang weder einen Nutzen anerkannt noch Empfehlungen zur Qualitätssicherung abgegeben hat. Er überprüft seit 17.05.2018 die Verordnungsfähigkeit podologischer Therapie für dem diabetischen Fußsyndrom vergleichbare Schädigungen, ohne dass ein Systemversagen vorliegt. Die gesetzes- und verfassungskonforme Prüfung ist ein hinreichender Sachgrund, derzeit die streitige podologische Behandlung nicht zu gewähren. Nach BSG, Urt. v. 17.12.2019 - B 1 KR 7/19 R - gewährt die maßgebliche **Satzungsbestimmung** für **künstliche Befruchtung** zusätzliche Leistungen lediglich für die ersten drei Behandlungsversuche. Als Versuch zählt jeder begonnene Behandlungszyklus, auch wenn er vorzeitig abgebrochen werden musste. Diese Begrenzung ist von der Ermächtigung des § 11 Abs. 6 SGB V gedeckt und verstößt nicht gegen das rechtsstaatliche Gebot der Normenklarheit und hinreichenden Bestimmtheit.

1. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

a) PET-CT bei Prostatakarzinom zum Staging

SG Karlsruhe, Urteil v. 11.10.2019 - S 9 KR 795/18

RID 20-01-65

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 2 Ia, 5, 13, 27, 135; SGG § 54

Bei der Behandlungsmaßnahme „**PET-CT bei Prostatakarzinom zum Staging**“ handelt es sich um eine **neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode**, sofern keine Indikation nach Nr. 14 § 1 Anlage I – Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden – zur Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung vorliegt.

Bei einem **Prostatakarzinom im Frühstadium** handelt es sich weder um eine lebensbedrohliche oder regelmäßig tödliche noch um eine zumindest wertungsmäßig damit vergleichbare Erkrankung i.S. des § 2 Ia SGB V.

§ 2 Ia SGB V kann einen **Anspruch auf PET-CT** begründen, wenn einerseits bei unterstelltem operablem Primärkarzinom ein Zuwarten einen (schnelleren) tödlichen Krankheitsverlauf innerhalb eines kürzeren, überschaubaren Zeitraums mit großer Wahrscheinlichkeit bedeuten würde, andererseits bei unterstelltem nicht operablem Karzinom der Eingriff selbst unmittelbar lebensgefährlich ist oder seine Folgen einen schnelleren tödlichen Krankheitsverlauf innerhalb eines kürzeren, überschaubaren Zeitraums mit großer Wahrscheinlichkeit bedeuten würden, und es kein anderes geeignetes diagnostisches Verfahren mehr gibt (vgl. BSG, Urt. v. 24.04.2018 - B 1 KR 29/17 R - SozR 4-2500 § 2 Nr. 11).

Das **SG** verurteilte die Bekl., dem Kl. die Kosten für das am 26.05.2017 durchgeführte PET-CT in Höhe von 1.269,16 € zu erstatten.

b) Haarentfernung durch Laser (IPL-Epilation)

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 29.10.2019 - L 4 KR 457/16

RID 20-01-66

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

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

Bei einer **Haarentfernung durch Laser (IPL-Epilation)** handelt es sich um eine **neue Behandlungsmethode**, für die es an der erforderlichen positiven Empfehlung des GBA fehlt. Es finden sich keinerlei Anhaltspunkte dafür, die es rechtfertigen, ein Systemversagen anzunehmen. Hinzu kommt, dass es zugelassene wirksame Behandlungsmethoden (Nadelepilation) für die betreffende Krankheit gibt.

SG Stade, Urt. v. 02.08.2016 - S 1 KR 134/15 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück,

c) Liposuktionsbehandlung

SG Aachen, Urteil v. 05.11.2019 - S 14 KR 297/19

RID 20-01-67

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 2, 12, 13 III

Ein Leistungsanspruch scheidet aus, wenn die ausgewählten Ärzte nicht an der **vertragsärztlichen Versorgung** (§ 95 SGB V) teilnehmen.

Ein Anspruch auf Kostenerstattung für die im Dezember 2018 und April 2019 durchgeführten Liposuktionsbehandlungen scheidet daran, dass der GBA die neue **Methode der Liposuktion** - zum Zeitpunkt der Leistungserbringung - nicht positiv empfohlen hat und kein Ausnahmefall vorliegt, in welchem dies entbehrlich gewesen wäre.

Das **SG** wies die Klage ab.

d) Multigenexpressionstests Oncotype DX (Brustkrebstest)

SG Schwerin, Urteil v. 20.11.2019 - S 8 KR 70/18

RID 20-01-68

juris
SGB V §§ 2, 13 III, 27 I 1, 92, 135; GG Art 2, 20 I

Leitsatz: Der Multigenexpressionstest Oncotype DX (Brustkrebstest) stellte Anfang 2018 eine **neue Untersuchungsmethode** dar, für die der GBA noch keine Empfehlung ausgesprochen hatte. Auch ein Kostenerstattungsanspruch unter dem Gesichtspunkt eines Systemversagens wegen der Dauer des Verfahrens vor dem GBA scheidet aus.

Das **SG** wies die Klage ab.

e) Obstruktive Schlafapnoe mit einer Unterkieferprotrusionsschiene

LSG Bayern, Urteil v. 21.11.2019 - L 4 KR 496/18

RID 20-01-69

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 33 I 1, 135 I 1

Leitsatz: 1. Bei der hier durchgeführten Therapie des Schlafapnoe-Syndroms handelt es sich um eine **neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode**. Der Behandlung einer **obstruktiven Schlafapnoe mit einer Unterkieferprotrusionsschiene** liegt ein eigenes theoretisch-wissenschaftliches Konzept zugrunde.

2. Bislang liegt hierzu die erforderliche **Empfehlung** durch den **Gemeinsamen Bundesausschuss** (GBA) nicht vor.

3. Eine positive Empfehlung liegt insb. nicht in den **Ausführungen des Unterausschusses** „Ärztliche Behandlung“ des GBA in dem Bericht „Diagnostik und Therapie der schlafbezogenen Atmungsstörungen“ über die Beratungen von 1998-2004 zur Bewertung der Polygraphie und Polysomnographie vor.

4. Auch ein **Systemversagen** ist nicht gegeben.

5. Das Schlafapnoe-Syndrom stellt weder eine **Erkrankung** im Sinne des § 2 Abs. 1a SGB V noch einen sog. **Seltenheitsfall** dar.

SG München, Urt. v. 02.10.2018 - S 7 KR 322/17 - verurteilte die Bekl., die Kosten in Höhe von 1.312,24 €entsprechend der Rechnung vom 02.11.2016 für die UPS zu erstatten, das **LSG** wies die Klage ab.

2. Psychotherapeutische Behandlung eines Suizidgefährdeten in angemessener Zeit

SG Leipzig, Beschluss v. 17.12.2019 - S 8 KR 1773/19 ER

RID 20-01-70

juris
SGB V §§ 27, 28 III 1, 73 II, 75 I, Ia, 76 I; SGG § 86b II

Leitsatz: Ist die Krankenkasse nicht in der Lage, nach vergeblicher Suche einem **psychisch erkrankten** Versicherten einen **Vertragsbehandler** für zunächst vier probatorische Sitzungen zu benennen, besteht Anspruch auf eine entsprechende **außervertragliche Behandlung** zu Vertragssätzen nach dem jeweils gültigen EBM.

Das *SG* verpflichtete die Ag., vorläufig die Kosten für eine außervertragliche psychotherapeutische Behandlung des Ast. in Form von zunächst vier probatorischen Sitzungen beim psychologischen Psychotherapeuten Dipl. Psych. H zu übernehmen, hilfsweise bei einem anderen fachlich ebenso qualifizierten Nicht-Vertragsbehandler, hilfsweise bei einem Vertragsbehandler, der zu einem Beginn der entsprechenden Behandlung des Ast. in einem Zeitrahmen innerhalb von längstens vier Wochen bereit ist.

II. Stationäre Behandlung

1. Stationäre Behandlung in der Schweiz: OSG-Prothese

SG Köln, Beschluss v. 22.05.2019 - S 23 KR 735/19 ER

RID 20-01-71

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 13 IV, V, 39

Die Versorgung mit einer **OSG-Prothese** (Oberes Sprunggelenk) gehört zum Leistungsspektrum von Kliniken in Deutschland. Insb. unter Berücksichtigung der gesetzlichen Vorgaben in § 13 V SGB V (entsprechende Behandlung einer Krankheit rechtzeitig bei einem Vertragspartner der Krankenkasse im Inland) erscheint der grundsätzliche Verweis eines Versicherten auf Vertragskliniken im Inland weiterhin zumutbar.

Das *SG* lehnte den Antrag, die Ag. im Wege der einstweiligen Anordnung zu verpflichten, die Behandlungskosten für eine dringende Operation in dem Spital C4 in der Schweiz laut dem vorliegenden Kostenvoranschlag zu übernehmen bzw. der beantragen stationären Krankenhausbehandlung in der Schweiz zur Versorgung mit einer OSG-Prothese zuzustimmen, ab.

III. Kostenerstattung

1. Genehmigungsfiktion

a) Wirksamkeit des Antrags und Anforderung einer Vollmacht

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 15.11.2019 - L 11 KR 2995/18

RID 20-01-72

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 13 IIIa; SGB X § 13 I

Leitsatz: Lässt sich der Versicherte bei der Stellung eines Antrages nach § 13 Abs. 3a Satz 1 SGB V (hier: auf operative Bauchdeckenstraffung) durch einen Rechtsanwalt vertreten, ist für den Beginn der drei- oder fünfwöchigen Entscheidungsfrist der Krankenkasse auf den **Eingang des Antrags** und nicht auf den Zeitpunkt abzustellen, zu dem eine von der Krankenkasse angeforderte **schriftliche Vollmacht vorgelegt** wurde.

Wird ein erster Antrag nach § 13 Abs. 3a Satz 1 SGB V bestandskräftig abgelehnt, kann in einem wiederholten Antrag jedenfalls dann kein verfristeter **Widerspruch** gegen den bereits bestandskräftig abgelehnten Erstantrag gesehen werden, wenn der Widerspruch gegen die zweite Ablehnungsentscheidung zurückgewiesen wird, ohne dass im Tenor des Widerspruchsbescheids der erste Ablehnungsbescheid genannt wird.

SG Karlsruhe, Gerichtsbs. v. 17.07.2018- S 6 KR 151/17 - wies die Klage ab, das *LSG* verurteilte die Bekl., dem Kl. eine Bauchdeckenstraffung als Sachleistung zu gewähren.

b) Sachleistungsanspruch (Hautstraffungsoperation u. Liposuktion)

LSG Hessen, Urteil v. 28.02.2019 - L 8 KR 27/17

RID 20-01-73

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 13 IIIa; SGB I § 66 III

Aufgrund der fachlichen **Befürwortung durch ein Krankenhaus** kann eine Versicherte eine stationäre **Hautstraffungsoperation** und eine **Liposuktion** für erforderlich halten.

SG Frankfurt a. M., Urt. v. 28.11.2016 - S 34 KR 264/14 - RID 17-01-89 verurteilte die Bekl., der Kl. eine Liposuktion der Oberschenkel sowie eine Straffung des Mons Pubis als Sachleistung zu gewähren, und stellte fest, dass der Antrag auf eine Bruststraffung beidseits gem. § 13 IIIa 6 SGB V als genehmigt gilt. Das *LSG* wies die Berufung zurück.

c) Schriftform zur Verlängerung der Fünfwochenfrist

SG Heilbronn, Urteil v. 22.11.2019 - S 14 KR 3166/18

RID 20-01-74

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

Soll die gesetzliche **Fünfwochenfrist** verlängert werden, ist dies dem Versicherten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mitzuteilen. Die **Schriftform** erfordert nach dem BGB eine Unterschrift. Zudem muss aus dem Schreiben ein Name – zumindest der des Sachbearbeiters – ersichtlich sein.

Das **SG** verurteilte die Bekl., der Kl. stationäre Straffungsoperationen der Brüste, der Oberschenkel und der Oberarme als Sachleistung zu gewähren.

d) Cannabisblüten: Vertragsärztliche Verordnung auf Betäubungsmittelrezept nicht erforderlich

SG München, Urteil v. 22.11.2019 - S 28 KR 1060/18

RID 20-01-75

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 13 IIIa, 31 VI

Der Annahme eines hinreichend **bestimmten Antrags** steht nicht entgegen, dass dem Antrag keine vertragsärztliche Verordnung auf Betäubungsmittelrezept beigelegt war.

Das **SG** verurteilte die Bekl., die Kl. nach vertragsärztlicher Verordnung mit Cannabisblüten zu versorgen sowie ihr die nach Eintritt der Genehmigungsfiktion entstandenen Kosten i.H.v. 1.316,87 € zu erstatten, und wies im Übrigen die Klage ab.

e) Rücknahme einer fingierten Genehmigung

LSG Saarland, Urteil v. 25.09.2019 - L 2 KR 49/18

RID 20-01-76

Revision anhängig: B 3 KR 13/19 R
juris
SGB V § 13 IIIa

Die Versorgung mit einer **Flüssigsauerstoff-Langzeit-Therapie** gehört zum Bereich der Sicherung der Krankenbehandlung und ist keine **Rehabilitationsleistung**.

Die Auffassung der Vorinstanz, es widerspreche 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, ist zutreffend.

SG für das Saarland, Urt. v. 11.07.2018 - S 1 KR 585/17 - verurteilte die Bekl., die Kl. mit der Sauerstoff-Langzeit-Therapie mit Flüssigsauerstoff zu versorgen, das **LSG** wies die Berufung der Bekl. zurück.

f) Aufhebung einer rechtswidrigen Feststellung der Genehmigungsfiktion

SG Hamburg, Urteil v. 16.04.2019 - S 37 KR 2081/16

RID 20-01-77

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 13 III; SGB X § 45; SGB I § 29 I

Eine Krankenkasse kann ihre **rechtswidrige Feststellung der Genehmigungsfiktion** nach Maßgabe des § 45 SGB X zurückzunehmen. Es ist aber **Ermessen** auszuüben.

Das **SG** verurteilte die Bekl., der Kl. eine beidseitige stationäre Liposuktion an beiden Oberschenkeln und eine anschließende Hautstraffung zu gewähren.

2. GOÄ-konforme Rechnung als Voraussetzung

LSG Bayern, Urteil v. 07.11.2019 - L 20 KR 373/18

RID 20-01-78

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 2 Ia, 13 III, IIIa; BÄO § 11; GOÄ §§ 1 I, 12

Leitsatz: 1. Ein **Kostenerstattungsanspruch** setzt in allen Ausgestaltungen, wie sie in § 13 SGB V aufgezeigt sind, neben dem Umstand, dass einem Versicherten tatsächlich Kosten entstanden sind, auch voraus, dass den aufgewendeten Kosten ein **rechtswirksamer Vergütungsanspruch** des Leistungserbringers wegen der Behandlung zu Grunde liegt.

2. Ambulante ärztliche Leistungen (hier: **Protonentherapie im RPTC**) sind nach der **GOÄ** abzurechnen. Der in § 1 Abs. 1 GOÄ beschriebene Anwendungsbereich der GOÄ setzt nicht voraus, dass Anspruchsteller und Vertragspartner des Patienten ein Arzt ist, sondern dass die Vergütung für die „beruflichen Leistungen“ eines Arztes geltend gemacht wird. Für den Anwendungsbereich der GOÄ ist es daher nicht entscheidend, **wer die Vergütung geltend macht**, der Arzt selbst oder eine andere (juristische oder natürliche) Person, die den behandelnden Arzt in die Erbringung der ärztlichen Leistung eingebunden hat.

3. Entspricht die Rechnung für ambulante ärztliche Leistungen nicht den **Vorgaben der GOÄ**, ist die Vergütung gem. § 12 Abs. 1 GOÄ nicht **fällig** mit der Konsequenz, dass eine Kostenerstattung nicht geltend gemacht werden kann.

SG Nürnberg, Urte. v. 17.04.2018 - S 5 KR 100/16 - verpflichtete die Bekl., dem Kl. die Kosten für die Protonentherapie in Höhe von 21.100 € zu erstatten, das *LSG* wies die Klage ab.

IV. Arzneimittelversorgung

1. Off-Label-Use: Iluvien zur Behandlung eines Makulaödems

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 05.11.2019 - L 11 KR 3947/18

RID 20-01-79

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 2 Ia

Leitsatz: Die **drohende Erblindung** durch die Folgen eines postoperativen zystoiden Makulaödems (Irvine-Gass-Syndrom) ist eine einer **lebensbedrohlichen Erkrankung** wertungsmäßig **vergleichbare** Erkrankung.

Ein Anspruch auf die Versorgung mit dem Arzneimittel Iluvien besteht weder im Rahmen eines sog. Off-Label-Use noch auf der Grundlage von § 2 Abs. 1a SGB V, wenn der Versicherte zusätzlich an einem **Glaukom** (erhöhter Augeninnendruck) leidet.

SG Karlsruhe, Urte. v. 08.10.2018 - S 5 KR 796/18 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

2. Cannabis

a) Schwerwiegende Erkrankung/Suchterkrankung

LSG Bayern, Beschluss v. 07.11.2019 - L 4 KR 397/19 B ER

RID 20-01-80

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 2 Ia, 31 VI; SGG § 86b II

Leitsatz: 1. Die Voraussetzung einer „**schwerwiegenden Erkrankung**“ im Sinne des § 31 Abs. 6 S. 1 SGB V ist jedenfalls zu bejahen, wenn eine Erkrankung vorliegt, die dem Grunde nach einen Anspruch aus § 2 Abs. 1a SGB V begründen kann, oder eine Erkrankung, die die Lebensqualität auf Dauer nachhaltig beeinträchtigt.

2. Ob in der Gesamtschau der Diagnosen und Behandlungen eine schwerwiegende Erkrankung vorliegt und/oder ob noch etablierte Maßnahmen zur Verfügung stehen, muss regelmäßig dem **Hauptsacheverfahren** durch die Einholung eines **Sachverständigengutachtens** vorbehalten bleiben.

3. Sofern sich bei früherem Cannabiskonsum eine **Suchterkrankung** bestätigt, besteht eine Kontraindikation für eine Cannabistherapie, die im Rahmen der Entscheidung über den Antrag zu würdigen ist.

SG Augsburg, Beschl. v. 03.07.2019 - S 6 KR 447/19 ER - lehnte den Antrag, die Ast. vorläufig mit Cannabisblüten zu versorgen, ab, das *LSG* wies die Beschwerde zurück.

b) Ausschöpfen der Therapiemöglichkeiten

SG Karlsruhe, Beschluss v. 23.09.2019 - S 10 KR 3042/19 ER

RID 20-01-81

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 13 IIIa, 31 VI; SGG § 86b II 2

Wann eine **Erkrankung schwerwiegend** ist, ergibt sich zwar nicht unmittelbar aus § 31 V SGB V, ist aber sowohl unter Zugrundelegung der BSG-Rspr. zum sog. Off-Label-Use als auch nach Maßgabe des § 34 I 2 SGB V i.V.m. § 12 III AM-RL als solche Erkrankung auszulegen, die lebensbedrohlich ist oder die aufgrund der Schwere der durch sie verursachten Gesundheitsstörung die Lebensqualität auf Dauer nachhaltig beeinträchtigt (ebs. Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 25.02.2019 - L 11 KR 240/18 B ER - RID 19-02-79, juris m.w.N.).

Ist die begehrte Versorgung mit medizinischen Cannabisblüten zur Behandlung eines chronischen Schmerzsyndroms nicht organischer Natur (hier: chronisches Schmerzsyndrom, Fibromyalgiesyndrom und posttraumatische Belastungsstörung), kann von einem **Ausschöpfen der Therapiemöglichkeiten** nicht ausgegangen werden, wenn eine fachärztliche Behandlung auf psychiatrischem oder schmerztherapeutischem Fachgebiet bisher überhaupt nicht erfolgt ist.

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

V. Hilfsmittel

1. Wasserdichte Prothese

SG Nürnberg, Urteil v. 08.10.2019 - S 3 KR 16/19

RID 20-01-82

juris

SGB V § 33

Eine **Prothese**, die **wasserdicht** ist, so dass sie auch in Feuchträumen sowie beim Baden und Schwimmen verwendet werden kann, erreicht eine wesentliche Angleichung an das Leben eines Nichtbehinderten gegenüber einer nicht wasserdichten Prothese.

Das *SG* verurteilte die Bekl., den Kl. mit einem G. Kniegelenk zu versorgen.

2. Badeprothese

SG Düsseldorf, Urteil v. 25.03.2019 - S 47 KR 386/17

RID 20-01-83

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 33 I

Umstellungsschwierigkeiten gegenüber einer Alltagsprothese rechtfertigen nicht eine höherwertige Versorgung mit einer **Badeprothese**. Ein Versicherter, der als aktiver Außenbereichsgeher eingestuft und vor diesem Hintergrund mit einer Oberschenkelprothese mit hydraulischem ESK Endolite Kniegelenk versorgt worden ist, kann in zumutbarer Weise darauf verwiesen werden, anfängliche Umstellungsschwierigkeiten hinzunehmen. Die Krankenversicherung ist auch im Falle des unmittelbaren Behinderungsausgleichs nicht verpflichtet, in allen Verästelungen des täglichen Lebens eine so hochwertige Versorgung vorzunehmen, wie dies im Rahmen der täglichen Nutzung, die sich über 10 bis 16 Stunden hinzieht, erforderlich ist.

Das *SG* wies die Klage ab.

3. Fußhebersystem zum unmittelbaren Behinderungsausgleich

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 24.10.2019 - L 1 KR 15/18

RID 20-01-84

juris
SGB V § 33

Soll ein **Fußhebersystem** (nur) dem Ausgleich der Behinderung beim Gehen dienen und ermöglicht es ein selbständiges Gehen, besteht ein Versorgungsanspruch. Es geht dann um ein Hilfsmittel zum **unmittelbaren Behinderungsausgleich** und nicht um **Therapieziele**.

SG Berlin, Urt. v. 21.11.2017 - S 208 KR 318/15 - verurteilt die Bekl., die Kl. mit dem Hilfsmittel des Typs „nessL300Plus“ der Firma Bioness zu versorgen, das *LSG* wies die Berufung zurück.

4. Umstrittene Zusatzfunktion eines Hilfsmittels (Stehtrainer mit Balancefunktion)

SG Hamburg, Urteil v. 06.08.2018 - S 21 KR 731/15

RID 20-01-85

juris
SGB V §§ 33, 139

Leitsatz: Das Vorhandensein einer umstrittenen **Zusatzfunktion** führt nicht dazu, dass ein **Hilfsmittel** von vornherein aus der Versorgung ausscheidet, wenn der medizinische Nutzen im Übrigen **nachgewiesen** ist. Ob eine Versorgung mit einem grundsätzlich geeigneten Hilfsmittel, das über eine umstrittene Zusatzfunktion verfügt, erforderlich ist, muss anhand des konkreten Einzelfalls geprüft werden.

Das *SG* verurteilte die Bekl., den Kl. mit einem Stehtrainer T.B., Hilfsmittelverzeichnis 28.29.01.1042, nebst Zubehör entsprechend der Verordnung des Herrn T. vom 18.11.2014 zu versorgen.

5. Gerät gammaCore: Hilfsmittel zur Sicherung des Erfolgs der Krankenbehandlung

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 10.12.2019 - L 11 KR 1110/19

RID 20-01-86

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 3 KR 3/20 B
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 33, 135

Leitsatz: Das Gerät gammaCore®, mit dessen Hilfe ein elektrisches Signal erzeugt und nicht-invasiv über die Haut appliziert wird und das nach den Herstellerinformationen zur vorbeugenden und/oder akuten Behandlung der primären **Kopfschmerzen**, Migräne, Clusterkopfschmerz und Hemicrania continua sowie des Kopfschmerzes bei Übergebrauch von Schmerz- und Migränemitteln dient, ist ein **Hilfsmittel zur Sicherung des Erfolgs der Krankenbehandlung** (§ 33 Abs. 1 Satz 1 Variante 1 SGB V). Aufgrund einer fehlenden positiven Empfehlung des GBA haben Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung keinen Anspruch auf Versorgung mit diesem Hilfsmittel (§ 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V).

SG Heilbronn, Urt. v. 20.02.2019 - S 10 KR 760/18 - verurteilte die Bekl., den Kl. zukünftig mit der „gammaCore-Therapie“ zu versorgen, das *LSG* wies die Klage ab.

6. OrCam MyEye

SG Gelsenkirchen, Urteil v. 09.08.2018 - S 11 KR 1400/17

RID 20-01-87

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

Die Hilfsmittel Zoomtext und I-See sind nicht funktionsgleich mit dem Hilfsmittel **OrCam MyEye**. Es handelt sich **nicht** um ein **bloßes Vorlesegerät**, sondern darüber hinaus kann es auch zur Produkt- und Gesichtserkennung eingesetzt werden. Die VOXbox ist zwar günstiger als die OrCam MyEye, bietet jedoch weniger Leistung und ist im Vergleich weniger alltagstauglich.

Das *SG* verurteilte die Bekl., der Kl. die Kosten für die OrCam MyEye in Höhe von 4.190 € zu erstatten.

7. Hörgeräteversorgung

a) Wesentlicher Gebrauchsvorteil: Objektivierung des subjektiven Hörvermögens

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 11.12.2019 - L 9 KR 44/17

RID 20-01-88

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

Leitsatz: 1. Die Krankenkassen können gegen **Messergebnisse** eines Hörgeräteakustikers, die die Überlegenheit eines zuzahlungspflichtigen gegenüber einem zuzahlungsfreien Hörgerät belegen, nicht generell **Messungenauigkeiten** einwenden, die eine Abweichung von 5% zugunsten des teureren Geräts erklären könnten.

2. Die Hilfsmittel-Richtlinie sieht bei Anwendung des vorgeschriebenen **Freiburger Einsilbertests** keine Abschläge für Messungenauigkeiten oder Schwankungen vor.

SG Berlin, Gerichtsbb. v. 04.01.2017 - S 81 KR 1440/16 - wies die Klage ab, das **LSG** verurteilte die Bekl., dem Kl. weitere Kosten für die Hörgeräteversorgung in Höhe von 2.046 € zu erstatten.

b) Hören/Festbetrag/Erlass einer einstweiligen Anordnung

LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 23.10.2019 - L 1 KR 321/19 B ER

RID 20-01-89

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 33; SGG § 86b

Der Versorgungsanspruch ist nicht auf das möglichst störungsfreie Verstehen von Sprache beschränkt. Zum **Hören** gehören auch das räumliche Erkennen von Geräuschen und ein möglichst unverzerrtes Klangbild. Die Sicherstellung des Hörverstehens auch in Situationen, in denen es störende Nebengeräusche gibt und mehrere Personen gleichzeitig reden, ist schon Gegenstand der nach § 33 SGB V geschuldeten Versorgung (LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 13.12.2018 - L 1 KR 431/16 - RID 19-01-124).

Versäumt es die Krankenkasse, den **Antrag** an den aus ihrer Sicht zuständigen Rehabilitationsträger **weiterzuleiten**, ist sie nach § 14 II SGB IX verpflichtet, über den Antrag auf Versorgung mit Hörgeräten unter allen denkbaren rechtlichen Gesichtspunkten zu entscheiden.

Festbeträge verändern nicht die gesetzlich begründeten Leistungsansprüche der Versicherten. Reicht ein festgesetzter Festbetrag objektiv nicht für den Ausgleich einer Behinderung aus, sind die Versicherten weiter auf Kosten der Krankenversicherung mit höherwertigen Hilfsmitteln zu versorgen (BSG, Urt. v. 17.12.2009 - B 3 KR 20/08 R - BSGE 105, 170 = SozR 4-2500 § 36 Nr. 2, juris Rn. 28 f.).

Es besteht die Möglichkeit, dass durch den **Erlass einer einstweiligen Anordnung** eine **Überversorgung** vorgenommen wird, die nach abschließender Klärung der Sach- und Rechtslage in dem Hauptsachverfahren rückabgewickelt werden müsste. Möglich wäre dann aber eine **finanzielle Rückabwicklung** in dem Sinne, dass der Ast. den überschießenden Betrag an die Ag. zurückzahlen müsste. Es gibt keine Anhaltspunkte dafür, dass die Durchsetzung eines etwaigen Erstattungsanspruchs von vornherein aussichtslos wäre.

SG Frankfurt (Oder), Beschl. v. 02.08.2019 - S 27 KR 733/19 ER - lehnte den Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das **LSG** verpflichtete die Ag., den Ast. vorläufig bis zum rechtskräftigen Abschluss des Hauptsacheverfahrens, SG Frankfurt (Oder) Az. S 27 KR 175/18, mit den Hörgeräten Phonak Naida V50 SP zu versorgen.

VI. Häusliche Krankenpflege/Fahrkosten/Zuzahlung

1. Medizinische Behandlungspflege in ambulant betreuter Wohngemeinschaft

LSG Bayern, Urteil v. 20.08.2019 - L 5 KR 403/19

RID 20-01-90

Revision anhängig: B 3 KR 14/19 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 13 III, 37; SGB I § 32

Leitsatz: 1. Eine **ambulante Wohngruppe** ist grundsätzlich ein geeigneter Ort zur Erbringung häuslicher Krankenpflege (HKP).

2. Das Konzept der **Gesamtverantwortung** einer Einrichtung der Eingliederungshilfe, einschließlich der Pflicht auf Erbringung einfacher HKP-Leistungen (vgl. BSG, Urt. v. 28.2.2015 - B 3 KR 11/14 R - BSGE 118, 122 = SozR 4-2500 § 37 Nr. 13), ist nicht auf ambulante Wohngruppen zu übertragen.

3. **Privatrechtliche Betreuungsverträge** dürfen die Erbringung von Pflege- und HKP-Leistungen ausschließen.

Das *SG Landshut*, Urt. v. 18.06.2019 - S 4 KR 235/19 - RID 19-03-116 verurteilte die Bekl, die Kl. von den Kosten der häuslichen Krankenpflege für den Zeitraum vom 01.02.2019 bis 31.03.2019 in Höhe von 633,66 € freizustellen, das *LSG* wies die Berufung zurück.

Parallelverfahren:

LSG Bayern, Urteil v. 20.08.2019 - L 5 KR 402/19

RID 20-01-91

Revision anhängig: B 3 KR 1/20 R
juris

2. Fahrkosten

a) Fahrkosten zu einer ambulanten Implantat-Behandlung

SG Hamburg, Urteil v. 11.04.2019 - S 48 KR 2035/16

RID 20-01-92

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 60

Auf die die Übernahme von Fahrkosten zu einer **einzigen ambulanten Implantat-Behandlung** besteht kein Anspruch.

Das *SG* wies die Klage ab.

b) Kein Anspruch auf Fahrkosten für Leerfahrten der Begleitperson

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 19.08.2019 - L 9 KR 269/18

RID 20-01-93

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 76/19 B
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 60

Für die Erstattung der Kosten, die anlässlich der **Leerfahrten** der **Begleitperson** angefallen sind, gibt es in § 60 SGB V keinen tragfähigen Ansatz.

SG Cottbus, Gerichtsbs. v. 13.07.2018 - S 37 KR 292/17 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

c) Übernahme von Fahrkosten zur Dialyse im Ausland

SG Düsseldorf, Urteil v. 30.08.2018 - S 27 KR 1266/16

RID 20-01-94

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 60, 61

Die Kostenerstattung für **Fahrten** zur Dialysebehandlung im **Ausland** (Spanien) ist auf die Kosten **beschränkt**, die bei einer Behandlung im Inland anfielen. Dies folgt aus §§ 60 I 1 und 3, 61 S. 1 SGB V i.V.m. §§ 3 II, 8 der Krankentransport-Richtlinien.

Das *SG* wies die Klage ab.

d) Einholung einer vorherigen Genehmigung

SG Gelsenkirchen, Urteil v. 27.11.2019 - S 46 KR 1463/19

RID 20-01-95

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 60

Die Übernahme von **Krankentransportkosten** scheidet aus, wenn nicht zuvor eine **Genehmigung** der Krankenkasse eingeholt wird.

Das *SG* wies die Klage ab.

3. Zuzahlung: Belastungsgrenze für nichteheliche Lebensgemeinschaft

SG Karlsruhe, Urteil v. 20.09.2019 - S 6 KR 3579/17

RID 20-01-96

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 62; GG Art. 3 I

Leitsatz: Es verstößt nicht gegen den allgemeinen Gleichheitssatz, dass **Partner einer nichtehelichen Lebensgemeinschaft** ihre **Belastungsgrenze** für Zuzahlungen zu Leistungen der GKV nicht nach § 62 Abs. 2 SGB V berechnen können.

Das **SG** wies die Klage ab.

VII. Beziehungen zu Krankenhäusern

Nach BSG, Ur. v. 17.12.2019 - **B 1 KR 19/19 R** - sind nach der **DKR 10011 Spontanatmungsstunden in der Periode der Entwöhnung auch dann als Beatmungsstunden berücksichtigungsfähig**, wenn der Patient bei seiner Entlassung ganz oder teilweise auf maschinelle Beatmung angewiesen bleibt, ein voller Entwöhnungserfolg also bis zur Entlassung nicht eintritt.

1. Vergütungsanspruch/Fälligkeit

a) Keine Notwendigkeit stationärer Behandlung: Kielbrust (Pectus carinatum) bei Jugendlichenem

LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 13.12.2019 - L 9 KR 584/16

RID 20-01-97

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 39, 108

Ein stationärer Aufenthalt zu einer chirurgischen Intervention ist bei Ausbildung einer **Kielbrust** (Pectus carinatum), d.h. einer kielförmigen asymmetrischen Vorwölbung des Brustbeines nicht erforderlich.

Zur Beurteilung der **entstellenden Wirkung** einer Kielbrust ist auch bei **Jugendlichen** auf das Bild in **bekleidetem**, nicht unbekleidetem **Zustand** abzustellen.

SG Potsdam, Ur. v. 09.11.2016 - S 35 KR 499/14 - verurteilte die bekl. Krankenhausträgerin, an die kl. Krankenkasse 7.335,17 € nebst Zinsen zu zahlen. Das **LSG** wies die Berufung zurück.

b) Notwendigkeit einer stationären Entwöhnung

LSG Sachsen-Anhalt, Urteil v. 24.10.2019 - L 6 KR 44/17

RID 20-01-98

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 85/19 B
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 12, 39; BGB §§ 288, 291; SGG § 159 I Nr. 2

Leitsatz: Bei der Prüfung der Notwendigkeit einer **stationären Entwöhnung** (S5-Behandlung) ist ein deutlich erkennbares Rückfallrisiko angesichts der Bedeutung der betroffenen Rechtsgüter des Versicherten Leben und Gesundheit regelmäßig nicht hinnehmbar. Dann ist eine S3-Rehabilitationsbehandlung und eine zwingend vorangehende ambulante Behandlung nicht ausreichend i.S.v. § 12 SGB V (vgl. BSG, Ur. v 19.11.2019 - B 1 KR 13/19 R - BSGE <vorgesehen> = SozR 4 <vorgesehen>).

SG Magdeburg, Ur. v. 30.11.2016 - S 13 KR 322/08 - wies die Klage ab, das **LSG** verurteilte die Bekl., an die Kl. weitere 16.716,45 € nebst zu zahlen.

c) Nachträgliche Rechnungs Korrektur durch Krankenhaus

SG Heilbronn, Gerichtsbescheid v. 11.03.2019 - S 15 KR 1107/18

RID 20-01-99

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 39, 69 I 3, 108, 109, 112

Ein Krankenhaus ist zur **nachträglichen Rechnungs Korrektur** berechtigt, wenn die Rechnung innerhalb des auf die unrichtige Abrechnung vom April 2017 folgenden Kalenderjahres korrigiert wird. Die Vereinbarung zum Prüfverfahren (§ 7 V PrüfV) richtet sich bereits von ihrem Wortlaut her allein an den MDK, dient der Beschleunigung des Prüfverfahrens und schließt eine nachträgliche

Rechnungskorrektur nicht aus. Zudem muss sich eine Krankenkasse auch eine **Rechnungskorrektur des MDK** zu ihren Ungunsten entgegenhalten lassen.

Das *SG* verurteilte die Bekl., an die Kl. 2.312,21 €nebst Zinsen zu zahlen.

d) Anpassung der Kodierung an Prüfergebnis des MDK

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 10.12.2019 - L 11 KR 794/19

RID 20-01-100

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 6/20 B

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 109 IV; PrüfvVbg 2016 § 7 V 1

Leitsatz: § 7 Abs. 5 PrüfvV 2016 schließt eine **Korrektur** oder Änderung von **Datensätzen**, die der Umsetzung des vom MDK gewonnenen Prüfergebnisses dienen und die zu einer höheren **Vergütungsforderung des Krankenhauses** führen, nicht aus.

SG Freiburg, Urt. v. 06.02.2019 - S 6 KR 2609/18 - verurteilte die Bekl. zur Zahlung von 2.970,88 €nebst Zinsen, das *LSG* wies die Berufung zurück.

Parallelverfahren:

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 10.12.2019 - L 11 KR 1176/19

RID 20-01-101

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 7/20 B

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

e) Verwirkung eines Rückforderungsanspruchs

SG Gelsenkirchen, Urteil v. 27.11.2019 - S 46 KR 1514/18

RID 20-01-102

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 39, 109; BGB § 242

Eine evtl. **Rückforderung** einer Krankenkasse ist **verwirkt**, wenn sie den Behandlungsfall ohne Beanstandung durch den MDK prüfen lässt, eine Aufwandspauschale leistet und den Anspruch annähernd vier Jahre nicht weiterverfolgt.

Das *SG* wies die Klage der Krankenkasse ab.

f) Bis zum 09.11.2018 rechtshängige Klage: Vierjährige Verjährungsfrist

SG Karlsruhe, Urteil v. 23.09.2019 - S 5 KR 4076/18

RID 20-01-103

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 69, 109, 325; BGB §§ 204, 286, 288, 291

Leitsatz: Die Regelungen des § 109 Abs. 5 S. 1 und S. 2 SGB V zur **verkürzten Verjährung** eines Erstattungsanspruchs gelten jedenfalls dann nicht, wenn die Krankenkasse bis zum 09.11.2018 Klage auf Erstattung der geleisteten Vergütung erhoben hatte.

Das *SG* verurteilte die bekl. Krankenträgerin, der kl. Krankenkasse 1.908,57 €nebst Zinsen zu zahlen und wies im Übrigen (bzgl. der geltend gemachten Zinsen) die Klage ab.

2. Praxiskliniken können keinen Versorgungsvertrag abschließen

LSG Rheinland-Pfalz, Urteil v. 05.12.2019 - L 5 KR 89/18

RID 20-01-104

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 107, 108, 109, 115, 122

Leitsatz: Dem Anspruch einer **Praxisklinik** im Sinne von § 115 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V auf Abschluss eines Versorgungsvertrages nach §§ 108 Nr. 3, 109 SGB V steht deren fehlende **Eigenschaft als Krankenhaus** entgegen.

Dass es sich bei Praxiskliniken nicht um Krankenhäuser handelt, folgt aus einer Auslegung der §§ 115 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1, 122 Satz 1 Nr. 1 SGB V.

Die Kl. wurde 1997 als ambulantes Operationszentrum mit den Schwerpunkten Gynäkologie, HNO und Proktologie gegründet. Sie ist seither eine Privatklinik nach § 30 GewO mit der Möglichkeit, die Patienten im medizinischen Bedarfsfall auch über Nacht zu betreuen. Sie nahm ab 2004 an der integrativen Versorgung teil. Im August 2012 beantragte sie erfolglos bei den rheinland-pfälzischen Landesverbänden der Krankenkassen und dem Verband der Ersatzkassen e.V. den Abschluss eines Versorgungsvertrages bezogen auf sieben vorhandene

Betten in zwei Doppel- und drei Einzelzimmern als Praxisklinik. *SG Mainz*, Urt. v. 17.10.2017 - S 14 KR 649/13 - RID 18-02-178 hob den angefochtenen Bescheid insoweit auf, als der Ausgangsbescheid auch im Namen des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. erging. Im Übrigen wies es die Klage ab. Das *LSG* wies die Berufung der Kl. zurück.

3. Fallpauschalen

a) Tracheobronchoskopie

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 05.11.2019 - L 11 KR 2308/18

RID 20-01-105

Revision anhängig: B 1 KR 27/19 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 109 IV

Leitsatz: Die Durchführung einer Bronchoskopie unter Verwendung eines mit Metallspiralen verstärkten Schlauches (Bronchoflextubus), durch den das flexible Bronchoskop in die Luftröhre geführt wird, ist nach dem **OPS-Kode** 1-620.10 (diagnostische **Tracheobronchoskopie** mit starrem Instrument) zu kodieren.

SG Stuttgart, Urt. v. 14.05.2018 - S 9 KR 5396/16 - verurteilte die Bekl., an die Kl. 1.409,94 € nebst Zinsen zu zahlen, das *LSG* wies die Berufung zurück.

b) Kodierung einer Verdachtsdiagnose/Komplexbehandlung

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 15.10.2019 - L 11 KR 4112/18

RID 20-01-106

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 109 IV

Leitsatz: 1. Zu den Voraussetzungen für die Kodierung von ICD-10-GM (2010) J69.0 (**Pneumonie durch Nahrung und Erbrochenes**) als **Verdachtsdiagnose**.

2. Die nach dem OPS-Kode (2010) 8-981.1 (**Neurologische Komplexbehandlung** des akuten Schlaganfalls) notwendigen Maßnahmen der Physiotherapie, Neuropsychologie usw., die innerhalb von 24 Stunden beginnen müssen, setzen eine entsprechende **Behandlungsfähigkeit** des Versicherten voraus. Die 24 Stunden beginnen daher erst ab Eintritt der Behandlungsfähigkeit zu laufen.

3. Wird von der Krankenkasse in einem Vergütungsrechtsstreit das Vorliegen der strukturellen Merkmale einer stroke-unit „ins Blaue hinein“ bestritten, muss dem das Gericht nicht nachgehen.

SG Stuttgart, Urt. v. 17.09.2018 - S 7 KR 724/15 - verurteilt die Bekl., an die Kl. 8.390,17 nebst Zinsen zu zahlen, das *LSG* wies die Berufung (in der Hauptsache) zurück.

c) Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung nach der Neufassung

SG München, Urteil v. 14.11.2019 - S 15 KR 783/18

RID 20-01-107

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

Auch die **rückwirkende Neufassung/Klarstellung** der Prozedur 8-550.1 durch das DIMDI zum 01.01.2019 verlangt die „Beteiligung aller Berufsgruppen“ sowie die Dokumentation der Ergebnisse der bisherigen Behandlung und der weiteren Behandlungsziele.

Der BSG-Rspr., die sich auf den Wortlaut der **Beteiligung aller Berufsgruppen** bezieht, ist auch unter Berücksichtigung der Neufassung jedenfalls dahingehend zu folgen, dass alle vier in der OPS genannten Therapiebereiche Physiotherapie/Physikalische Therapie, Ergotherapie, Logopädie/faziorale Therapie und Psychologie/Neuropsychologie in der Teambesprechung anwesend sein müssen.

Es trifft nicht zu, dass die **DIMDI-Klarstellung** zum 01.01.2019 „Weitere Nachweise zur Durchführung der Teambesprechung sind nicht erforderlich“ die **BSG-Rspr.** obsolet gemacht hat. Das DIMDI hat bewusst unter Berücksichtigung der BSG-Rspr. diese Ergänzung vorgenommen. Es hat gerade nicht ausgeführt, dass bestimmte Voraussetzungen der Dokumentation, die das BSG als erforderlich angesehen hat, insbesondere die Anwesenheitsliste mit Handzeichen, nicht gelten sollen. Ein solches Vorgehen hat das DIMDI nur in Bezug auf die erforderliche Anwesenheit des

sozialmedizinischen Dienstes explizit gewählt. Die Klarstellung ist daher so zu lesen, dass keine Anforderungen über die vom BSG genannten erwartet werden können.

Das *SG* wies die Klage ab.

d) Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei infektiösen und parasitären Krankheiten

LSG Bayern, Urteil v. 18.09.2019 - L 4 KR 136/18

RID 20-01-108

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. Dem **Dokumentationserfordernis** im Rahmen der Kodierung der OPS 8-987.- genügt eine Dokumentation nach drei Modulen, darunter eines Basisblocks mit einem Zeitumfang von 100 Minuten.

2. Eine **minutengenaue Einzeldokumentation** der im Basisblock enthaltenen standardisierten Maßnahmen, bei denen es sich um zentrale Maßnahmen zur Vermeidung der Übertragung von MRE handelt, ist im Klinikalltag nicht praktikabel und nicht zu fordern.

3. Die Dokumentation im Rahmen der OPS 8-987.- hat den Zweck, den entstandenen **zeitlichen Mehraufwand** zu belegen. Sie dient nicht der Sicherstellung der Einhaltung der Maßgaben der **Hygiene** im Krankenhaus.

4. Die Krankenhäuser unterliegen der **infektionshygienischen Überwachung** durch die Gesundheitsämter.

SG Regensburg, Urt. v. 27.02.2018 - S 8 KR 571/17 - verurteilt die Bekl., an den Kl. 3.805,39 € nebst Zinsen zu zahlen, das *LSG* wies die Berufung zurück.

e) Respiratorische Insuffizienz

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 05.11.2019 - L 11 KR 516/19

RID 20-01-109

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 109 IV

Leitsatz: Eine akute **respiratorische Insuffizienz**, die innerhalb von 24 Stunden nach einer Operation festgestellt wird, während der Patient noch routinemäßig eine Sauerstoffgabe erhält, kann weder nach dem OPS-Kode (2012) J96.- (Respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert) noch nach J95.2 (Akute pulmonale Insuffizienz nach nicht am Thorax vorgenommener Operation) kodiert werden.

SG Stuttgart, Urt. v. 14.01.2019 - S 4 KR 1410/17 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

f) Berechnung einer Beatmungszeit/Entwöhnung

LSG Hessen, Urteil v. 14.11.2019 - L 8 KR 425/16

RID 20-01-110

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: Da die so genannte 6-Stunden-Regel der DKR 1001h, Version 2011, S 102 sich ausdrücklich auf den „speziellen Fall“ der Masken-CPAP bezieht, lässt der eindeutige Wortlaut dieser Bestimmung eine Anwendung auf die Behandlung mittels CPAP/ASB nicht zu. Insoweit verbleibt es damit bei der allgemeinen Regelung der DKR 1001h, Version 2011 auf S 101.

SG Kassel, Gerichtsbb. v. 5.08.2018 - S 5 KR 115/13 - juris wies die Klage ab, das *LSG* verurteilte die Bekl., der Kl. 18.847,84 € nebst Zinsen zu zahlen.

g) Zweimalige Oberschenkelfraktur

LSG Hamburg, Urteil v. 22.08.2019 - L 1 KR 89/18

RID 20-01-111

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

Entsteht während der OP beim Einsetzen der 26cm-Brehm-Prothese ein **neuer Bruch**, der mit dem ersten „Sturz-Bruch“ unmittelbar nichts zu tun hat und daher auch von der Hauptdiagnose S72.3 in

keiner Weise miterfasst ist, geht es nicht um eine Doppelkodierung der ersten Bruchs, sondern um die gesonderte Betrachtung dieses zweiten Bruches. Ein solches Geschehnis ist vom Kode M96.6 erfasst (anders LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 10.10.2017 - L 4 KR 4155/15 - RID 18-01-114).

SG Hamburg, Urt. v. 11.07.2018 - S 9 KR 260/14 - gab der Klage statt, das *LSG* wies die Berufung zurück.

h) Autogene/autologe matrixinduzierte Chondrozytentransplantation

LSG Hessen, Urteil v. 25.10.2019 - L 1 KR 472/17

RID 20-01-112

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 137c, 275

Leitsatz: Zur Frage der Abrechenbarkeit des ZE126 bei autogener/autologer matrixinduzierte Chondrozytentransplantation am Kniegelenk, wenn nach der Strukturprüfung des MDK einschlägige Dokumentationsmängel vorlagen.

SG Darmstadt, Gerichtsbb. v. 05.12.2017 - S 8 KR 564/15 - verurteilte die Bekl., an die Kl. 3.161,76 €nebst Zinsen zu zahlen, das *LSG* wies die Klage ab.

i) Protrahierte Geburt: Mindestdauer von 18 Stunden regelmäßiger Wehentätigkeit

SG Dortmund, Urteil v. 28.11.2019 - S 51 KR 3175/18

RID 20-01-113

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 301 II

Einer Abrechnung des ICD-Kode O63.1 (Protrahiert verlaufende Austreibungsperiode) steht die Deutsche Kodierrichtlinie 1521a (Protrahierte Geburt) (Version 2014) entgegen, wenn deren tatbestandliche Voraussetzung einer **Mindestdauer von 18 Stunden regelmäßiger Wehentätigkeit im Krankenhaus** nicht erfüllt ist. Die Zeitspanne der dokumentierten Wehentätigkeit vor der stationären Aufnahme ist nach dem Wortlaut nicht zu berücksichtigen.

Das *SG* verurteilte die Bekl. als Krankenhausbetreiberin, an die kl. Krankenkasse einen Betrag in Höhe von 289,28 €nebst Zinsen zu zahlen.

j) Ernährungsprobleme und unsachgemäße Ernährung

LSG Mecklenburg-Vorpommern, Urteil v. 16.10.2019 - L 6 KR 100/14

RID 20-01-114

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

Leitsatz: Die bloße Tatsache, dass ein mit einem **Gastrostoma** versorgter Patient mit **Sondenkost** ernährt wird, begründet weder die Kodierbarkeit von „Ernährungsproblemen“ (R63.3) noch von „Ernährungsstörungen“ (E90*). Vielmehr ist mit dem spezifischen Kode Z93.1 (Vorhandensein eines Gastrostomas) dieser Umstand bereits abgebildet, sodass es einer zusätzlichen Kodierung weiterer, unspezifischer Diagnosen bzw. Symptome nicht bedarf, bzw. diese wegen des Prinzips der spezifischen Verschlüsselung ausgeschlossen ist.

SG Schwerin, Urt. v. 25.11.2014 - 20 KR 198/12 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

4. Aufwandspauschale/Auffälligkeitsprüfung: Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung

SG Düsseldorf, Urteil v. 26.11.2019 - S 49 KR 213/19 WA

RID 20-01-115

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 275 Ie 3

1. Die von einer Krankenkasse* ohne Einschränkung auf bestimmte Mindestmerkmale in Auftrag gegebene **Prüfung einer geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung** stellt eine **Auffälligkeitsprüfung** dar.

2. Die Prüfung der Prozedur 8-550.1 beinhaltet immer auch die Prüfung der Erforderlichkeit der **akutstationären Behandlungstage**, an denen Therapieeinheiten zur geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung erbracht wurden.

Die Beteiligten streiten über die Zahlung einer Aufwandspauschale für die Prüfung des Behandlungsfalles im Krankenhaus der Kl. vom 08.05.2014 bis zum 16.06.2014. Das **SG** verurteilte die Bekl., an die Kl. 300 € nebst Zinsen zu zahlen.

*Im Original juris (abgerufen am 13.02.2020) heißt es „einem Krankenhaus“, was offensichtlich in Widerspruch zum Sachverhalt steht (Rn. 3).

VIII. Beziehungen zu Leistungserbringern und Arzneimittelherstellern

1. Apotheken: Rückerstattung der Umsatzsteuer für Arzneimittelzubereitungen

SG Speyer, Urteil v. 05.12.2019 - S 17 KR 689/16

RID 20-01-116

juris

SGB V §§ 69 I 3, 129a; UStG §§ 14c II, 15 II 1 Nr. 1

Leitsatz: Grundlage für die **Rückerstattung** von auf patientenindividuelle Arzneimittelzubereitungen zur unmittelbaren Anwendung in Ambulanzen des Krankenhauses entrichteter, tatsächlich materiell-rechtlich jedoch nicht geschuldeter **Umsatzsteuer** ist der öffentliche-rechtliche Erstattungsanspruch.

Bei § 6 Abs. 6 der zwischen dem Landesverband Deutscher Krankenhausapotheker Rheinland-Pfalz e.V. und dem BKK-Landesverband Rheinland-Pfalz und Saarland, der LKK Hessen, Rheinland-Pfalz und Saarland, den Ersatzkassen in Rheinland-Pfalz sowie der Knappschaft-Regionaldirektion Saarbrücken abgeschlossenen Vereinbarung vom 01.08.2010 über die Abgabe verordneter Arzneimittel durch die Krankenhausapotheken an Versicherte nach § 129 Buchst. a SGB V (künftig: AMPV 2010) handelt es sich um eine **Bruttopreisabrede**.

Der § 6 Abs. 6 AMPV 2010 weist eine durch die Vertragsparteien nicht bedachte **Unvollständigkeit** auf.

Die gebotene **ergänzende Vertragsauslegung** des § 6 Abs. 6 AMPV 2010 führt zu dem Ergebnis, dass den nach § 6 Abs. 3 S. 1 AMPV 2010 ermittelten Preisen die nach dem Apothekeneinkaufspreis gemäß ABDA-Artikelstamm/Lauer-Taxe zu berechnende Vorsteuer hinzuzusetzen, im Übrigen aber eine Umsatzsteuer auf den Arbeitspreis bzw. die Arzneimittelzubereitung als solche nicht zu entrichten ist.

Ein **Rechtsgrund** für die nach § 6 Abs. 6 AMPV 2010 auf den Arbeitspreis (§ 6 Abs. 3 S. 2 AMPV 2010) entrichtete Umsatzsteuer entfällt damit.

Das **SG** verurteilte den bekl. Krankenhausträger, an die kl. Krankenkasse 18.855,41 € nebst Zinsen zu zahlen und wies im Übrigen die Klage ab.

2. Arzneimittelhersteller

a) Rückerstattung von gezahlten Herstellerrabatten gegen niederländische Versandapotheke

SG für das Saarland, Urteil v. 14.03.2019 - S 20 KR 834/16

RID 20-01-117

juris

SGB V §§ 69, 129, 130a

Leitsatz: 1. Eine **Apotheke** mit Sitz in einem anderen **Mitgliedstaat der Europäischen Union**, deren Teilnahme an der Arzneimittelversorgung in Deutschland auf einem **Beitritt zum Rahmenvertrag** über die Arzneimittelversorgung beruht, hat gegen die pharmazeutische Unternehmerin Anspruch auf **Erstattung des Abschlags** nach § 2b Abs. 2 des Rahmenvertrages über die Arzneimittelversorgung in Verbindung mit § 130a Abs. 1 Satz 3 SGB V.

2. Das Auslegungsurteil des **EuGH** nach Art. 267 a) AEUV vom 19. Oktober 2016 (C- 148/15), einen Rechtsstreit den unlauteren Wettbewerb betreffend, entfaltet Bindungswirkung grundsätzlich nur für das Ausgangsverfahren selbst. Darüber hinaus kommt diesem präjudizierende Wirkung nur bei vergleichbaren Sachverhalten zu. Eine solche Vergleichbarkeit ist zu verneinen, wenn es um eine Rechtsbeziehung zwischen einer Apotheke und einem pharmazeutischen Unternehmer gemäß dem Leistungserbringungsrecht nach dem SGB V geht.

Die kl. pharmazeutische Unternehmerin mit Sitz in Deutschland begehrt von der bekl. Aktiengesellschaft niederländischen Rechts mit Sitz innerhalb der Niederlande, die u.a. eine Versand-/Internetapotheke betreibt, die Rückerstattung von gezahlten Herstellerrabatten gemäß § 130a I SGB V. Das **SG** wies die Klage ab.

b) Nutzenbewertung des Wirkstoffs Lixisenatid

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 27.03.2019 - L 9 KR 263/14 KL

RID 20-01-118

Revision zugelassen

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 130b V

Die **Nutzenbewertung** des **Wirkstoffs Lixisenatid** durch den GBA, Beschl. v. 05.09.2013 nach § 35a SGB V und der nachfolgende Schiedsspruch der Schiedsstelle vom 15.05.2014 verstoßen nicht gegen höherrangiges Recht.

Das **LSG** wies die Klage ab.

3. Häusliche Krankenpflege

a) Schadensersatzanspruch der Krankenkasse gegen Pflegekraft

LSG Baden-Württemberg, Beschluss v. 07.11.2019 - L 11 KR 2795/19 B

RID 20-01-119

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGG §§ 51, 114

Leitsatz: Eine durch betrügerische Handlungen einer Pflegekraft verursachte oder ermöglichte Zweckverfehlung eines dem Versicherten bewilligten Persönlichen Budgets (hier: für Leistungen der häuslichen Krankenpflege) kann einen **Schadensersatzanspruch der Krankenkasse** (§ 823 Abs. 2 BGB i.V.m. § 263 StGB) gegen die Pflegekraft begründen.

Für die Geltendmachung eines solchen Schadensersatzanspruchs ist der **Rechtsweg** zu den Sozialgerichten gegeben. Dem steht nicht entgegen, dass die Anbieter von Leistungen der häuslichen Krankenpflege bei einer Bewilligung dieser Leistung in Form eines Persönlichen Budgets systembedingt keine Verträge mit den Krankenkassen abschließen.

SG Ulm, Beschl. v. 01.08.2019 - S 12 KR 239/19 - lehnte den Antrag des bekl. Pflegeunternehmers auf Aufhebung eines vom SG erlassenen Aussetzungsbeschlusses ab, das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

b) Unterlassungsbegehren im Schiedsverfahren

LSG Sachsen, Beschluss v. 06.01.2020 - L 9 KR 342/18 B ER

RID 20-01-120

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 132, 132a

Soweit die Antragstellerin im Rahmen sozialgerichtlichen Eilrechtsschutzes begehrt, die Antragsgegnerin möge - **im Schiedsverfahren** - einen bestimmten Tatsachenvortrag unterlassen (Antrag zu 1.), einen bestimmten Antrag zurücknehmen (Antrag zu 2.) oder es möge ein bestimmtes Rechtsverhältnis vorläufig festgestellt werden (Antrag zu 3.), steht dies in Widerspruch zu tragenden **Grundsätzen rechtsstaatlicher Streitschlichtungs- und -entscheidungsverfahren**, und zwar ungeachtet der Frage, ob behauptete Tatsachen wahr, gestellte Anträge - etwa unter Berücksichtigung anderweitiger bestands- bzw. rechtskräftiger Entscheidungen oder allgemeiner Präklusionsvorschriften - unzulässig und/oder unbegründet sind bzw. ob das streitige Rechtsverhältnis besteht (ebenso: LSG Sachsen, Beschl. v. 04.07.2012 - L 1 KR 107/12 B ER - amtl. Umdruck S. 9). Derartige Fragen sind im Schiedsverfahrens durch die Schiedsstelle/-person im Rahmen freier (Beweis-)Würdigung zu klären.

SG Dresden, Beschl. v. 07.08.2018 - S 45 KR 635/18 ER - lehnte den Antrag des Leistungserbringers der häuslichen Krankenpflege auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

4. Krankentransportunternehmer: Verlegung in eine andere Klinik desselben Plankrankenhauses

SG Reutlingen, Urteil v. 08.01.2020 - S 1 KR 3340/18

RID 20-01-121

Berufung zugelassen

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 60, 107, 108

Leitsatz: 1. Eine **Verlegung „in ein anderes Krankenhaus“** im Sinne des § 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V liegt auch dann vor, wenn ein Patient von einer Klinik in eine andere, räumlich entfernte Klinik verlegt wird, die beide zum selben Plankrankenhaus gehören.

2. Der **Vergütungsanspruch** des Rettungsdienstes für diese Verlegung ergibt sich bei dem hier zu Grunde gelegten „funktionalen Krankenhausbegriff“ aus Sinn und Zweck der Krankentransportleistungen. Diese ermöglichen als akzessorische Nebenleistung die Erreichung des Zieles der Krankenhausbehandlung.

3. Ferner ergibt sich der Vergütungsanspruch des Rettungsdienstes aus der **Verordnung** der Krankentransportleistung durch den Krankenhausarzt, die zulasten der Krankenkasse wirkt.

Das SG verurteilte die Bekl., an die Kl. 265,02 € nebst Zinsen zu zahlen.

IX. Angelegenheiten der Krankenkassen

1. Pflicht des Versicherten zur Auskunftserteilung über Person des Schädigers

SG Heilbronn, Urteil v. 29.03.2019 - S 12 KR 3435/17

RID 20-01-122

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 27, 39; SGB X § 116

Aus dem Krankenversicherungsverhältnis ergibt sich als ungeschriebene Nebenpflicht die Pflicht des versicherten Geschädigten, dem Sozialleistungsträger die zur Geltendmachung eines übergegangenen Schadenersatzanspruchs nach § 116 SGB X nötigen **Auskünfte** zu erteilen, insb. über die Person des **Schädigers und den Schaden**. Eine pflichtwidrige Auskunftsverweigerung begründet eine Verpflichtung des Versicherten, der Kasse den Schaden zu ersetzen, den er ihr durch sein Verhalten zufügt (vgl. BSG, Urt. v. 10.11.1977 - 3 RK 44/75 - BSGE 45, 119 = SozR 2200 § 1542 Nr. 1).

Das SG verurteilte die bekl. Krankenversicherte, an die Kl. 1.113,56 € nebst zu zahlen, und stellte fest, dass die Bekl. verpflichtet ist, der Kl. weitere Kosten für Sozialleistungen zu erstatten, die die Kl. wegen des Schadenereignisses, das zum Krankenhausaufenthalt vom 29.03.2015 bis 30.03.2015 führte, erbrachte oder noch zu erbringen hat.

2. Vertrag zur integrierten Versorgung: Unzulässige Erweiterung der ambulanten Operationen

LSG Hessen, Urteil v. 18.07.2019 - L 1 KR 644/18 KL

RID 20-01-123

Revision anhängig: B 1 A 4/19 R

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 87, 89, 135, 140a

Ein **Vertrag zur integrierten Versorgung**, nach dem die teilnehmenden Fachärzte und Krankenhäuser **Operationen ambulant** erbringen und abrechnen dürfen, obwohl diese nicht im **Leistungskatalog** des Kapitels 31.2. in Verbindung mit Anhang 2 des EBM und/oder im AOP-Katalog enthalten sind, verstößt gegen § 87 I SGB V als auch gegen § 115b II SGB V. § 140a II 1 SGB V lässt es nicht zu, dass eine in der Regelversorgung zwingend stationär zu erbringende Leistung ambulant erbracht und abgerechnet werden kann. Damit wird das Leistungsspektrum für die an der besonderen Versorgung teilnehmenden Versicherten um zusätzliche ambulante Leistungen erweitert, die es in der Regelversorgung so nicht gibt. Die Abweichungsbefugnis in § 140a Abs. 2 Satz 1 SGB V umfasst aber lediglich Regelungen zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen, nicht aber zwischen Versicherten und Krankenkassen. Für diese Rechtsbeziehungen gilt das 3. Kapitel des SGB V. Es handelt sich auch nicht um **neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden**.

Das LSG wies die Klage ab.

3. Kosten des Sprechstundenbedarfes: Einstrahlende Krankenkasse

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 30.08.2019 - L 9 KR 344/16

RID 20-01-124

Revision anhängig: B 1 KR 26/19 R

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 83 V, 207 IV, 211 IV; SGB X § 58 I; BGB § 134

Leitsatz: Aufgrund der Einfügung des § 211 Abs. 4 SGB V ist eine als Landesverband gemäß § 207 Abs. 4 SGB V handelnde Krankenkasse ab dem 1. Januar 2009 nicht befugt, in einem **Gesamtvertrag** die Kostenbeteiligung der **einstrahlenden Krankenkassen** an den ihr als Landesverband auferlegten **Kosten des Sprechstundenbedarfes** zu regeln.

SG Berlin, Ur. v. 10.06.2016 - S 166 KR 2461/12 - verurteilte die bekl. IKK im Land Brandenburg, an die kl. Berliner IKK insgesamt 240.705,90 € zzgl. Verzugszinsen zu zahlen, das *LSG* wies die Klage ab. Beide Krankenkassen nehmen gem. § 207 IV SGB V als einzige Krankenkassen ihrer Art in dem jeweiligen Bundesland die Funktion des Landesverbandes der Innungskrankenkassen wahr.

4. Frist zur Vorlage der gutachtlichen Stellungnahme des MDK

SG München, Beschluss v. 16.01.2020 - S 59 KR 3754/19 ER

RID 20-01-125

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V a.F. § 275 Ic; SGB V § 275c; SGG § 86b II

Ein Anspruch der **Krankenkasse**, die den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung mit der Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Krankenhausleistungen oder der Korrektheit der Abrechnung beauftragt hat, gegenüber dem **MDK** auf **Vorlage der gutachtlichen Stellungnahme** innerhalb einer **Frist** von zehn Monaten und zwei Wochen nach Übermittlung der Prüfanzeige an das Krankenhaus besteht mit großer Wahrscheinlichkeit nicht.

Die Beteiligten streiten um die rechtzeitige Erstellung von Gutachten über Krankenhausabrechnungen bis spätestens zwei Wochen vor Ablauf der in § 8 Sätze 3 und 4 Prüfverfahrensvereinbarung vom 03.02.2016 geregelten Ausschlussfrist von elf Monaten. Das *SG* lehnte den Antrag der Krankenkasse auf Erlass einer einstweiligen Anordnung gegen den MDK ab.

X. Verfahrensrecht

1. Zweitinstanzliche Entscheidung durch Beschluss

LSG Bayern, Beschluss v. 10.05.2019 - L 5 KR 11/19

RID 20-01-126

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGG §§ 105, 158

Leitsatz: 1. Ist die Berufung mangels Erreichen der Berufungssumme nicht statthaft, kann eine Entscheidung durch **Beschluss** (§ 158 SGG) auch dann ergehen, wenn erstinstanzlich ein **Gerichtsbescheid** mit zutreffender Rechtsbehelfsbelehrung erlassen wurde.

2. Dem Anspruch auf **rechtliches Gehör** im Rahmen einer mündlichen Verhandlung ist Genüge getan, wenn ein Antrag nach § 105 Abs. 2 S.2 SGG hätte gestellt werden können.

Der bei der bekl. Krankenkasse versicherte Kl. blieb mit seinem Begehren auf Übernahme weiterer 602,21 € Kosten für eine Unterkieferprothese zusätzlich zum gewährten doppelten Festzuschuss erfolglos. *SG Regensburg*, Gerichtsbb. v. 10.12.2018 - S 8 KR 119/18 - wies die Klage ab und ließ die Berufung nicht zu. Das *LSG* verwarf die Berufung des Kl. als unzulässig. *BSG*, Beschl. v. 20.11.2019 - B 1 KR 39/19 B - juris verwarf die Beschwerde gegen die Nichtzulassung der Revision.

XI. Bundessozialgericht (BSG)

1. Keine Behandlung durch nichtärztliche Podologen bei Systemmangel (Nagelspannenkorrektur)

BSG, Urteil v. 18.12.2018 - B 1 KR 34/17 R

RID 20-01-127

SozR 4-2500 § 28 Nr. 9 = USK 2018-100

Leitsatz: Versicherte haben Anspruch auf **Nagelspannenkorrektur** nur als vertragsärztliche Leistung, nicht aber auf deren Verschaffung durch selbstständig tätige, **nichtärztliche Podologen**, selbst wenn sie keine leistungsbereiten Ärzte finden.

2. Qualitätsanforderungen für Behandlungsalternative (Liposuktion bei Lipödem)

BSG, Urteil v. 28.05.2019 - B 1 KR 32/18 R

RID 20-01-128

SozR 4-2500 § 137c Nr. 13 = GesR 2019, 726

Leitsatz: 1. Versicherte haben als Regelleistung keinen Anspruch auf stationäre Krankenhausbehandlung mit Methoden, die lediglich das **Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative** bieten (Festhaltung an BSG vom 24.4.2018 - B 1 KR 10/17 R = BSGE 125, 283 = SozR 4-2500 § 137c Nr. 10).

2. Versicherte haben gegen ihre Krankenkasse als Zusatzleistung im Rahmen von **Erprobungsrichtlinien** Anspruch auf stationäre Krankenhausbehandlung mit Methoden, die lediglich das Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative bieten (Festhaltung an BSG vom 24.4.2018 - B 1 KR 13/16 R = BSGE 125, 262 = SozR 4-2500 § 137e Nr. 1).

3. Genehmigungsfiktion

a) Leistungskatalog der GKV und neue Methode

BSG, Urteil v. 06.11.2018 - B 1 KR 30/18 R

RID 20-01-129

SozR 4-1500 § 164 Nr. 8 = KHE 2018/72 = USK 2018-78

Leitsatz: 1. Ein Revisionskläger, der einen bestimmten Antrag stellt und die verletzte Rechtsnorm bezeichnet, **begründet** seine auf eine Sachrüge gestützte **Revision** für deren Zulässigkeit hinreichend, wenn er zudem die rechtlichen Gründe aufzeigt, die nach seiner Auffassung die angefochtene Entscheidung aufgrund einer Auseinandersetzung mit deren Gründen als unrichtig erscheinen lassen; hierbei muss er nicht die Tatsachen bezeichnen, die sein Gesamtbegehren rechtfertigen, sondern Tatsachen nur bezeichnen, soweit dies zum Verständnis der gerügten Rechtsverletzung unerlässlich ist.

2. Eine von einem Versicherten beantragte Leistung - hier Immuntherapie mit autologen dendritischen Zellen zur Behandlung seines Kolonkarzinoms - liegt nicht schon deshalb offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung, weil es sich um eine **neue**, bislang nicht vom Gemeinsamen Bundesausschuss empfohlene **Methode** handelt.

b) Vertrauen auf Bewilligung

BSG, Urteil v. 27.08.2019 - B 1 KR 1/19 R

RID 20-01-130

SozR 4-2500 § 13 Nr. 47

Leitsatz: Die **Fiktion der Genehmigung** einer nicht rechtsmissbräuchlich beantragten Leistung setzt nicht voraus, dass der Antragsteller darauf **vertrauen** darf, die Krankenkasse werde den Antrag ohne weitere Ermittlungen **bewilligen**.

c) Frist: Unterrichtung über MDK innerhalb der Drei-Wochen-Frist

BSG, Urteil v. 06.11.2018 - B 1 KR 20/17 R

RID 20-01-131

SozR 4-2500 § 13 Nr. 43 = KHE 2018/71 = SuP 2019, 576 = USK 2018-76

Leitsatz: Eine Krankenkasse muss den Antragsteller **innerhalb von drei Wochen** nach Antragstellung selber darüber **informieren**, dass sie eine Stellungnahme des **Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung** einholt, um die Frist für den Eintritt einer Genehmigungsfiktion auf fünf Wochen zu verlängern.

d) Erstattung der über den Festbetrag hinausgehenden Kosten eines Arzneimittels

BSG, Urteil v. 26.02.2019 - B 1 KR 24/18 R

RID 20-01-132

SozR 4-2500 § 13 Nr. 46 = KHE 2019/26

Leitsatz: 1. Entscheidet eine Krankenkasse nicht fristgerecht über den Antrag ihres Versicherten auf Vollversorgung mit einem vertragsärztlich zu verordnenden **Arzneimittel ohne Begrenzung auf den Festbetrag**, gilt die Leistung als genehmigt.

2. Gilt Vollversorgung mit einem vertragsärztlich zu verordnenden Arzneimittel ohne Begrenzung auf den Festbetrag als genehmigt, hat die Krankenkasse ihren Versicherten **ohne Begrenzung auf Bewilligungsabschnitte** solange zu versorgen, wie das Mittel vertragsärztlich verordnet wird (Teilaufgabe von BSG vom 16.11.1999 - B 1 KR 9/97 R = BSGE 85, 132 = SozR 3-2500 § 27 Nr. 12; Fortentwicklung von BSG vom 3.7.2012 - B 1 KR 22/11 R = BSGE 111, 146 = SozR 4-2500 § 35 Nr. 6).

Parallelverfahren:

BSG, Urteil v. 26.02.2019 - B 1 KR 23/18 R

RID 20-01-133

KHE 2019/30

e) Hilfsmittel des Behinderungsausgleichs

BSG, Urteil v. 08.08.2019 - B 3 KR 21/18 R

RID 20-01-134

juris

Hilfsmittel zum Zweck des **Behinderungsausgleichs** sind vom Anwendungsausschluss der **Genehmigungsfiktion** von § 13 IIIa 9 SGB V nicht erfasst.

4. Beziehungen zu Krankenhäusern

a) Einsichtnahme in Behandlungsunterlagen

BSG, Urteil v. 18.12.2018 - B 1 KR 40/17 R

RID 20-01-135

SozR 4-7645 Art. 9 Nr. 1 = KHE 2018-86 = KRS 2019, 247 = USK 2018-101

Leitsatz: 1. Klagt eine Krankenkasse auf Erstattung gezahlter Vergütung für die Krankenhausbehandlung ihres Versicherten, darf das beklagte Krankenhaus in Einklang mit unionsrechtlichem Datenschutzrecht ohne Einwilligung des Versicherten dem Gericht dessen personenbezogene Daten in **Behandlungsunterlagen** zur zweckverändernden Verarbeitung (zum Nachweis der Vergütungsforderung) übermitteln, ohne die Einsichtnahme anderer Verfahrensbeteiligter ausschließen zu dürfen.

2. Die **Datenschutzgrundverordnung** gilt außerhalb des Anwendungsbereichs des Unionsrechts grundsätzlich im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung jedenfalls kraft bundesgesetzlich angeordneter entsprechender Anwendung.

b) Fallpauschale: Kodierung einer Schlüsselnummer des Alphabetischen Verzeichnisses

BSG, Urteil v. 10.04.2019 - B 1 KR 27/18 R

RID 20-01-136

SozR 4-5562 § 9 Nr. 12 = KHE 2019/7 = KRS 2019, 350 = USK 2019-3

Leitsatz: Ob das Krankenhaus für eine **Fallpauschale** nach den Deutschen Kodierrichtlinien eine **Schlüsselnummer** des Alphabetischen Verzeichnisses zum ICD-10-GM zu kodieren hat, ist durch Rückgriff auf das Systematische Verzeichnis zum ICD-10-GM zu überprüfen.

c) Beatmung eines Frühgeborenen mittels High-Flow-Nasenkanüle

BSG, Urteil v. 30.07.2019 - B 1 KR 13/18 R

RID 20-01-137

SozR 4-5562 § 9 Nr. 13 = KRS 2019, 353 = KHE 2019/40

Leitsatz: Ein Krankenhaus erhält **Zeiten der Atemunterstützung** eines Säuglings oder Frühgeborenen mittels **High-Flow-Nasenkanüle** nicht als Zeiten maschineller Beatmung zusätzlich vergütet.

Parallelverfahren:

BSG, Urteil v. 30.07.2019 - B 1 KR 11/19 R

RID 20-01-138

KRS 2019, 376 = KHE 2019/44

d) Feststellungsklage auf Feststellung der Verfahrenskostentragung

BSG, Urteil v. 09.04.2019 - B 1 KR 3/18 R

RID 20-01-139

SozR 4-1780 § 161 Nr. 3

Leitsatz: 1. Erklärt bei einem Streit über Krankenhausvergütung ohne kostenprivilegierte Beteiligte der Kläger einseitig den Rechtsstreit in der Hauptsache für **erledigt**, ist seine **Feststellungsklage** begründet, wenn sich die zunächst zulässige und begründete Leistungsklage erledigt hat.

2. Macht sich ein Krankenhaus im Streit über Vergütung **Diagnosen** zu eigen, die es bisher nicht kodiert und abgerechnet hat, ist es so zu stellen, als habe es eine **neue Rechnung** mit diesen Diagnosen über den Behandlungsfall erstellt.

5. Schiedsspruch: Anforderungen an einen Nutzenbewertungsbeschluss

BSG, Urteil v. 28.03.2019 - B 3 KR 2/18 R

RID 20-01-140

BSGE = SozR 4-2500 § 130b Nr. 3 = NZS 2019, 897

Leitsatz: 1. Wird die **Anfechtung eines Schiedsspruchs** zur Festsetzung des von den Krankenkassen zu tragenden Erstattungsbetrags auf Einwendungen gegen die **vorausgegangene Nutzenbewertung** des Arzneimittels mit einem neuen Wirkstoff durch den Gemeinsamen Bundesausschuss gestützt, ist es angezeigt, im gerichtlichen Verfahren auch auf einen **Feststellungsantrag** über die Rechtmäßigkeit des Nutzenbewertungsbeschlusses hinzuwirken.

2. Die dem pharmazeutischen Unternehmer im Nutzenbewertungsverfahren in seinen Dossiers obliegende **Nachweispflicht** zum Zusatznutzen eines Arzneimittels mit einem neuen Wirkstoff und zu den Kosten für die gesetzliche Krankenversicherung schränkt die **Amtsermittlungspflicht** sowohl des Gemeinsamen Bundesausschusses als auch der Gerichte ein.

3. Da das Sozialgerichtsgesetz für den Rechtsschutz gegen den ein Arzneimittel mit einem neuen Wirkstoff betreffenden Nutzenbewertungsbeschluss (erste Stufe) und den Schiedsspruch über den Erstattungsbetrag (zweite Stufe) kein Vorverfahren und nur eine Tatsacheninstanz vorsieht, darf das **Revisionsgericht** das im Bewertungs- und Schiedsverfahren angefallene **Tatsachenmaterial** nicht erstmals selbst abschließend würdigen, wenn die Vorinstanz einen unzutreffenden Prüfungsmaßstab angewandt hat.

C. ENTSCHEIDUNGEN ANDERER GERICHTE

I. Ärztliches Berufsrecht

1. Widerruf/Ruhen/Wiedererteilung der Approbation/Berufserlaubnis

- a) Widerruf der Approbation wegen nichtberufsspezifischer Pflichtverletzung
(Steuerhinterziehung)

OVG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 03.02.2020 - 13 A 296/19

RID 20-01-141

juris
BÄO §§ 3 I 1 Nr. 2, 5 II 1

Bei der Beurteilung der **Unwürdigkeit** ist nicht nur auf ein Verhalten abzustellen, das im beruflichen Umfeld auf Missfallen stößt oder das unmittelbare Arzt-Patienten-Verhältnis betrifft. Entscheidend ist lediglich, dass es sich um eine **gravierende Verfehlung** handelt, die geeignet ist, das Vertrauen der Öffentlichkeit in den Berufsstand nachhaltig zu erschüttern, bliebe das Verhalten für den Fortbestand der Approbation folgenlos.

Die Annahme der Unwürdigkeit erfordert auch **nicht** (wenigstens) die **Verletzung berufsspezifischer Pflichten**. Bei der Verletzung der dem Arzt obliegenden Pflicht, sein Einkommen aus seiner Berufstätigkeit als Arzt ordnungsgemäß zu versteuern, liegt zumindest eine mittelbare berufsspezifische Pflichtverletzung vor. Bei entsprechender Schwere im Einzelfall können auch nichtberufsspezifische Pflichtverletzungen geeignet sein, das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patienten nachhaltig zu erschüttern.

Eine **gravierende Verfehlung** erfordert nicht, dass der Arzt eine schwere gemeingefährliche oder gegen eine Person gerichtete, von der Allgemeinheit besonders missbilligte, ehrenrührige Straftat begangen hat, die ein die Durchschnittsstraftat übersteigendes Unwerturteil enthält und zu einer tiefgreifenden Abwertung seiner Persönlichkeit führt. Ein gravierendes Fehlverhalten kann - je nach Umständen des Einzelfalls - auch in anderen Konstellationen vorliegen.

Auch wenn nicht jedes **Steuervergehen** die Annahme der Unwürdigkeit rechtfertigt, ist eine solche Annahme jedenfalls regelmäßig in Fällen gerechtfertigt, in denen ein **schwerwiegendes, beharrliches steuerliches Fehlverhalten** die Annahme rechtfertigt, der Arzt setze sich im eigenen finanziellen Interesse in einem erheblichen Maß über strafbewehrte, im Interesse der Allgemeinheit bestehende Bestimmungen hinweg.

Aus einem **bloßen Zeitablauf** kann nicht auf eine **Wiedererlangung der Würdigkeit** geschlossen werden, was insbesondere dann gilt, wenn im maßgeblichen Zeitpunkt belastbare Anhaltspunkte für eine Unrechtseinsicht oder Reue beim Kläger weder vorgetragen worden noch sonstwie erkennbar sind.

VG Düsseldorf, Urt. v. 30.11.2018 - 7 K 2276/16 - wies die Klage gegen den auf § 5 II 1, § 3 I 1 Nr. 2 BÄO gestützten Widerruf der Approbation ab. Der Kl. habe sich eines Fehlverhaltens schuldig gemacht, aus dem sich jedenfalls seine Unwürdigkeit zur Ausübung des ärztlichen Berufs ergebe. Unter Zugrundelegung der Feststellungen der gegen den Kl. ergangenen Strafbefehle vom 19.07.2013 und vom 09.10.2015 stehe fest, dass er in den Veranlagungszeiträumen 2004 bis 2007 vorsätzlich Einkommensteuer in Höhe von insgesamt 86.438 € und in den Veranlagungszeiträumen 2010 bis 2012 Einkommensteuer in Höhe von insgesamt 68.546 € hinterzogen sowie für den Veranlagungszeitraum 2008 einen entsprechenden Versuch (Verkürzungssumme 33.162 €) unternommen habe. Das **OVG** lehnte den Antrag auf Zulassung der Berufung ab.

- b) Zusätzliche berufsrechtliche Disziplinierung

VG Berlin, Urteil v. 21.10.2019 - 90 K 8.18 T

RID 20-01-142

juris
HeilBerKG Berlin § 92

Leitsatz: 1. Die **betrügerische Abtretung von fiktiven Forderungen** an eine ärztliche Verrechnungsstelle zur gewerbsmäßigen Erzielung von Einnahmen löst insbesondere dann, wenn sie über einen längeren Zeitraum erfolgte und ein erheblicher Schaden entstanden ist, das Bedürfnis für eine **zusätzliche berufsrechtliche Disziplinierung** aus.

2. Die Feststellung, dass ein Kammerangehöriger im Sinne des § 17 Abs. 1 Nr. 5 KammerG **unwürdig** ist, den Beruf auszuüben, setzt gravierende Verfehlungen voraus, die geeignet sein müssen, das Vertrauen der Öffentlichkeit in den Berufsstand nachhaltig zu erschüttern. Der Betroffene muss ein schwerwiegendes Fehlverhalten gezeigt haben, das mit dem Berufsbild und den allgemeinen Vorstellungen von der Persönlichkeit eines Zahnarztes nicht zu vereinbaren ist (wie BVerwG, Beschluss vom 16. Februar 2016 – 3 B 68/14 – juris Rn. 6).

3. Die Allgemeinheit erwartet bei der gebotenen objektiven Betrachtung von einem Zahnarzt, dass er anderen nicht durch erhebliche Straftaten wesentlichen Schaden zufügt, weil das dem **Bild vom helfenden und heilenden Zahnarzt** zuwiderliefe (wie VGH München, Urteil vom 22. Juli 2014 – 21 B 14.463 – juris Rn. 36, RID 14-04-163; OVG Münster, Urteil vom 25. Mai 1993 – 5 A 2679/91 – juris Rn. 15).

Das Landgericht Berlin verurteilte den Beschuldigten mit rechtskräftigem Urteil wegen Betruges in 32 Fällen unter Einbeziehung der Einzelstrafen aus dem Strafbefehl des Amtsgerichts Tiergarten zu einer Freiheitsstrafe von drei Jahren und zwei Monaten. Von der Verhängung eines Berufsverbots sah das Landgericht ausdrücklich ab. Das **VG** stellte fest, dass der Beschuldigte unwürdig ist, den zahnärztlichen Beruf auszuüben.

2. Strafrecht

a) BGH: Anordnung eines Berufsverbots

BGH, Beschluss v. 23.10.2019 - 4 StR 538/18

RID 20-01-143

juris
StGB §§ 70, 224

Der für einen **Missbrauch des Berufs** erforderliche berufstypische Zusammenhang mit der beruflichen Tätigkeit ist bei den Taten zum Nachteil der Nebenklägerin (schwere Vergewaltigung in Tateinheit mit gefährlicher Körperverletzung) gegeben, weil der Angeklagte zur Begehung der Taten ein ihm aufgrund seiner beruflichen Tätigkeit zugängliches **Narkosemittel** verwendete und er das ihm in seiner Eigenschaft **als behandelnder Arzt** entgegengebrachte Vertrauen ausnutzte, um die Nebenklägerin zur Hinnahme der nicht lege artis durchgeführten Betäubungen zu veranlassen.

Die Ausführungen des Landgerichts im angefochtenen Urteil lassen aber weder erkennen, dass sich die Strafkammer des ihr durch die Vorschrift des § 70 I 1 StGB auf der Rechtsfolgenreise eingeräumten Ermessens bewusst gewesen ist, noch auf welche Weise sie von ihrer tatrichterlichen Entscheidungsbefugnis Gebrauch gemacht hat. Erwägungen zu den Gründen, die für eine Ausübung des Ermessens leitend gewesen sind, enthalten die Urteilsgründe nicht.

b) Missbrauch durch einen „Heiler“ unter Vorgabe der Notwendigkeit der sexuellen Handlung

OLG Hamm, Urteil v. 24.09.2019 - 4 RVs 93/19

RID 20-01-144

juris
StGB § 174c

Leitsatz: Ein Missbrauch i.S.v. § 174c StGB kann auch vorliegen, wenn das **Opfer** mit dem Sexualkontakt **einverstanden** ist. Es versteht sich in den meisten Fällen von selbst, dass ein Arzt, der sexuelle Handlungen an einer Patientin oder einem Patienten im Rahmen eines Beratungs-, Behandlungs- und Betreuungsverhältnisses vornimmt, dieses besondere Verhältnis missbraucht, etwa wenn er **vorgibt, die sexuelle Handlung sei medizinisch notwendig**.

3. Mindestvoraussetzungen für Übernahme einer Vertretungstätigkeit

VG Köln, Urteil v. 25.10.2019 - 7 K 2157/17

RID 20-01-145

juris
HeilBerG NRW § 31 I

Für eine Ärztin, die weder Vertragsärztin noch weitergebildete Ärztin ist, kommt eine **Vertretungstätigkeit** allein durch eine Aufnahme in das **Vertreterverzeichnis** gem. § 7 III Gemeinsame Notdienstordnung der KV Nordrhein und der Ärztekammer Nordrhein - GNO - in

Betracht. Hierfür müssen aber die in dieser Norm aufgestellten Mindestvoraussetzungen erfüllt sein. An der Gültigkeit der Norm bestehen keine Zweifel.

4. Zulassung eines Praxisvertreters bei Ruhen der Approbation

VG Würzburg, Beschluss v. 21.10.2019 - W 10 E 19.1318

RID 20-01-146

juris
BÄO § 6; VwGO § 123

Die **Zulassung eines Praxisvertreters** nach § 6 IV BÄO kann offensichtlich keine rechtlichen oder tatsächlichen Vorteile (mehr) bringen, wenn die Hausarztpraxis gar nicht mehr existent ist. Überdies wurde dem Ast. durch das **Ruhen seiner Approbation** nicht die Möglichkeit genommen, seine **Praxis durch einen anderen Arzt fortführen** zu lassen. Einem Arzt, dessen Approbation ruht, ist es lediglich verwehrt, während der Dauer des Ruhens persönlich in seinen Praxisräumlichkeiten zu praktizieren. Vor diesem Hintergrund hat die Behörde den Ast. zutreffend darüber in Kenntnis gesetzt, dass über die Weiterführung der Praxis die KV als zuständige Behörde zu befinden hat, soweit der vertragsärztliche Bereich betroffen ist, und im privatärztlichen Bereich auch ohne eine ausdrückliche Regelung kein Verbot für einen anderen Arzt besteht, die Praxis eines Arztes, dessen Approbation ruht, weiterzuführen.

5. Anspruch auf Erteilung eines neuen, inhaltlich korrigierten Arztbriefs

OLG München, Beschluss v. 26.08.2019 - 24 U 2814/19

RID 20-01-147

juris
BGB §§ 242, 630, 630a ff., 666; GG Art. 1 I, 2 I

Weder aus den Vorschriften zum Behandlungsvertrag (§§ 630a ff. BGB) noch aus dem Allgemeinen Persönlichkeitsrecht (Art. 2 I GG i.V.m. Art. 1 I GG) noch aus einer entsprechenden Anwendung der §§ 630 oder 666 BGB ist ein Anspruch auf **Abänderung eines Arztbriefes** herzuleiten. Ein Änderungsanspruch kommt als Nebenpflicht aus dem Behandlungsvertrag i.V.m. § 242 BGB dann in Betracht, wenn der Arztbrief **unrichtige Tatsachen aus dem Behandlungsverhältnis** wiedergibt.

II. Arzthaftung

1. Bundesgerichtshof (BGH)

a) Pflicht zur Erhebung und Sicherung medizinischer Befunde

BGH, Urteil v. 22.10.2019 - VI ZR 71/17

RID 20-01-148

juris
BGB §§ 630h III, 823 I

Leitsatz: Ein Verstoß gegen die **Pflicht zur Erhebung und Sicherung medizinischer Befunde** und zur ordnungsgemäßen Aufbewahrung der Befundträger lässt im Wege der **Beweiserleichterung** für den Patienten zwar auf ein reaktionspflichtiges positives Befundergebnis schließen. Dies ist jedoch nur dann der Fall, wenn ein solches Ergebnis **hinreichend wahrscheinlich** ist. Es geht zu weit, als Folge der Unterlassung medizinisch gebotener Befunderhebung oder Befundsicherung unabhängig von der hinreichenden Wahrscheinlichkeit des Befundergebnisses eine Vermutung dahingehend anzunehmen, dass zugunsten des Patienten der von diesem vorgetragene Sachverhalt für den Befund als bestätigt gilt.

b) Nicht allgemein anerkanntes Behandlungskonzept/Aufklärung

BGH, Urteil v. 15.10.2019 - VI ZR 105/18

RID 20-01-149

juris
SGB V §§ 280 I, 823 I

Leitsatz: Zur Anwendung eines nicht allgemein anerkannten, den Korridor des medizinischen Standards verlassenden **Behandlungskonzepts** und zum Umfang der hierfür erforderlichen **Aufklärung** des Patienten.

c) Gebot rechtlichen Gehörs: Erfassung des Sinns des Parteivortrags

BGH, Beschluss v. 26.11.2019 - VI ZR 84/18

RID 20-01-150

juris
ZPO § 544 VII; GG Art. 103 I

Leitsatz: Das **Gebot rechtlichen Gehörs** verpflichtet das Gericht unter anderem dazu, den wesentlichen Kern des Vorbringens der Partei zu **erfassen** und - soweit er eine **zentrale Frage** des jeweiligen Verfahrens betrifft - in den Gründen zu **bescheiden**. Von einer Verletzung dieser Pflicht ist auszugehen, wenn die Begründung der Entscheidung des Gerichts nur den Schluss zulässt, dass sie auf einer allenfalls den äußeren Wortlaut, aber nicht den Sinn des Vortrags der Partei erfassenden Wahrnehmung beruht.

2. Behandlungsfehler

a) Unterlassen einer mikrochirurgischen Dekompressionsoperation

OLG Dresden, Beschluss v. 14.10.2019 - 4 U 1929/19

RID 20-01-151

juris
BGB §§ 630d, 630e, 630h II 1

Leitsatz: Das Unterlassen einer mikrochirurgischen Dekompressionsoperation an der Lenden- und Halswirbelsäule stellt nur dann einen **Behandlungsfehler** dar, wenn eine solche Operation absolut indiziert gewesen wäre. Liegt weder eine zervikale Myopathie mit klinischer Progredienz noch eine lumbale oder zervikale Radikulopathie mit funktionalen Beeinträchtigungen vor, ist dies nicht der Fall.

b) Wunschsectio: Maximale Planung/Aufklärung

OLG Hamm, Urteil v. 10.12.2019 - 26 U 2/18

RID 20-01-152

juris
BGB §§ 253, 280, 823, 1922

Leitsatz: 1. Bei einer reinen **Wunschsectio** - ohne medizinische Indikation - bedarf der Eingriff einer sorgfältigen Planung.

2. Eine Wunschsectio muss mit einer **maximalen Planung** vorbereitet werden. Auch bei einer sekundären Wunschsectio ist dieser Standard zu wahren. An die **Aufklärung** sind - ähnlich wie bei reinen Schönheitsoperationen - hohe Anforderungen zu stellen.

c) Fehlerhafte geburtshilfliche Behandlung der Mutter/Schmerzensgeld

OLG Hamm, Urteil v. 28.01.2020 - 3 U 63/17

RID 20-01-153

juris
BGB §§ 195, 199 I Nr. 2; ZPO §§ 288, 290

Es liegt eine **ärztliche Pflichtverletzung** vor, wenn bei der Mutter des kl. Kindes bereits zur Zeit der Aufnahme eine eitrig-fötide Kolpitis vorliegt und weitergehende Untersuchungen nicht durchgeführt und eine antibiotische Therapie unterlassen wird.

Als **Schmerzensgeld** für die infolge des Behandlungsfehlers eingetretenen immateriellen Beeinträchtigungen ist ein Betrag in Höhe von 300.000 € erforderlich, aber auch ausreichend.

d) Einwendungen des Patienten gegen Sachverständigengutachten

OLG Dresden, Beschluss v. 02.10.2019 - 4 U 1250/19

RID 20-01-154

juris
ZPO § 529

Leitsatz: In der Berufungsinstanz ist **Einwendungen des Patienten** gegen ein in sich schlüssiges und nachvollziehbares **Sachverständigengutachten** nur dann **nachzugehen**, wenn konkrete Anhaltspunkte, die in medizinischer Hinsicht hieran Zweifel wecken, durch ein Parteigutachten oder medizinische Fachliteratur belegt werden (Festhaltung Senat, Beschl. v. 10.01.2018 - 4 U 750/17 - RID 18-03-266).

e) Verjährungsbeginn bei Verdacht eines arztfehlerhaften Verhaltens

OLG Oldenburg, Urteil v. 04.04.2018 - 5 U 9/17

RID 20-01-155

juris
BGB §§ 199, 630a

Leitsatz: 1. Für den **Verjährungsbeginn** im Arzthaftungsrecht ist es nicht grundsätzlich erforderlich, dass die nicht sachkundige Partei ihren **Verdacht** eines arztfehlerhaften Verhaltens durch ein Gutachten bestätigt sieht.

2. Ist die Partei in der Lage, den Vorwurf zu formulieren, von dem sie meint, er stelle eine Standardunterschreitung dar, und diene ein Gutachten nur der persönlichen Vergewisserung, wird regelmäßig die notwendige Kenntnis im Sinne des Verjährungsrechts bereits **ohne gutachterliche Bestätigung** anzunehmen sein.

3. Aufklärung/Einwilligung

a) Aufklärung und Operation durch Assistenzarzt (Hüftendoprothesenoperation)

OLG Bremen, Urteil v. 13.12.2018 - 5 U 10/17

RID 20-01-156

juris
BGB §§ 630a, 630e, 823

Leitsatz: 1. Es liegt kein **Behandlungsfehler** vor, wenn ein **Assistenzarzt** eine Operation unter Überwachung eines Facharztes durchführt.

2. Es liegt kein **Aufklärungsfehler** vor, wenn die sachgerechte Aufklärung über die Operation durch einen Assistenzarzt erfolgt, der entsprechende Operationen schon durchgeführt bzw. an ihnen teilgenommen hat.

3. Eine **Aufklärung** des Patienten, dass die Operation durch einen Assistenzarzt unter Überwachung des Facharztes erfolgt, ist dem Patienten nicht geschuldet.

b) Verwendung eines nicht passenden Aufklärungsf formulars

OLG Braunschweig, Urteil v. 06.12.2018 - 9 U 75/17

RID 20-01-157

juris
BGB §§ 630a, 630d, 630e, 823 I

Leitsatz: Verwendet der Arzt im Aufklärungsgespräch ein **Aufklärungsf formular**, das eigentlich für einen anderen Eingriff vorgesehen ist (hier: für eine Lendenwirbel-OP), so ist das für die Wirksamkeit der Einwilligung insbesondere dann unschädlich, wenn der Arzt darin **individuelle** und für den geplanten und tatsächlich durchgeführten Eingriff (hier: Halswirbelsäulen-OP) passende **Eintragungen** oder Zeichnungen vorgenommen und den Patienten auch mündlich zutreffend aufgeklärt hat.

c) Verharmlosung eines Morbus Sudeck als vegetative
Reizerscheinung/Entscheidungskonflikt

OLG Dresden, Beschluss v. 02.10.2019 - 4 U 1141/19

RID 20-01-158

juris
BGB §§ 630d, 630e

Leitsatz: 1. Es stellt einen **Aufklärungsmangel** dar, einen **Morbus Sudeck als vegetative Reizerscheinung** zu verharmlosen.

2. Ein echter **Entscheidungskonflikt** des Patienten, der die Berufung des Arztes auf eine hypothetische Einwilligung ausschließt, kann dann ausscheiden, wenn der Patient sich mehreren vorausgegangenen Eingriffen unterzogen hat, bei denen er über vergleichbare Risiken aufgeklärt worden war.

d) Kniegelenkspunktion

OLG Dresden, Beschluss v. 06.11.2019 - 4 U 1291/19

RID 20-01-159

juris
BGB §§ 630d, 630e, 823

Leitsatz: 1. Vor einer **Kniegelenkspunktion** ist nicht darüber aufzuklären, dass eine solche Punktion **schmerzhaft** sein kann.

2. Auch bei einer unzureichenden **Risikoaufklärung** scheidet ein Schadenersatzanspruch aus, wenn nicht feststeht, dass der eingetretene Schaden durch den wegen der unwirksamen Einwilligung rechtswidrigen Eingriff **verursacht** worden ist.

e) Kosmetische Operation

OLG Dresden, Beschluss v. 08.10.2019 - 4 U 1052/19

RID 20-01-160

juris
BGB §§ 630d II, 630e I 2

Leitsatz: 1. Bei einer **kosmetischen Operation** ist die **Aufklärung** „schonungslos“ auf das Für und Wider mit allen Konsequenzen und Alternativen, auch zur Wahl der Behandlungsmethode, zu erstrecken.

2. Hierzu gehört auch die Aufklärung über das **Risiko chronischer**, nicht lediglich vorübergehender **Schmerzen** infolge der Operation.

3. Bei einer rein kosmetischen Operation ist in der Regel von der Plausibilität des vom Patienten behaupteten **Entscheidungskonflikts** auszugehen.

Anhang I: BSG - Anhängige Revisionen Vertragsarztrecht

Stand: 09.02.2020. 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 -	19-02-08
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
Honorarzuschlag für Jobsharing-Praxen	B 6 KA 32/19 R	Sind Regelungen zur Honorarverteilung, die einen 10%igen Honorarzuschlag für Berufsausübungsgemeinschaften und für Arztpraxen mit angestellten Ärzten (sogenannte BAG-Zuschlag) vorsehen, auch auf Job-Sharing-Praxen zu beziehen?	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 16.01.2019 - L 12 KA 21/18 -	20-01-10 NZB
RLV: BAG mit Nuklearmedizinern und Radiologen	B 6 KA 30/19 R B 6 KA 31/19 R	Verstößt die Entscheidung einer Kassenärztlichen Vereinigung bei der Festsetzung des Regelleistungsvolumens für eine radiologische Berufsausübungsgemeinschaft gegen höherrangiges Recht, wenn sie für Nuklearmediziner eine eigene Facharztgruppe bildet und bei den Fachärzten für Diagnostische Radiologie darauf abstellt, ob ein CT bzw. MRT vorgehalten wird? Zur Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten oder zur Annahme eines Härtefalls bei der Festsetzung des Regelleistungsvolumens für eine radiologische Berufsausübungsgemeinschaft.	<i>LSG Schleswig-Holstein</i> , Urt. v. 04.06.2019 - L 4 KA 41/16 - - L 4 KA 42/16 -	20-01-1 20-01-2
	B 6 KA 29/19 R	Verstößt die Entscheidung einer Kassenärztlichen Vereinigung bei der Festsetzung des Regelleistungsvolumens für eine radiologische Berufsausübungsgemeinschaft gegen höherrangiges Recht, wenn sie für Nuklearmediziner eine eigene Facharztgruppe bildet und bei den Fachärzten für Diagnostische Radiologie darauf abstellt, ob ein CT bzw. MRT vorgehalten wird?	<i>LSG Schleswig-Holstein</i> , Urt. v. 04.06.2019 - L 4 KA 12/17 -	20-01-5
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 -	19-02-5
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
Abrechnung von Anästhesien bei Abrechnung der MKG-Operation	B 6 KA 28/19 R	Ist ein als Vertragsarzt niedergelassener Anästhesist berechtigt, anästhesiologische Leistungen auch dann nach Abschnitt 31.5.3 EBM-Ä 2008 abzurechnen, wenn der grund-	<i>LSG Schleswig-Holstein</i> , Urt. v. 18.06.2019	19-04-3

über KZV		sätzlich zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene MKG-Chirurg seine Leistung nicht über die Kassenärztliche sondern über die Kassenzahnärztliche Vereinigung abrechnet?	- L 4 KA 43/17	
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.	LSG Hamburg , Urt. v. 18.10.2018 - L 5 KA 33/17 -	19-01-9
Konvergenzregelung (KV Schleswig-Holstein)	B 6 KA 21/18 R Termin: 30.10.2019	Ist die Bestimmung in einer Honorarverteilungsvereinbarung, nach der einem in Einzelpraxis niedergelassenen Vertragsarzt in der Aufbauphase kein festes 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?	LSG Schleswig-Holstein , Urt. v. 23.01.2018 - L 4 KA 22/16 -	19-01-8 NZB
KV Schleswig-Holstein: Ergänzungsvereinbarung zum HVV v. 03.04.2009	B 6 KA 20/19 R B 6 KA 26/19 R	Verstößt die Bestimmung in einer Honorarverteilungsvereinbarung, nach der sogenannte Wachstumsärzte von der Anwendung einer Konvergenzregelung für die Vereinheitlichung der Umsetzung der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen nach § 87b Absatz 2 und 3 SGB V basierend auf dem Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung vom 15.1.2009 ausgeschlossen sind, gegen höherrangiges Recht?	LSG Schleswig-Holstein , Urt. v. 05.02.2019 - L 4 KA 69/15 - Urt. v. 04.06.2019 - L 4 KA 4/16 -	19-03-2 19-04-9
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 Honorarzahlungen	B 6 KA 11/18 R Termin: 11.12.2019	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 Termin: 11.12.2019	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 Termin: 11.09.2019	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

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
Physikalische und Rehabilitative Medizin: Sonographieleistungen	B 6 KA 19/19 R	Ist ein Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin berechtigt, Sonographieleistungen gegenüber einer Kassenärztlichen Vereinigung abzurechnen?	LSG Saarland , Urt. v. 12.04.2019 - L 3 KA 4/16 -	19-03-16
Vorbereitungsassistenten in MVZ	B 6 KA 1/19 R Termin: 12.02.2020	Dürfen in einem MVZ, in dem nur ein Vertragsarzt (als zahnärztlicher Leiter) und im Übrigen nur angestellte Zahnärzte tätig sind, mehr als ein Vorbereitungsassistent	SG Düsseldorf , Urt. v. 05.12.2018	19-01-26

		beschäftigt werden?	- S 2 KA 77/17 -	
Sachlich-rechnerische Berichtigung				
Zeitbezogene Plausibilitätsprüfung: Quartalsarbeitszeitprofil bei Teilzeitanstellung	B 6 KA 9/18 R Termin: 30.10.2019	Ist bei einem in Vollzeit angestellten Arzt in einem Medizinischen Versorgungszentrum bei einem Quartalsarbeitszeitprofil von über 780 Stunden (390 Stunden bei 0,5 angestelltem Arzt) eine ordnungsgemäße Leistungserbringung nicht mehr gewährleistet? Gilt die Regelung des § 32 Ärzte-ZV auch bei einer Vertretung innerhalb eines Medizinischen Versorgungszentrums?	LSG Bayern, Urt. v. 17.01.2018 - L 12 KA 123/16 -	18-03-11
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?	LSG Bayern, Urt. v. 22.11.2017 - L 12 KA 138/15 -	18-03-20 NZB
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, die innerhalb eines Zeitraums von drei Tagen bei demselben Patienten, aber in anderen Operationsbereichen vorgenommen werden, aus?	SG Düsseldorf, Urt. v. 27.06.2018 - S 14 KA 266/17 -	19-03-11
„Kombinationsnarkose mit Maske“ nach Nr. 31822 EBM (Katarakt-Operation)	B 6 KA 15/19 R B 6 KA 24/19 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 - - L 4 KA 3/16 -	19-02-16 19-03-10
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 Termin: 11.09.2019	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 Termin: 11.09.2019	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?	<i>LSG Hessen</i> , Urt. v. 19.12.2018 - L 4 KA 20/15 -	19-01-13
Sprechstundenbedarf: Sachlich-rechnerische Richtigstellung durch KV	B 6 KA 23/18 R Termin: 11.12.2019	Sind gesamtvertragliche Regelungen wirksam, die die Zuständigkeit für die Richtigstellung der Verordnung von Sprechstundenbedarf der Kassenärztlichen Vereinigung übertragen oder besteht eine ausschließliche Zuständigkeit der Prüfungsgremien?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 18.04.2018 - L 5 KA 792/16 -	18-02-25 NZB
Wirtschaftlichkeitsprüfung/Regress				
Nichtbeachtung von Therapiehinweisen (Forsteo/Wirkstoff Teriparatid)	B 6 KA 23/19 R Termin: 11.09.2019	Darf wegen Nichtbeachtung von Therapiehinweisen (hier: zum Wirkstoff Teriparatid) ein Arzneikostenregress nach Einzelfallprüfung festgesetzt werden, wenn für denselben Zeitraum die Arzneimittelverordnungen auch im Rahmen einer Richtgrößenprüfung auf Wirtschaftlichkeit überprüft werden?	<i>LSG Schleswig-Holstein</i> , Urt. v. 20.02.2018 - L 4 KA 11/15 -	18-03-62 NZB
Doppelte Regressfestsetzung	B 6 KA 15/18 R Termin: 11.09.2019	Dürfen Arzneikostenregresse 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
Berücksichtigung von Zweitmeinungsverfahren	B 6 KA 21/19 R B 6 KA 22/19 R Termin: 11.09.2019	Müssen die Prüfungsgremien bei der Einzelfallprüfung von Verordnungen kostenintensiver Arzneimittel (hier: Wirkstoffe Adalimumab, Etanercept beziehungsweise Infliximab) ein positives Votum hinsichtlich einzelner Patienten im Rahmen eines nach der Prüfvereinbarung vorgesehenen, aber erst für spätere Zeiträume durchgeführten Zweitmeinungsverfahrens bei ihrer Entscheidungsfindung berücksichtigen?	<i>LSG Schleswig-Holstein</i> , Urt. v. 20.02.2019 - L 4 KA 10/15 - - L 4 KA 13/15 -	19-03-20 19-03-21
Hemmung der Verjährung bei Kenntnisnahme des Antrags	B 6 KA 7/18 R Erledigung 10/2019 durch Klagerücknahme	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
BAG mit MKG-Chirurgen/Wahlfeststellung	B 6 KA 25/19 R	Zur Bildung der Vergleichsgruppe bei der statistischen Wirtschaftlichkeitsprüfung einer fachübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaft von Zahnärzten sowie Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen. Zur Zulässigkeit einer sogenannten Wahlfeststellung in Fällen in denen neben einer Unwirtschaftlichkeit (Wirtschaftlichkeitsprüfung) auch eine Unrichtigkeit der Honorarabrechnung (sachlich-rechnerische Richtigstellung) in Betracht kommt.	<i>SG Marburg</i> , Urt. v. 05.06.2019 - S 12 KA 387/18 WA	19-03-28
Zulassung und Ermächtigung				
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	<i>LSG Schleswig-Holstein</i> , Urt. v. 12.06.2018 - L 4 KA 46/17 -	19-02-34 NZB

		abzustellen?		
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 übertersorgten Planungsbereich anwendbar?	LSG Bayern , Urt. v. 17.01.2018 - L 12 KA 12/17 -	18-02-28
Nachfolgebesetzung: Beschränkung einer Sonderbedarfszulassung	B 6 KA 27/19 R	Gilt die Beschränkung einer Sonderbedarfszulassung auf den Ausnahmetatbestand „tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen“ bei einer Nachfolgebesetzung fort?	LSG Bayern , Urt. v. 26.06.2019 - L 12 KA 22/18 -	19-04-28
Nachbesetzungsverfahren	B 6 KA 20/18 R Termin: 12.02.2020	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?	SG Gelsenkirchen , Urt. v. 20.04.2018 - S 16 KA 8/17 -	19-01-48
Rücknahme des Antrags auf Nachbesetzung	B 6 KA 19/18 R Termin: 12.02.2020	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?	SG Gelsenkirchen , 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?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 14.11.2018 - L 11 KA 91/16 -	19-02-38
Nachbesetzungsverfahren bei Zulassungsentziehung wegen Nichtausübung	B 6 KA 14/18 R Termin: 30.10.2019	Kann nach Entziehung der Zulassung eines Vertragsarztes im Umfang eines halben Versorgungsauftrags wegen Nichtausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit ein Nachbesetzungsverfahren durchgeführt werden?	SG Berlin , Urt. v. 13.06.2018 - S 83 KA 997/16 -	18-03-45
Verlegung einer genehmigten Anstellung in anderes MVZ unterschiedlicher Rechtsträger	B 6 KA 16/19 R B 6 KA 17/19 R B 6 KA 18/19 R	Kann die Anstellungsgenehmigung für einen Arzt in einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) zu einem MVZ, das von einer anderen juristischen Person des Privatrechts betrieben wird, verlegt werden?	SG Hamburg , Urt. v. 17.04.2019 - S 27 KA 81/18 - - S 27 KA 82/18 - - S 27 KA 83/18 -	19-03-35 19-03-37 19-03-36
Herausgabe einer Bürgschaftsurkunde nach Gesellschafterwechsel	B 6 KA 2/18 R Termin: 11.09.2019	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
Gesamtvergütung/Integrierte Versorgung/Aufsicht/GBA/KV/ Pädiatrische Spezialambulanz/Hausarztzentrierte Versorgung				
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
Genehmigungsvorbehalte für humangen. Leistungen im EBM	B 6 A 1/19 R	Ist der Bewertungsausschuss befugt, im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen die Abrechenbarkeit humangenetischer Leistungen von einer vorherigen Genehmigung durch die zuständige Krankenkasse abhängig zu machen?	LSG Berlin-Brandenburg , Urt. v. 10.04.2019 - L 7 KA 35/16 KL -	19-03-43
GBA: Erprobung von Untersuchungs- und	B 6 KA 17/18 R Termin: 11.09.2019	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	LSG Berlin-Brandenburg , Urt. v. 27.06.2018	18-03-56

Behandlungsmethoden		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?	- L 7 KA 46/14 KL -	
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 Allgemeinlabors	B 6 KA 25/18 R Termin: 12.02.2020	Stellt die in einem (Selektiv-)Vertrag über die hausarztzentrierte Versorgung (HzV) festgelegte Pflicht der an der HzV teilnehmenden (Haus-)Ärzte, Leistungen des 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?	LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 14.11.2018 - L 5 KA 3686/16 -	19-01-66

Erweiterte Honorarverteilung (EHV) der KV Hessen

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 Termin: 11.12.2019	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: 09.02.2020. 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				
Fußhebersystem zur Sicherung des Erfolges einer Krankenbehandlung/Neue Behandlungsmethode	B 3 KR 12/19 R	Wie ist bei Hilfsmitteln, die mehreren Versorgungszielen im Sinne des § 33 Absatz 1 Satz 1 SGB V dienen, das vorrangige Versorgungsziel im Hinblick auf § 13 Absatz 3a Satz 9 SGB V zu ermitteln? Dient ein elektronisches Fußhebersystem bei neurologisch bedingter Fußheberschwäche (vorrangig) dem Versorgungsziel der Sicherung des Erfolgs der Krankenbehandlung (§ 33 Absatz 1 Satz 1 Variante 1 SGB V), steht es dann in einem untrennbaren Zusammenhang mit einer neuen Behandlungsmethode im Sinne des § 135 SGB V?	LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 08.11.2018 - L 5 KR 21/18 -	19-01-98 NZB
Satzungsregelung zur künstlichen Befruchtung	B 1 KR 7/19 R Termin: 17.12.2019	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?	LSG Bayern, Urt. v. 15.01.2019 - L 5 KR 94/18 -	19-02-64
Podologische Behandlung	B 1 KR 18/19 R	Haben Versicherte, die nicht unter einem diabetischen Fußsyndrom leiden, Anspruch	LSG Nordrhein-Westfalen,	19-03-111

	Termin: 17.12.2019	auf vertragsärztlich verordnete podologische Leistungen und gegebenenfalls unter welchen Voraussetzungen?	Urt. v. 28.03.2019 - L 5 KR 198/18 -	
Kostenerstattung				
Kostenbeteiligung zur Entfernung von Brustimplantaten	B 1 KR 37/18 R Termin: 27.08.2019	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 Termin: 27.08.2019	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 -	19-03-79
Genehmigungsfiktion: Kostenerstattungsanspruch für Behandlung im EU-Ausland	B 1 KR 21/19 R	Findet die Regelung der Genehmigungsfiktion nach § 13 Absatz 3a SGB V Anwendung auf Ansprüche, die unmittelbar auf eine Geldleistung gerichtet sind und gilt dies auch für Kostenerstattungsansprüche nach § 13 Absatz 4 SGB V bei denen von vornherein eine ärztliche Behandlung im EU-Ausland beantragt wird?	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 14.03.2019 - L 4 KR 558/17 -	19-03-85
Genehmigungsfiktion: Zurücknahme	B 3 KR 13/19 R	Unter welchen Voraussetzungen kann eine fiktive Genehmigung nach § 13 Absatz 3a Satz 6 SGB V zurückgenommen werden?	<i>LSG Saarland</i> , Urt. v. 25.09.2019 - L 2 KR 49/18 -	20-01-76
In-vitro-Fertilisations-Behandlungen und Altersgrenze	B 1 KR 8/19 R Termin: 27.08.2019	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 Termin: 27.08.2019	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
Genehmigungsfiktion: Arzneimittel im Rahmen eines Off-Label-Use	B 1 KR 9/18 R Termin: 19.03.2020	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
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
Zurücknahme einer fiktiven Genehmigung	B 3 KR 6/19 R	Finden die Regelungen der §§ 44 SGB X auf die fingierte Genehmigung eines Hilfsmittels (hier: Kompressionstherapiegerät) Anwendung?	<i>LSG Schleswig-Holstein</i> , Urt. v. 14.02.2019 - L 5 KR 163/16 -	19-03-86
Stationäre Behandlung				
Auslandskrankenbehandlung				
Arzneimittel				
Allogene Stammzelltherapie im Off-Label-Use bei Mantelzelllymphom	B 1 KR 20/19 R Termin: 19.03.2020	Ist eine nach einem relativ groben Untersuchungsmaßstab rezidivfreie Krebserkrankung (Mantelzelllymphom) bei der aufgrund "schlummernder" Krebszellen die große Wahrscheinlichkeit besteht, dass diese in ein Rezidiv in Form eines sich dann schnell entwickelten, unumkehrbaren und im Ergebnis tödlichen Prozesses umschlägt, wertungsmäßig mit einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlichen Erkrankung vergleichbar?	<i>LSG Hamburg</i> , Urt. v. 28.03.2019 - L 1 KR 125/17 -	19-03-122
Hilfsmittel/Heilmittel				
Therapiedreirad-Tandem	B 3 KR 7/19 R Termin: 26.03.2020	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 -	19-03-107 NZB
	B 3 KR 15/19 R	Vorinstanz: Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen, L 16 KR 182/18, 17.09.2019	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> ,	19-04-65

		Sind die Kosten einer GPS-Uhr mit Alarmfunktion von der gesetzlichen Krankenversicherung bei einem geistig behinderten Heranwachsenden mit Weglauftendenz und Orientierungslosigkeit im Rahmen der Hilfsmittelversorgung zu übernehmen?	Urt. v. 17.09.2019 - L 16 KR 182/18 -	
--	--	---	--	--

Häusliche Krankenpflege/Haushaltshilfe

Häusliche Krankenpflege in Einrichtung der Eingliederungshilfe	B 3 KR 4/19 R Termin: 26.03.2020	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 -	19-03-114 NZB
Häusliche Krankenpflege in ambulanter Wohngruppe	B 3 KR 14/19 R	Hat eine Versicherte Anspruch auf häusliche Krankenpflege zum Verabreichen von Medikamenten, wenn sie in einer ambulanten Wohngruppe betreut wird?	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 20.08.2019 - L 5 KR 403/19 -	20-01-90
	B 3 KR 1/20 R	Hat eine Versicherte Anspruch auf häusliche Krankenpflege (hier: Verabreichen von Medikamenten, Blutzuckermessung sowie An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen), wenn sie in einer ambulanten Wohngruppe betreut wird?	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 20.08.2019 - L 5 KR 402/19 -	20-01-91

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
---	--	--	--	-----------

Krankenhauskosten

Neue Behandlungsmethode (Lungenvolumenreduktion mittels Implantation von Coils)	B 1 KR 2/19 R Termin: 08.10.2019	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 Termin: 08.10.2019	Zu den Voraussetzungen einer wirksamen Einwilligung in eine experimentelle Behandlung mit hohem Mortalitätsrisiko und deren Ermittlung im Rechtsstreit.	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 23.02.2018 - L 4 KR 1055/15 - - L 4 KR 1056/15 -	19-01-149 19-01-150 NZB
Verweildauer: Keine Anschlussheilbehandlung wegen Kapazitätsproblemen	B 1 KR 13/19 R Termin: 19.11.2019	Kann ein Krankenhaus 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 (zum Beispiel in der eigenen Häuslichkeit, Pflegeheim etc) aus zwingenden medizinischen Gründen ausgeschlossen ist?	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 28.06.2018 - L 4 KR 509/17 -	19-02-100
Überschneidungen zwischen Prüfregimen	B 1 KR 12/19 R Termin: 19.11.2019 Zurücknahme	Findet die Prüfverfahrenvereinbarung - PrüfvV (juris: PrüfvVbg) 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> , Urt. v. 08.11.2018 - L 1 KR 425/17 -	19-02-103 NZB
Heranziehung von Unterlagen	B 1 KR 10/19 R Termin: 19.11.2019	Welche Unterlagen sind für die Frage der Offensichtlichkeit eines Fehlers in der Krankenhausrechnung heranzuziehen?	<i>LSG Hamburg</i> , Urt. v. 24.01.2019 - L 1 KR 46/17 -	19-02-104
Fallzusammenführung: Zweistufige	B 1 KR 6/19 R	Liegt eine Beurlaubung im Sinne des § 1 Absatz 7 Satz 5 FPV 2012 vor, wenn der	<i>LSG Hamburg</i> ,	19-02-107

Prüfung	Termin: 19.11.2019	Patient aus der vollstationären Krankenhausbehandlung entlassen wurde, um die Ergebnisse der endgültigen Histologie abzuwarten, die dann zu einer Wiederaufnahme geführt haben?	Urt. v. 15.11.2018 - L 1 KR 68/18 -	
Fallzusammenführung mit drittem Krankenhausaufenthalt	B 1 KR 22/19 R	Steht ein zwischenzeitlicher anderweitiger Krankenhausaufenthalt der Zusammenführung der Falldaten zweier Krankenhausaufenthalte nach § 2 Absatz 2 der Fallpauschalenvereinbarung 2015 entgegen?	LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 23.07.2019 - L 11 KR 4533/18 -	19-04-94
Spontanatmungsstunden und Beatmungszeit	B 1 KR 19/19 R Termin: 17.12.2019	Sind Spontanatmungsstunden auch dann als Beatmungszeit abzurechnen, wenn der Entwöhnungsversuch bis zur Entlassung des Patienten nicht zu einer stabilen respiratorischen Situation geführt hat?	LSG Bayern , Urt. v. 12.03.2019 - L 5 KR 202/18	19-03-135
Ist suprapubischer Verweilkatheter Implantat?	B 1 KR 26/18 R	Ist ein suprapubischer Blasenkateter 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
Prozedur „Multimodale Schmerztherapie“	B 1 KR 25/19 R	Darf ein Krankenhaus die Prozedur "Multimodale Schmerztherapie" (Nr 8-918 OPS 2014) nur kodieren, wenn die Behandlung unter Einbeziehung eines Facharztes für Psychiatrie, Psychotherapie, für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder eines Psychologischen Psychotherapeuten durchgeführt wurde oder genügt die Einbeziehung eines Psychologen mit der Erlaubnis der Heilkunde auf dem Gebiet der Psychotherapie nach § 1 Absatz 1 des Heilpraktikergesetzes (HeilprG)?	LSG Sachsen , Urt. v. 10.04.2019 - L 1 KR 170/16 -	
Tracheobronchoskopie	B 1 KR 27/19 R	Ist die Durchführung einer Bronchoskopie unter Verwendung eines mit Metallspiralen verstärkten Schlauches (Bronchoflextubus), durch den das flexible Bronchoskop in die Luftröhre geführt wird, nach dem OPS-Kode 1-620.00 oder 1-620.10 zu kodieren?	LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 05.11.2019 - L 11 KR 2308/18	20-01-105
Kodierung einer Nebendiagnose	B 1 KR 16/19 R	Setzt die Kodierung einer Nebendiagnose (hier: ICD-10 T81.4 neben der Hauptdiagnose ICD-10 M00.86) nach den DKR 2011 eine Begleiterkrankung voraus, die einen weiteren therapeutischen oder sonstigen relevanten Versorgungsaufwand erfordert?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 24.01.2019 - L 5 KR 213/18 -	19-03-132
Implantierung einer modularen Endoprothese	B 1 KR 35/18 R Termin: 08.10.2019	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 Termin: 19.11.2019	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
Rituximab als Zusatzentgelt im Off-Label-Use bei autoimmunologischem Schleimhautpemphigoid	B 1 KR 22/18 R Termin: 19.03.2020	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
Erstattung bereits geleisteter Aufwandspauschalen	B 1 KR 15/19 R B 1 KR 23/19 R B 1 KR 24/19 R	Hat ein Krankenhaus Aufwandspauschalen für vor dem 1.7.2014 abgeschlossene Behandlungsfälle der Krankenkasse zu erstatten, wenn die MDK-gestützte Prüfung der Krankenkasse die sachlich-rechnerische Richtigkeit der Krankenhausabrechnungen betraf?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 13.12.2018 - L 5 KR 738/16 - LSG Bayern , Urt. v. 28.03.2019 - L 4 KR 6/18 - - L 4 KR 8/18 -	19-02-125 19-04-108 19-04-107
Ambulante Versorgung				
Kosten des Sprechstundenbedarfes:	B 1 KR 26/19 R (alt:	Ist eine als Landesverband gemäß § 207 Absatz 4 SGB V handelnde Krankenkasse	LSG Berlin-Brandenburg ,	20-01-124

Einstrahlende Krankenkasse	B 3 KR 16/19 R)	befugt, in einem Gesamtvertrag die Kostenbeteiligung der einstrahlenden Krankenkassen an den ihr als Landesverband auferlegten Kosten des Sprechstundenbedarfes zu regeln?	Urteil v. 30.08.2019 - L 9 KR 344/16 -	
Weitere Leistungserbringer/Arzneimittelhersteller				
Apotheken: Zulässigkeit einer produktneutralen Verordnung von Impfstoffen	B 3 KR 5/17 R Termin: 20.12.2018	Sind Apotheker im Falle einer produktneutralen Verschreibung von Impfstoffen ohne Nennung der Bezeichnung des Impfstoffs durch Vertragsärzte verpflichtet, anhand von Informationsmaterial der Krankenkassen rabattierte Impfstoffe auszuwählen und abzugeben?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urteil v. 24.01.2017 - L 11 KR 4746/15 -	17-02-195
Vereinbarung über Abschlag bei Abgabe von Zytostatika	3 KR 6/17 R Termin: 20.12.2018	Gestattet § 129 Abs 5 S 1 SGB 5 eine vertragliche Regelung über die Abrechnung von in Apotheken hergestellten Zytostatika auf Landesebene oder sind diese Regelungen nach § 129 Abs 5 S 3 SGB 5 ausschließlich der einzelvertraglichen Ebene vorbehalten?	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urteil v. 07.12.2016 - L 9 KR 333/13 -	17-02-192
	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> , Urteil v. 16.01.2018 - L 11 KR 4621/16 -	18-02-163
Ausländische Versandapotheke und Umsatzsteuer	B 3 KR 19/17 R Termin: 05.12.2019	Zur umsatzsteuerrechtlichen Behandlung von Arzneimittellieferungen einer Apotheke aus einem anderen EU-Land an die Mitglieder inländischer gesetzlicher Krankenkassen.	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , Urteil v. 06.07.2017 - L 5 KR 105/16 -	17-04-140
Pharmazeutische Unternehmer: Maßgebliche Spitzenorganisation auf Bundesebene	B 3 KR 16/18 R Termin: 08.08.2019	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> , Urteil v. 24.05.2018 - L 9 KR 303/15 KL -	18-04-71
Hörgeräteakustiker: Versorgungsanzeige	B 3 KR 8/19 R	Hat ein Hörgeräteakustiker gegenüber der Krankenkasse einen Anspruch auf Vergütung für die Versorgung eines Versicherten mit Hörgeräten, wenn die nach den vertraglichen Regelungen des einschlägigen auf Grundlage von § 127 SGB V geschlossenen Versorgungsvertrags erforderliche Versorgungsanzeige vor Beginn des Anpassungsprozesses unterblieben ist?	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , Urteil v. 27.06.2019 - L 4 KR 55/18 -	19-04-110
Abrechnung durch Hebammengemeinschaften	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 Termin: 05.12.2019	Zur Abrechnung von Leistungen der Hebammenhilfe durch Hebammengemeinschaften.	<i>LSG Bayern</i> , Urteil 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> , Urteil v. 20.03.2018 - L 5 KR 394/16 KL -	18-04-75
Wahltarife	B 1 KR 34/18 R Termin: 30.07.2019	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 Kran-	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urteil v. 14.06.2018 - L 16 KR 251/14 -	18-04-76

		kenhaus, für Leistungen bei Zahnersatz, für Brillen und für kieferorthopädische Behandlungen ergänzend zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung zum Gegenstand haben?		
Kosten für medizinische Rehabilitationsleistung und gesetzliche Rentenversicherung	B 1 KR 6/18 R Termin: 11.09.2018	Hat der Träger der gesetzlichen Rentenversicherung einen Erstattungsanspruch gegenüber der Krankenkasse nach § 14 Absatz 4 Satz 1 SGB IX oder §§ 102 ff SGB X, wenn der Versicherte nach Bewilligung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation einen Antrag auf Altersrente stellt (§ 12 Absatz 1 Nummer 2 SGB VI-Sozialgesetzbuch Sechstes Buch - Gesetzliche Rentenversicherung)?	LSG Bayern, Urt. v. 16.01.2018 - L 5 KR 601/15 -	18-02-181
Private Auslandskrankenversicherung: Erstattung von Geldleistungen	B 1 KR 7/18 R Termin: 11.09.2018	Hat eine private Auslandskrankenversicherung einen Anspruch gegen eine gesetzliche Krankenkasse auf Erstattung von Geldleistungen, die sie Versicherten für Krankenbehandlungen im Ausland gewährt hat?	LSG Bayern, Urt. v. 05.12.2017 - L 5 KR 508/17 -	18-02-183
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)?	LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 05.09.2018 - L 5 KR 4364/17 KL -	18-04-80
Erstattungsanspruch nach Renten Antragstellung	B 1 KR 29/18 R Termin: 19.03.2020	Unter welchen Voraussetzungen hat ein Rentenversicherungsträger gegen einen Krankenversicherungsträger für die Gewährung medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen Erstattungsansprüche, wenn der Versicherte nach Bewilligung der Maßnahme einen Renten Antrag 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
Beratungs- und Betreuungsleistungen durch Vertrag mit Beratungsunternehmen	B 1 A 3/19 R Termin: 08.10.2019	Dürfen Krankenkassen mit privaten Beratungsunternehmen Verträge mit dem Ziel der Kostensenkung beziehungsweise -stabilisierung schließen, in denen für Gruppen von länger erkrankten oder stationär versorgten Versicherten Betreuungs- und Beratungsleistungen erbracht werden?	LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 27.03.2019 - L 9 KR 54/16 KL -	19-03-142
Rückstellungen wegen Haftungsrisiko bei Schließung anderer Betriebskrankenkassen	B 1 A 2/19 R Termin: 08.10.2019	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 Termin: 08.10.2019	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				
Unmittelbare Klage gegen Nutzenbewertungsbeschluss des GBA	B 3 KR 11/19 R	Zulässigkeit der Klage gegen einen Nutzenbewertungsbeschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA), wenn ein Erstattungsbetrag zwischen pharmazeutischen Unternehmen und dem GKV-Spitzenverband vereinbart wurde?	LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 19.10.2018 - L 1 KR 558/15 KL -	19-01-158 NZB
Sonstiges				