Rechtsprechungsinformationsdienst 19-01

I. Honorarverteilung
   1. Honorarbegrenzung bei beschränktem Tätigkeitsumfang
   2. Regelungserlebnismöglichkeiten/Qualitätsgebundenes Zusatzvolumen (QZV)
      a) RLV: Leistungen im Zusammenhang mit Empfängnisregelung und Schwangerschaftsabbruch
      b) Praxisbesonderheiten im Rahmen des QZV
      c) QZV/Fachgruppentypische Leistung: Leistung aus Facharztkapitel der Fachgruppe
   3. Quotierung von Besuchsleistungen (Topf-im-Topf-Regelung)
   4. Vergütung pathologischer und zytologischer Leistungen
   5. Konvergenzregelung (KV Schleswig-Holstein)
      a) Konvergenzregelung nicht für Ärzte in Wachstumsphase (Quartal I/09)
      b) Ungleichbehandlung/Honorarsteigerung
      c) Ausschöpfen des RLV als Voraussetzung (Quartal III/09)
   6. Fachgruppenspezifische Vergütung psychotherapeutischer Leistungen

II. Sachlich-rechnerische Berichtigung
   1. Verstoß gegen die Fortbildungspflicht durch angestellten (Zahn-)Arzt
   2. Einhaltung der Grenzen einer Notfall-/Erstversorgung: Einzelfallprüfung/Nachholung des Vortrags
   3. Antrag auf eine Krankenkasse: Vorverhandlung/Fristen/Bagatellgrenze
   4. Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger: Rufbereitschaft unzureichend
   5. Kein Bezug von Spezialarbeitsleistungen aus Labor-Leistungsebringergemeinschaft
   6. Ausschließlich konservativ tätiger Augenarzt/Versehentliche Abrechnung einer Operationsleistung
   7. Betreuung einer Schwangeren (Nr. 01770 EBM): Feststellung der Schwangerschaft
   8. Anästhesien des Abschnitts 31.5.3 EBM
   9. Nr. 86516 der Onkologie-Vereinbarung (Zuschlag zu den Kostenpauschalen)
   10. Zahnärztliche Behandlung
       a) Erfordernis einer Dokumentation/Abweichungen vom KFO-Behandlungsplan/Bösäuglichkeit
       b) Dokumentation/Nachbehandlung/Zusätzliche Lokalanästhesie
       c) Dokumentation/Infusion/Zusätzliche Lokalanästhesie

III. Genehmigung/Notdienst/Disziplinarrecht
   1. Anerkennung als Belegarzt: Erreichbarkeit
   2. Widerruf einer Genehmigung zur Anstellung einer Ärztin ohne Gebietsbezeichnung (Dauerassistentin)
   3. Beschaffung eines Vorbereitungssenistenten im MVZ
   4. Abrechenbarkeit humangenetischer Leistungen für Internisten
   5. Notdienst
      a) Keine Befreiung eines Belegarztes vom ärztlichen Notdienst
      b) Hausverbot für Bereitschaftspraxen (Notdienstpraxen)
      c) Koppelung des Beitrags an Honorarumsatz
   6. Disziplinarrecht: Verantwortliche Entscheidung über kieferorthopädische Änderungen

IV. Wirtschaftlichkeitsprüfung/Arzneikostenregress/Schadensersatz
   1. Psychosomatische Leistungen (Nr. 35100 u. 35110 EBM)
      a) Übereinstimmung mit Psychotherapie-RL
      b) Außerordentliche Häufigkeit psychischer Erkrankungen/Schätzgrundlage
   2. Nachrechnen von Diagnosen
   3. Heimtötung
      a) Verordnung psychotherapeutischer Anwendungen
      b) Sachverhältnis des Vertragsarztes im Prüfverfahren
      c) Verordnung außerhalb des Regelfalles
   4. Sprechstundenbedarf
      a) Vergleichsgruppenbildung und BAG mit Ärzten verschiedener Fachrichtungen (Radiologie)
      b) Salben zur Wundbehandlung
   5. Zahnärztliche Behandlung
      a) Grenze zum offensichtlichen Missverhältnis: + 30 % über Durchschnittswert
      b) Einzelverzeichnung: Kein Korrekturfaktor für unterdurchschnittliche Fallzahl

www.dg-kassenarztrecht.de
c) Begründungsanforderungen/Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten .......................................................... 26
d) Statistischer Kostenvergleich einer BAG mit MKG-Chirurgen ................................................................. 26

V. Zulassungsrecht .................................................. 27
1. Zulassung ......................................................... 27
a) Entsperren: Spezialisierte fachärztliche Versorgung (Radiologie) ................................................................. 27
b) Sonderbedarfszulassung ........................................... 27
aa) Wechsel des Versorgungsbereichs: Hausärztlicher Internist - Rheumatologe ............................................ 27
bb) Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen .......... 28
c) Praxisnachfolge ........................................................................................................................................ 29
aa) Praxisverlegung des Mitbewerbers an Standort des Praxissitzes ................................................................. 29
bb) Rücknahme des Antrags auf Ausschreibung nach Konkurrenzklage ......................................................... 29
d) Auswahlentscheidung: Standortfrage/Räumliche Verteilung/Offener MRT .................................................. 30
2. Anstellungsgenehmigung ........................................ 30
a) Anstellungsgenehmigung für Strahlentherapeutin nach Zulassungsmoratorium ........................................... 30
b) Anstellungsgenehmigung nach Einbringen des Sitzes .................................................................................. 31
aa) Nachträgliche Kündigung ........................................ 31
bb) Keine Anfechtbarkeit einer Anstellungsgenehmigung nach Zulassungsverzicht ........................................... 31
3. Zulassungsende: Zulassung unter die Bedingung des hāftigen Verzichts ......................................................... 31
4. Zulassungsentziehung ............................................ 32
a) Nichtausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit: Geringe Fallzahl/Notdienst ................................................... 32
b) Falsche Angaben/Alkoholkonsum ........................................ 32
c) Verstoß gegen infektionshygienische Anforderungen und Praxisschließung .................................................. 33
5. Ermächtigung: Facharztfilter für urologisch therapeutische Maßnahmen bei Kindern ........................................ 33

VI. Verfahrensrecht/Kosten/EHV der KV Hessen .......... 34
1. Vollstreckungsabwehrklage: Aufrechnung einer Krankenkasse m. Kosten (Kickback-Zahlungen) .................. 34
2. Zulassung der Berufung bei nachträglicher Divergenz ................................................................................. 34
3. Außergerichtliche Kosten eines Beigels. (nach erfolgreichem aktiven Konkurrentenwiderspruch) ............... 35
4. EHV: Unzulässig Beitragsabführung ohne Steigerung der Anwartschaft ...................................................... 35

VII. Gesamtvorvergütung/Kassenärztliche Vereinigung/Hausarztzentrierte Versorgung ............................................... 36
2. Festlegung eines Terms zur Wahl eines KV-Vorstandsmitgliedes ................................................................. 36

VIII. Bundessozialgericht (BSG) ........................................ 37
1. Kein Vergütungsanspruch bei Verstoß gegen strafrechtliches Berufsverbot .................................................. 37
2. Ausgleichszahlungen wegen Härtefall .......................................................... 38
3. Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen: Reichweite der Vereinbarung .............................................. 38
4. Behandlung in Notfallambulanzen von Krankenhäusern/Abrechnungsfristen ............................................... 38
5. Job-Sharing-Obergrenze: Eintritt in bestehende BAG .......................................................... 38
6. Umwandlung einer Arztstelle in eine Zulassung ......................................................................................... 39
7. Kommunale Gesundheitseinrichtung: Wechsel der Trägerschaft ................................................................. 39
8. Gesamtvorvergütung: Versicherte mit Wohnsitz im Ausland ..................................................................... 39
9. Hausarztzentrierte Versorgung .................................................. 40
a) Schiedsspruch: Feststellungsinteresse/Schadensersatzanspruch/Wirtschaftlichkeitsverbots ...................... 40
b) Aufsichtsanordnung gegen Krankenkasse zur Behebung einer Rechtsverletzung ......................................... 40

B. KRANKENVERSICHERUNGSRECHT ........................................ 41
I. Vertrags(zahn)ärztliche Behandlung .................................................. 41
1. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden ..................................................................................... 41
a) LDL-Apherese: Progrediente kardiovaskuläre Erkrankung .............................................................................. 41
b) Autohomologe Immuntherapie nach Kief ....................................................................................................... 41
c) Behandlung einer Trichterbrust mit einer sog. Saugglocke nach Klobe .......................................................... 41
d) Heidelberg Retina Tomograph ....................................................................................................................... 42
e) Elektro. Stimulation der Sehnerven zur Therapie von Gesichtsfeldausfällen mit Next Wave System ........ 42
f) Elektrostimulationsbehandlung bei Gliom und Gliose ................................................................................. 42
g) Ambulante Liposuktion ............................................................................................................................... 42
h) bei Risikoschwangerschaft (Pränatale Array CGH) ....................................................................................... 43
2. Kein Anspruch auf Psychotherapie in Muttersprache Türkisch ................................................................. 43
3. Entfernung einer Tätowierung auf dem rechten Schulterblatt .................................................................... 43
5. Nadelelektrotherapie zur Entfernung der Barthäare durch Elektrologin bei Transsexualität ................. 43
6. Rückkehr nach Deutschland zur missbräuchlichen Inanspruchnahme von Leistungen .......................... 44
7. Zahnärztliche Behandlung ............................................................................................................................ 44
a) Keine Teilerstattung unwirtschaftlicher Wurzelkanalbehandlung von Backenzähnen .............................. 44
b) Kein Anspruch auf professionelle Zahnreinigung 44

II. Stationäre Behandlung 45
1. Kein Anspruch auf postbaritärpräparate plastische Operationen an den Oberarmen und der Brust 45
2. Liposuktion der Hüfte und Beine bei Lipödem 45
3. Geschlechtsangleichende Operationen 45
4. Kein Anspruch auf Spitzenmedi in Privatklinik 46
5. Vertragskrankenhaus/Rehaeinrichtung (Entstauungstherapie zur Behandlung von Lymphöden) 46

III. Kostenerstattung 46
1. Genehmigungsfraktion 46
   a) Hilfsmittel ................................................................. 46
      aa) Elektrollstuhl keine Versorgung der medizinischen Rehabilitation 46
      bb) Fußhebersystem zur Sicherung des Erfolges einer Krankenbehandlung 47
      cc) Hilfsmittel des unmittelbaren Behinderungsausgleichs 47
      dd) Rollstuhlgurt ......................................................... 47
   b) Cannabis ................................................................. 47
      aa) Kein Anspruch ohne medizinische Verordnung oder Stellungnahme 47
      bb) Ärztliche Verordnung als Voraussetzung 48
   c) Fristen ................................................................. 48
      aa) Positive Kenntnis berechtigter Gründe für Nichteinhaltung der Entscheidungsfrist 48
      bb) Bearbeitungsfristen bei Versicherten mit Wohnsitz im Ausland 48
   d) Keine fiktive Genehmigung im Widerspruchsverfahren .................................. 49
   e) Keine Fortwirkung einer fiktigen Genehmigung nach Kassenwechsel 49
2. Kostenbeteiligung des Versicherten zur Entfernung von Brustimplantaten 49
   a) Medizinisch nicht indizierte ästhetische Operation/Verfassungsgemäßheit 49
   b) Verfassungsäquivalenz der Kostenbeteiligung ........................................... 49
3. Kosten einer ambulanten Psychotherapie ..................................................... 50
4. Auslandsbehandlung 50
   a) Behandlung in Österreich .................................................. 50
   aa) Cross-over-Lebendnierenp. in Österreich .............................................. 50
   bb) „Grenzgänger in Rente": Wechsel des Wohnsitzes .................................. 51
   cc) Leistungen bei Beschäftigung im Ausland .................................................. 51
   b) Behandlung einer Bronchitis fibroplastica in USA .................................. 51

IV. Arzneimittelversorgung 51
1. Cannabis ................................................................. 51
   a) Versorgung mit Cannabisblüten nur aufgrund vertragsärztlicher Verordnung 51
   b) Alternativtherapien/Voraussetzung einer „begründeten Einschätzung“ 52
   c) Medizinisch-Cannabisblüten: Zwangstörungen/Ärztliche Begründung 52
   d) Schwierigkeits Erkrankung/Wechselhaftetarzten durch Cannabis bei ADHS 52
   e) Fehlen einer vertragsärztlichen Verordnung/Folgenabwägung 53
   f) Einstellweile eines Anordnungsverfahren: Hoher Grad an Wahrscheinlichkeit 53
2. Orphan drugs: Unterstüter Zugrechnen/Preisbestimmung (Nusinersen/Spinraza®) 53

V. Hilfsmittel/Heilmittel 54
1. Rollstuhlfahrrad mit Elektroantrieb ..................................................... 54
2. Orthese für unmittelbaren Behinderungsausgleich (Mikroprozessorgesteuerte Amortthese Gowing) 54
3. Erstattung von Stromkosten für Betrieb eines Motormed-Bewegungstrainers 54
4. Hörgeräteversorgung ................................................................. 55
   a) Beratungspflichten trotz Versorgungsvertrag ........................................... 55
   b) Nachweis der Erforderlichkeit ................................................................ 55
5. Rauchmeldesystem für Gehörspr. bei stationärer Unterbringung 55
6. Zusätzliche Funkübertragungsanlage zum Zwecke eines Studiums 56
7. Kein Anspruch auf Krankengymnastik ohne Kassenrezept 56

VI. Rehabilitation/Häusliche Krankenpflege/Fahrkosten 56
1. Stationäre Rehabilitationsmaßnahme bei Alzheimer mit fortgeschrittener Demenz 56
2. Häusliche Krankenpflege ................................................................. 56
   a) Integrationskraft für Kindergartenbesuch bei Kind mit Diabetes mellitus Typ I ......................................................... 57
   b) Medikamentengabe in ambulant betreuter Wohngruppe 57
   c) 24-stündige Krankenbeobachtung nach fiktiver Genehmigung im einstweilen Rechtsschutz 57
3. Fahrkosten zur Methadonherstellung/Wegstreckenschäden .................................. 58
4. Transport von Eigenblutspenden 58

VII. Beziehungen zu Krankenhäusern 58
1. Vergütungsanspruch/Fälligkeit 58
I. Ärztliches Berufsrecht

a) Neue Behandlungsmethode (Lungenvolumenreduktion mittels Implantation von Coils) ........................................ 58
b) Nachweis von Krankenhausbewilligungsbedürftigkeit ................................................................. 59
   aa) Beweislast für Erforderlichkeit der Dauer stationärer Behandlung ......................................................... 59
   bb) Umfang einer Operation/Patientendokumentation .............................................................................. 59
   cc) Keine leitliniengerechte Behandlung/Unzureichende Dokumentation .............................................. 59
dd) Keine Umsetzung des leitliniengerechten Vorgehens ........................................................................ 59
c) Änderung der Forderungsgrundierung (OPS) keine Nachforderung .................................................. 60
d) Zweiflige Augeninnendruckmessung ........................................................................................................ 60
e) Vier-Wochen-Frist zur Einreichung von Unterlagen nach PrfVb 2014 .................................................. 60
f) Verjährung von Erstattungsfordernngen ................................................................................................. 60

2. Fallpausenfahlen .......................................................... 61

a) Bestimmung der Hauptsache bei Auftreten weiterer Erkrankungen .................................................... 61
b) Einordnung in ICD-10: Krankheitsgeschehen/Ursache der Erkrankung .................................................. 61
c) Wirtschaftlichkeit der Gabe von Apherese-Thrombozytenanten ......................................................... 61
   aa) Einschätzung des Paul Ehrlich Instituts: Gleichwertigkeit von Poolprodukten ........................................ 61
   bb) Keine Unwirtschaftlichkeit bei fehlender Datengrundlage ................................................................. 62
cc) Fehlende Datengrundlage für Nachweis der Unwirtschaftlichkeit ....................................................... 62
d) Fremd-allogene Stammzelltransplantation bei einer 74-jährigen Versicherten .................................. 62
e) „Paradigmawechsel” im Verständnis der Sepsis: Ungültig 2016 ............................................................. 62
f) Voraussetzungen für die Diagnose einer Sepsis 2012/2013 .................................................................. 63
g) Allogene Stammzelltransplantation bei einem rezidiervierten Myelom ............................................. 63

VIII. Beziehungen zu Leistungserbringern und Arzneimittelherstellern ................................................. 63

1. Hilfsmittelbringer .......................................................... 64
   a) Orthopädie-schuhtechnische Leistungen: Übergangsrecht 2010/Qualifikation ...................................... 64
   b) Keine aufschiebbende Wirkung des Widerspruchs gegen „Beschaffungsbeschluss” ........................... 64
2. Apotheker: Abgabe thalidomidhaltiger Arzneimittel ................................................................. 64
3. Arzneimittelhersteller .......................................................... 65
   a) Lieferanten von Sprechstundenbedarf: Bereicherungsrechtlicher Zahlungsanspruch .................... 65
   b) Keine unmittelbare Klage gegen Nutzenbewertungsbeschluss des GBA ......................................... 65
c) Widerrufs- und Unterrassungsansprüche gegen MKD ................................................................. 65
4. Häusliche Krankenpflege: Qualitätsstandards hinsichtlich der angestellten Pflegefachkräfte ........ 66

IX. Angelegenheiten der Krankenkassen .......................................................... 66

1. Aufwendungsentscheidungen für Werbung von Mitgliedern ............................................................. 67

X. Sonstiges/Verfahrensrecht .......................................................... 68

1. Streitwert und Parallelverfahren: Vergleichsmehrwert ................................................................. 68

XI. Bundessozialgericht (BSG) .......................................................... 68

1. Neue Untersuchungsmethode: Ambulante PET-CT-Untersuchung bei metastasi. Sigmakarzinom .... 68
2. Stationäre Versorgung .......................................................... 68
   a) Anforderungen des Qualitätsgebiets (Liposuktion) ................................................................. 68
   b) Erprobungsrichtlinie: Auswahl/Ermächtigung des GBA (Liposuktion) .................................................. 68
3. Genehmigungsbescheid .......................................................... 69
   a) Hilfsmittel und Reha-Leistung .......................................................... 69
   b) Keine Verlängerung der Fünf-Wochen-Frist (Liposuktion) ................................................................. 69
4. Beziehungen zu Krankenhäusern .......................................................... 69
   a) BVerfG: Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit ................................................................. 69
   b) BVerfG: Fachgebietsgrenzen für ambulante Operationen nach Weiterbildungssordnung ...... 69
c) Vergütungsanspruch: Methode und Qualitätsgebiets ................................................................. 70
   d) Grundrechtsorientierte Leistungsgewährung bei abzulehnender Arzneimittelaufnahme ...... 70
e) Einsichtnahme in Behandlungsunterlagen/Geriatrische frührehabilitative Komplexeleistung .... 70
f) Kodierung der Arzneimittel bei Zusammenführung (Zystostatika) ................................................. 70
5. pharmazeutische Unternehmer: Auskunftsanspruch der Krankenkassen ..................................... 71
6. Angemessenheit der Vergütung eines Krankenkassenvorstands .................................................. 71

C. ENTSCHEIDUNGEN ANDERER GERICHTE .......................................................... 72

I. Ärztliches Berufsrecht .......................................................... 72

1. Widerruf/Ruhen/Wiedererteilung der Approbation/Berufserlaubnis .................................................. 72
   a) Widerruf der Approbation .......................................................... 72
   aa) Strafverurteilung wegen Besitzes und Verbreitens von Kinderpornografie ........................................ 72
   bb) Besitz kinder- und jugendpornographischer Schriften ................................................................. 72
   b) Ruhen .......................................................... 73
II. Arzthaftung

1. Bundesgerichtshof (BGH) ................................................................. 76
   a) Befundung nur mit notdürftig repariertem Gerät (CTG-Kontrolle) .... 76
   b) Aufklärung über Behandlungsalternative der Sectio ..................... 76
   c) Haftung des Sachverständigen für aussagepsychologisches Gutachten im Strafprozess .......................... 77
   d) Rettungsdienstliche Aufgaben in Sachsen ..................................... 77

2. Behandlungsfehler ................................................................. 77
   a) Übersehen einer nicht dislozierten Fraktur im oberen Sprunggelenk ...... 77
   b) Ausschluss einer Krebserkrankung nach auffälligem Tast- und Sonographiebefund ... 77
   c) Unterlassene Blutzuckerwertbestimmung bei einem Neugeborenen .... 78
   d) Nachbehandlung einer Organtransplantation in Reha-Klinik .......... 78
   e) Arzt des kassenärztlichen Notdienstes: Anamnese nach vorangegangener Notarztbehandlung .................. 78
   f) Beendigung der Psychotherapie vom Therapeuten per E-Mail ........ 79

3. Aufklärung/Einwilligung .......................................................... 79
   a) Aufklärungsgespräch: Häufigkeitsangaben .................................. 79
   b) Aufklärung über gleichwertige Behandlungsalternativen ................ 79
   c) Alternativen zur Entfernung einer Hautlasion ................................ 79
   d) Risiko einer (Brustimplantat-)Ruptur ........................................... 80
   e) Beweislast für ordnungsgemäße Aufklärung/Schmerzensgeld .......... 80
   f) Verjährungsbeginn bei Aufklärungsfehlern .................................... 80

4. Geltendmachung des Pflegemehraufwands durch Vater ..................... 80

5. Prozesskostenhilfe: Substanziereinspruch .................................... 80


7. Zurückweisung eines Antrags auf Durchführung eines selbständigen Beweisverfahrens ..................... 81

8. Zahnärztliche Behandlung: Fehlerhafte Planung einer Prothese ........ 81

III. Arzneimittel/Medizinprodukte/Hilfsmittel/Heilmittel ........................................ 81

1. EuGH: Off-Label-Use von Avastin ................................................. 81

2. Apotheken ................................................................................. 82
   a) BGH/Applikationsarzneimittel: Werbung an Gynäkologenpraxis durch niederl. Versandapotheke .................. 82
   b) Keine Arzneimittelabgabe aufgrund erlassenen Rezepts .................. 83
   c) Rückerstattung der Umsatzsteuer (Zytostatika) ......................... 83
   d) Verordnung von Kontraindikationen bei der Verwendung von Zytostatika .............................................. 83
   e) Leistungsbestimmungsrecht: Bruttoentgelteinbarung ...................... 83
   f) Praxistaken für Ärzte der inneren Medizin ...................................... 83

3. Rechtskraft einer Untersagung durch das Bundeskartellamt: Verkürzter Versorgungsweg ..................... 84

4. Erforderlichkeit einer Genehmigung als Fertigarzneimittel: Cannabis Extrakt .......................... 84

5. Arzneimittelhaftung: Lungenembolie nach Anwendung des Arzneimittels Yasminelle ......................... 84

6. Vergaberecht ................................................................. 85
   a) Belieferung von Radiologen mit Kontrastmitteln im Rahmen des Sprechstundenbedarfs ......................... 85
   b) Vertrag mit CPAP-Geräten (Atemmasken) .................................. 85

7. Wettbewerbsrecht/Heilmittelverwaltung ........................................ 85
   a) Vertrieb von Therapieallergenen für spezifische Immuntherapie: Verwendung der Bestellbogen .................. 85
   b) Klagebegründung eines Verbandes/Spitzenstellungswerbung ......................... 85

IV. Privatbehandlung/Private Krankenversicherung/Beihilfe .................. 86

1. Privatbehandlung ........................................................................ 86
   a) Vertragsverhältnisse bei Laborüberweisung ................................. 86
   b) Zustimmung der Patienten zur Weitergabe der persönlichen Daten an Abrechnungsunternehmen .......... 86
   c) Zahnärztliche Behandlung/Gebührenvereinbarung: Vollkronen mit Steigerungssatz von 5,9 .................. 86

2. Private Krankenversicherung ...................................................... 87
   a) Bundesgerichtshof (BGH) ............................................................. 87
V. Verschiedenes

1. BVerfG: Gerichtliche Kontrolle an Grenzen des wissenschaftlichen Erkenntnisstandes
   a) Kosten für Wartung eines Hilfsmittels (computergesteuertes Kniegelenk) .......................... 87
   b) Begrenzung der Entgelthöhe für mit einem Plankrankenhaus verbundene Privatklinik .......... 87
   b) Prämialisationsdiagnostik keine Heilbehandlung .......................................................... 87
   c) Kinderwunschbehandlung: Leistungszusage/Alter zu Beginn der Behandlung ..................... 87
   d) Katarakt-Operation ......................................................................................................... 88
   aa) Einsatz des Femtosekundenlasers .................................................................................. 88
   bb) Abrechnung des Einsatzes des Femtosekundenlasers .................................................. 88
   cc) Honorar für Einsatz des Femtosekundenlasers .............................................................. 88
   e) Kündigung nach Vortäuschung von Krankheit oder Unfallfolgen .................................... 88
   f) Zahnärztliche Behandlung: Honorarvereinbarung während einer laufenden Behandlung .... 89
3. Beihilfe
   a) Kataraktoperation mit Femtosekundenlaser ...................................................................... 89
   b) Aufwendungen für Pauschale nach Transplantationsgesetz .............................................. 89
   c) Aufwendungen für Leistungen in Privatklinik: Gutachter aus Universitätsklinik ................. 90
   d) Zahnärztliche Behandlung ............................................................................................... 90
   aa) Entfernung von Weisheitszähnen: Analgosedierung ...................................................... 90
   bb) Schwellenwertüberschreitung: Überdurchschnittlicher Schwierigkeitsgrad und Zeitaufwand 90

4. Fixierung psychisch kranker Untergebrachter: Garantie einer Eins-zu-Eins-Betreuung ........... 92
5. Anerkennung als Contergangeschädigte/Versorgungsansprüche .......................................... 92
   a) Wahrscheinlichkeit der Ursächlichkeit: Geburt in Spanien im Jahr 1973 ............................ 92
   b) Leistungsausschluss bei Versäumung der Antragsfrist ..................................................... 92
6. Impfsschadensrecht .............................................................................................................. 92
   a) Anforderungen an Nachweis des Primärschadens ............................................................ 92
   b) Nachweis des Primärschadens im Vollbeweis erforderlich ................................................. 93

ANHANG I: BSG - ANHÄNGIGE REVISIONEN VERTRAGSARZTRECHT .................................. 94

ANHANG II: BSG - ANHÄNGIGE REVISIONEN KRANKENVERSICHERUNG ....................... 99

ANHANG III: ANHÄNGIGE RECHTSFRAGEN DES GROßEN SENATS UND WEITERER SENATE 107
### Redaktion

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

**REDAKTION:** Dr. Cornelius Pawlita, Saarlandstraße 29, 35398 Gießen  
e-mail: pawlita@web.de;  
Telefon: 0641/201 776 oder 06421/1708-34 (SG Marburg);  
Telefax: 0641/250 2801.

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

**Bezug:** Der RID kann über die Mitgliedschaft in der Deutsche Gesellschaft für Kassenarztrecht e.V., Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin (e-mail: gf@dgkassenarztrecht.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 Deutsche Gesellschaft für Kassenarztrecht e.V. verfügbar: [www.dg-kassenarztrecht.de](http://www.dg-kassenarztrecht.de).

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

---

### Editorische Hinweise

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


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.

A. VERTRAGSARZTRECHT

1. Honorarverteilung


1. Honorarbegrenzung bei beschränktem Tätigkeitsumfang

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 12.12.2018 - L 3 KA 21/16


Die Kl. ist Trägerin eines MVZ, das im hier streitbetroffenen Quartal II/13 ca. 30 angestellte Ärztinnen und Ärzte aus den Gebieten Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Reproduktionsmedizin, Laboratoriumsmedizin, Pathologie, Humangenetik, hausärztliche Versorgung und Innere Medizin mit den Schwerpunkten Endokrinologie und Rheumatologie beschäftigte. Zu den angestellten Ärztinnen gehörten auch die Gynäkologinnen Dr. G. und Dr. H., jeweils mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von 13 Stunden angestellt. Beide Ärztinnen erbrachten ausschließlich zytologische Untersuchungen nach den Nr. 01733, 01826, 19310, 19311 und 19331 EBM. Für das Quartal II/13 zahlte die bek. KV ein Gesamthonorar i.H.v. 3.248.630,84 € aus. Hierbei waren auf Dr. G. entfallende Honoraranforderungen berücksichtigt, die um 33,477 % (auf 29.882,07 €) reduziert worden waren; die Abrechnungsergebnisse von Dr. H. waren nur i.H.v. 29.882,07 € berücksichtigt worden, was einer Rezession um 24,773 v.H. entsprach. Grundlage hierfür war eine Anpassung der angeforderten Honorare an die Fachgruppen/Ärzte, die bis 4/2012 den zeitbezogenen Anteil der Reduzierung des Versorgungsauftrags/Tätigkeitsumfangs auf einen ihrem Tätigkeitsumfang entsprechenden Teil des durchschnittlichen Leistungsvolumens ihrer Fachgruppe begrenzt wurde.

Demnach ist die Revision gegen die Verurteilung zur Zahlung der Strukturzuschläge an die Kl. verurteilt hat. Entgegen der Auffassung des SG dürfen die Strukturzuschläge jedoch nicht höher bewertet werden als bei Erbringung der entsprechenden Leistungen durch einen voll ausgelasteten Psychotherapeuten. Nachzahlungen von Honorar für Ausbildungsstätten sind aber grundsätzlich nicht zu verzinsen, solange keine entsprechende Vereinbarung getroffen worden ist. Die Vertragspartner der Vereinbarung gemäß § 120 II SGB V durften die kostentragenden Krankenkassen ermächtigen, über Vergütungsansprüche des Leistungserbringers durch Verwaltungsakt zu entscheiden.

Teil B § 9 I-III HVM lautet:

(1) Ärzte mit hälftigem Versorgungsauftrags gemäß § 95 Abs. 3 Satz 1 SGB V bzw. viertel-, halb- oder dreivierteltägiger Anstellung unterliegen in Umsetzung des § 87b Abs. 2 Satz 1 SGB V einer Leistungsgrenzenbegrenzung nach Maßgabe der Absätze (2) bis (4).


Aus den Gründen:

(1) Wenn in § 87b Abs 2 S 1 Halbs 1 SGB V außerdem auf den Versorgungsauftrag nach § 95 Abs 3 SGB V hingewiesen wird, ergibt sich hieraus, dass die Regelung durch honorar begrenzende Maßnahmen daneben auch sicherstellen soll, dass Ärzte mit zeitlich beschränkter Tätigkeitseinschränkung die Grenzen der zeitlichen Beschränkungen einhalten (zur selbstständigen Bedeutung dieses Begrenzungsgrundes vgl bereits die Senatsentscheidung vom 26. Oktober 2016 - L 3 KA 1/14 - juris). Nach § 95 Abs 3 S 1 SGB V bewirkt die Zulassung, dass der Vertragsarzt Mitglied der für seinen Kassenarztauftrag zuständigen KÄV wird und zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung berufen zu werden ist. Dies gilt umso mehr, als es andernfalls zulasten der Versicherten oder anderer (zulassungswilliger) Leistungserbringer zu erheblichen Verwerfungen in der vertragsärztlichen Bedarfsplanung kommen würde, in der - wie zu § 51 Abs 2 BedarfsplRL dargelegt -
2. Regelleistungsvolumen/Qualitätsgebundenes Zusatzvolumen (QZV)

a) RLV: Leistungen im Zusammenhang mit Empfängnisregelung und Schwangerschaftsabbruch

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 26.09.2018 - L 3 KA 32/16


SG Hannover, Urt. v. 26.02.2016 - S 65 KA 559/11 - wies die Klage ab, das LSG die Berufung zurück.

b) Praxisbesonderheiten im Rahmen des QZV

LSG Hamburg, Urteil v. 18.10.2018 - L 5 KA 10/17


36 Die vorliegende HVM-Regelung befördert weiterhin die Vorgabe des § 87b Abs 2 S 1 Halbs 2 SGB V, wonach dem Leistungserbringer eine Kalkulationssicherheit hinsichtlich der Höhe des zu erwartenden Honorars ermöglicht werden soll. Dabei ist dem Gesetz nicht zu entnehmen, dass Vertragsärzte bzw. MVZ ausdrückliche Vorabinformationen über die Höhe von Honorarkontingenten beanspruchen können, wie dies unter der bis zum 31. Dezember 2011 geltenden Rechtslage nach § 87b Abs 5 SGB V aF (hinsichtlich der Zuweisung von RLV) der Fall gewesen ist. Es ist deshalb zum einen ausreichend, dass den Leistungserbringern Begrenzungsregelungen im HVM so rechtzeitig bekanntgegeben werden, dass sie sich in ihrer Praxisführung darauf einstellen können (Hess in: Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, Stand: September 2018, § 87b SGB V Rn 14; vgl grundlegend auch BSG SozR 3-2500 § 87 Nr 18). (…)
teilweise statt. SG Hamburg, Urt. v. 08.03.2017 - S 27 KA 43/13 - wies die Klage ab, das LSG die Berufung zurück.

c) QZV/Fachgruppentypische Leistung: Leistung aus Facharztkapitel der Fachgruppe

SG Marburg, Urteil v. 21.11.2018 - S 12 KA 345/16
Rechtskräftig
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 87b


Das SG wies die Klage ab.

3. Quotierung von Besuchsleistungen (Topf-im-Topf-Regelung)

SG München, Urteil v. 17.10.2018 - S 38 KA 730/16
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 87b


2. Auch eine Topf-im-Topf-Regelung für Besuchsleistungen im ärztlichen Bereitschaftsdienst (GOP 01418 und 01418N) im Honorarverteilungsmaßstab ist bis zum 01.01.2016 (Rechtsänderung durch Einfügung von Satz 3 in § 87b Abs. 1 SGB V) zulässig. Sie ist mit den Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nach § 87b SGB V, an die die regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen gebunden sind, vereinbar.

Die Kl. wendet sich gegen die Honorierung der im Bereitschaftsdienst erbrachten Besuchsleistungen (Nr. 01418 u. 01418N) im Quartal III/15, die nicht zu 100 %, sondern nur mit einer Quote von 98,95 % vergütet wurden. Dies führte zu einem Honorarverlust in Höhe von 169,60 €. Das SG wies die Klage ab.

4. Vergütung pathologischer und zytologischer Leistungen

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 14.11.2018 - L 5 KA 748/17
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 87b II


SG Stuttgart, Urt. v. 18.10.2016 - S 11 KA 5687/14 - wies die Klage ab, das LSG die Berufung zurück.

www.dg-kassenarztrecht.de
Parallelverfahren:
Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 46/18 B
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

RID 19-01-7

5. Konvergenzregelung (KV Schleswig-Holstein)

a) Konvergenzregelung nicht für Ärzte in Wachstumsphase (Quartal I/09)

LSG Schleswig-Holstein, Urteil v. 23.01.2018 - L 4 KA 22/16
Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 21/18 R
juris
SGB V § 87b

Die Konvergenzregelung nach dem HVV KV Schleswig-Holstein im Quartal I/09 ist für Ärzte in der Wachstumsphase nicht anwendbar (LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 21.04.2015 - L 4 KA 28/13 -).

Die Beteiligten streiten über die Rechtmäßigkeit der Honorarabrechnung für das Quartal I/09 im Hinblick auf eine Konvergenzstützung. Der Kl. ist Facharzt für plastische Chirurgie/Handchirurgie sowie Facharzt für Chirurgie/Unfallchirurgie und seit August 2004 als Chirurg auf der Insel S. zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. SG Kiel, Urt. v. 11.11.2015 - S 16 KA 282/12 - verurteilte zur Neubescheidung, das LSG wies die Berufung des Kl. zurück.

b) Ungleichebehandlung/Honorarsteigerung

LSG Hamburg, Urteil v. 18.10.2018 - L 5 KA 33/17
Revision anhängig: B 6 KA 4/19 R
juris
SGB V § 87b

Eine Ungleichbehandlung liegt darin, dass die Gruppe der Ärzte, die bereits im Vorjahresquartal ein entsprechendes Labor betrieben haben, unter bestimmten Voraussetzungen eine Konvergenzzahlung erhalten können, während Ärzte, die erst nach dem Vorjahresquartal den Betrieb des Labors aufgenommen haben, von vornherein nicht anspruchsberechtigt sind. Über die Rechtmäßigkeit der Konvergenzregelung muss nicht entschieden werden, wenn im Gesamthonorar der Vergleichsquartale IV/11 und IV/12 eine Steigerung von rund 10.000 € erzielt wird, die eine Amortisation der Anlaufinvestitionen für das Labor zumindest ansatzweise ermöglicht und daher eine Konvergenzzahlung nicht als zwingend rechtlich geboten erscheint.

Die Kl. ist eine BAG. Im streitbefangenen Quartal IV/12 gehörten ihr drei Fachärzte für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde an. Allein ein Gesellschafter besaß die erforderliche Genehmigung zur Erbringung spezieller Laboratoriumsuntersuchungen nach Abschnitt 32.3 EBM, die lediglich quotiert vergütet wurden. Die Kl. begehrt für die speziellen Laboratoriumsuntersuchungen eine zusätzliche Zahlung in der Konvergenzphase. SG Hamburg, Urt. v. 02.08.2017 - S 3 KA 140/14 - wies die Klage ab, das LSG die Berufung zurück.

c) Ausschöpfen des RLV als Voraussetzung (Quartal III/09)

LSG Schleswig-Holstein, Urteil v. 27.03.2018 - L 4 KA 8/16
Rechtkräftig (Revision zugelassen)
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 87b

Leitsatz: Knüpft die Regelung, wonach Ärzten bei hohen Honorarverlusten aufgrund der neuen Steuerungsselemente ab dem ersten Quartal 2009 ein Verlustausgleich in Form einer Konvergenzzahlung geleistet wird, daran an, dass das Regelleistungsvolumen (RLV) des Arztes ausgeschöpft sein muss, verstößt dies zumindest dann gegen den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit, wenn weitere Umstände hinzukommen, die das Ausschöpfen des RLV erschweren. Hier: Höheres RLV aufgrund der Privilegierungsvorschriften für Wachstumsärzte und über 90 % der konvergenzrelevanten Vergütung lag im außerbudgetären Bereich.


www.dg-kassenarztrecht.de
6. Fachgruppenspezifische Vergütung psychotherapeutischer Leistungen

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 12.12.2018 - L 7 KA 63/14

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 2/19 B

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGV V § 87b

Dieselbe antragspflichtige psychotherapeutische Leistung darf bei verschiedenen Arztgruppen unterschiedlich vergütet werden, sofern sachliche Gründe dies rechtfertigen (vgl. BSG, Beschl. v. 28.06.2017 - B 6 KA 82/16 B - juris Rn. 5 ff., RID 17-04-59). Auch verletzt allein der Umstand, dass die für eine Arztgruppe geltende zeitbezogene Kapazitätsgrenze arztembezogen, die für andere Arztgruppen maßgebenden Regelleistungsvolumen dagegen praxisbezogen ermittelt werden, nicht den allgemeinen Gleichheitsansatz des Art. 3 I GG (so ausdrücklich BSG, Urt. v. 25.01.2017 - B 6 KA 6/16 R - SozR 4-2500 § 87b Nr. 9, juris Rn. 15). Ein Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, der psychotherapeutische Leistungen nur im Umfange von unter 50 % abrechnet, ist entsprechend seiner Fachgruppe zu behandeln.

Der Kl. wendet sich gegen die Höhe seines vertragsärztlichen Honorars für die Quartale I/09 bis I/10. Bis zum 09.11.2009 war er als Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, danach als Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie niedergelassen. SG Berlin, Urt. v. 04.06.2014 - S 79 KA 238/11 - wies die Klage ab, das LSG die Berufung zurück.

II. Sachlich-rechnerische Berichtigung


www.dg-kassenarztrecht.de
1. Verstoß gegen die Fortbildungspflicht durch angestellten (Zahn-)Arzt

SG München, Urteil v. 12.09.2018 - S 38 KA 5127/17

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 95d

Leitsatz: I. Nachweispflichtig für die Erfüllung der Fortbildungspflicht ist gemäß § 95d Abs. 5 S. 2 SGB V nicht der angestellte Zahnarzt, sondern das MVZ. Auf ein Verschulden des Arbeitgebers kommt es nicht an. Das MVZ kann sich deshalb nicht darauf berufen, es habe seinerseits alles getan, um seinen bei ihm angestellten Zahnarzt zur Fortbildung anzuhalten.

II. Zu beachtende gesetzliche Vorschriften bei Beendigung des Arbeitsverhältnisses (§§ 611 ff. BGB, §§ 1 ff. KSchG) führen nicht zur Unwirksamkeit der Vorschriften über die Honorarkürzung bei Fehlen des Fortbildungsnachweises für einen angestellten Arzt/Zahnarzt (§ 95d Abs. 5 S. 2 SGB V).


Das SG wies die Klage ab.

2. Einhaltung der Grenzen einer Notfall-Erstversorgung: Einzelfallprüfung/Nachholung des Vortrags

LSG Hessen, Urteil v. 19.12.2018 - L 4 KA 20/15

Revision anhängig: B 6 KA 6/19 R

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 106a, 115a; SGG § 131 V


2. Die gerichtliche Überprüfung einer quartalsgleichen sachlich-rechnerischen Berichtigung ist nicht auf das Vorbringen des Leistungserbringers bis zum Erlass des Widerspruchsbescheides beschränkt.

3. Das Ermessen in § 131 Abs. 5 SGG dient allein der Sicherung richterlicher Verfahrensherrschaft. Dies begrenzt die berufungsgerichtliche Überprüfung auf Ermessensfehler.

4. Zu den Voraussetzungen und der Tenorierung einer Entscheidung nach § 131 Abs. 5 SGG.


3. Antrag einer Krankenkasse: Vorverfahren/Fristen/Bagatellgrenze

SG München, Urteil v. 02.10.2018 - S 38 KA 301/16

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 106d


3. Eine vor der Änderung der Prüfungszuständigkeiten (Erweiterung und Erstreckung auch auf die Krankenkassen) geltende Bagatellgrenze im Gesamtvertrag (hier: § 13 Abs. 2 GesamtV-EK) ist ebenfalls ohne entsprechende Transformation nicht anwendbar.

Das SG verurteilte die Bekl., über das Korrekturbegrehen der kl. Ersatzkasse auf sachlich-rechnerische Richtigstellung wegen fehlender Leistungspflicht unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden.

4. Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger: Rufbereitschaft unzureichend

SG Düsseldorf, Urteil v. 10.10.2018 - S 2 KA 1520/16

Die Nr. 01950 EBM erfasst die substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger und ist nur bei persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt berechnungsfähig. Die bloße Rufbereitschaft im Nebenraum zur Praxis genügt insofern nicht.

Den Umfang der insoweit fehlerhaft abgerechneten Leistungsansätze der Nr. 01950 EBM sowie der darauf aufbauenden Zuschlagsziffern und Begleitleistungen schätzt das Gericht in entsprechender Anwendung des § 287 ZPO.

Der Aufhebung der ursprünglichen Honorarbescheide steht die vierjährige Ausschlussfrist nicht entgegen, sofern die Honorarbescheide auf Angaben beruhen, die der Vertragsarzt grob fahrlässig in wesentlicher Beziehung unrichtig gemacht hat (§ 45 II 3 Nr. 2 SGB X) bzw. er die Rechtswidrigkeit der Honorarbescheide zumindest infolge grober Fahrlässigkeit nicht gekannt hat (§ 45 II 3 Nr. 3 SGB X). Es entfällt der Vertrauensschutz des § 45 II i.V.m. IV 1 SGB X und Rückforderungen können bis zu zehn Jahre zurückreichen (BSG, Urt. v. 23.06.2010 - B 6 KA 7/09 R - BSGE 106, 222 = SozR 4-5520 § 32 Nr. 4).


5. Kein Bezug von Speziallaborleistungen aus Labor-Leistungserbringergemeinschaft

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 11.07.2018 - L 3 KA 20/16

SG Hannover, Urt. v. 07.03.2012 - S 78 KA 704/10 - wies die Klage der Fachärztin für Nuklearmedizin ab, das LSG die Berufung zurück.

6. Ausschließlich konservativ tätiger Augenarzt/Versehentliche Abrechnung einer Operationsleistung

SG Marburg, Urteil v. 05.12.2018 - S 11 KA 63/15

Berechnung anhängig: L 4 KA 1/19
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 106a

Leitsatz: Für den Ausschluss aus dem Kreis der zuschlagsberechtigten ausschließlich konservativ tätigen Augenärzte genügt die versehentliche Abrechnung einer Operationsleistung nicht; der Ausschluss setzt auch die tatsächliche Erbringung einer solchen Leistung voraus.

Die Kl. ist eine überörtliche BAG, deren sechs Gesellschafter Augenärzte sind. Das SG hob den Honorarbescheid für das Quartal II/14 insoweit auf, als die Bekl. darin die unter der LANR von Frau Dr. E. abgerechnete Nr. 06225 insgesamt 1.641mal abgesetzt hat, und verurteilte die Bekl., an die Kl. insoweit insgesamt 10.822,74 € nachzuzahlen.

7. Betreuung einer Schwangeren (Nr. 01770 EBM): Feststellung der Schwangerschaft

SG Marburg, Urteil v. 21.11.2018 - S 12 KA 248/17

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 106a; EBM Nr. 01770


Das SG wies die Klage ab.

8. Anästhesien des Abschnitts 31.5.3 EBM

SG München, Urteil v. 22.11.2018 - S 38 KA 333/17

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

Leitsatz: I. Die Regelung in der Präambel zum Abschnitt 31.5.3 S. 1 EBM, wonach für die Berechnung von Anästhesien des Abschnitts 31.5.3 EBM vorausgesetzt ist, dass ein anderer Vertragsarzt in diesem Zusammenhang eine Leistung entsprechend einer Gebührenordnungsposition des Abschnitts 31.2 erbracht und berechnet hat, ist rechtlich nicht zu beanstanden.

II. Es handelt sich um eine anspruchsbegründende Voraussetzung, für die der Anästhesist nachweispflichtig ist. Auch im Leistungsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung gilt, dass derjenige, der sich auf für ihn günstige Tatsachen beruft, die Beweislast hierfür trägt.


9. Nr. 86516 der Onkologie-Vereinbarung (Zuschlag zu den Kostenpauschalen)

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 14.11.2018 - L 5 KA 4616/17

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 48/18 B


10. Zahnärztliche Behandlung

a) Erfordernis einer Dokumentation/Abweichungen vom KFO-Behandlungsplan/Bösgläubigkeit

LSG Hamburg, Urteil v. 18.10.2018 - L 5 KA 18/16

Ist das Erfordernis einer Dokumentation normiert, so muss die Dokumentation erfolgt sein – und dies auch entsprechend den Anforderungen an eine ordnungsgemäße Dokumentation, damit der Leistungstatbestand erfüllt und die Vergütung erdient ist. Dabei ist es unerheblich, ob dies im Leistungstatbestand selbst erfolgt ist – was man den Gebührenrnr. 7/7a und 117 BEMA-Z nur mittelbar entnehmen kann – oder ob die Dokumentationspflichten in allgemeinen Bestimmungen geregelt sind, wie dies hier in § 5 II BMV-Z bzw. § 4 II EKV-Z niedergelegt ist. Besteht ein solches Erfordernis und ist dagegen verstoßen worden, so handelt es sich um einen Fall sachlich-rechnerischer Berichtigung.


Es gibt Ausnahmen von der vierjährigen Frist u.a. dann, wenn das Vertrauen auf den Bestand der Honorarabrechnung gemäß § 45 II 3 i.V.m. IV 1 SGB X wegen Bösgläubigkeit ausgeschlossen ist. Das BSG prüft insoweit ausschließlich den Ausschluss eines Vertrauenstatbestandes, so dass dieser Rspr. folgend nur die tatbestandlichen Voraussetzungen des § 45 II 3 SGB X und ggfs. auch noch die Voraussetzung der eingehaltenen Jahresfrist vorliegen müssen.

SG Hamburg, Urt. 17.08.2016 - S 27 KA 229/13 - wies die Klage ab, das LSG die Berufung zurück.
b) Dokumentation/Nachbehandlung/Zusätzliche Lokalanästhesie

LSG Hessen, Urteil v. 24.10.2018 - L 4 KA 48/12

SGB V § 106a

Nicht hinreichend dargelegte, dokumentierte und nachgewiesene Leistungen (Gebührenpositionen) sind als nicht erbracht bzw. als nicht erfüllt anzusehen und können daher nicht abgerechnet werden (LSG Hessen, Urt. v. 27.05.2015 - L 4 KA 50/12 - RID 15-04-25; s.a. LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 26.11.2014 - L 3 KA 70/12 - RID 15-01-20).

In Verfahren der sachlich-rechnerischen Berichtigung besteht anders als in den Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung mangels hinreichender Gründe keine (allgemeine) Präklusion des Tatsachenvortrags, der erst im Gerichtsverfahren erfolgt (LSG Hessen, Urt. v. 20.03.2013 - L 4 KA 60/10 - RID 13-02-21; Urt. v. 27.05.2015, aaO.).

Eine ausreichende Dokumentation liegt nicht vor, wenn sich die Angaben in der Bezeichnung der abgerechneten Leistung durch Angabe der Gebührenordnungsziffer und der zugeordneten Leistungsbezeichnung („Nachbehandlung“) erschöpfen. Über zwei Jahre später angefertigte handschriftliche Ergänzungen sind nicht zu berücksichtigen.

Abrechnung einer Nachbehandlung nach Nr. 38 BEMA reicht es nicht aus, in der Dokumentation lediglich das Behandlungsdatum und die behandelte Zahnregion anzugeben. Es sind weitere Angaben, insb. der erhobene Befund, die Indikation oder die Art der zweimalig pro Tag (in unterschiedlichen Kieferregionen) abgerechneten Nachbehandlung zu dokumentieren.

Für die Leistung nach Nr. 40 (I) BEMA ist der Bereich zu dokumentieren, dies schon deshalb, weil nach Nr. 40 BEMA Ziff. 2 für zwei nebeneinander stehende Zähne die Leistungsziffer grundsätzlich nur einmal berechnet werden kann. Zur zusätzlichen Lokalanästhesie sind die Indikation und das verabreichte Anästhetikum zu dokumentieren. Dies gilt erst recht im Wiederholungsfall.

Die Beteiligten streiten über die KB-Abrechnung 4/2008 in einem Behandlungsfall und hierbei über die Absetzung der Leistungen nach Nr. 40 (I) BEMA (achtmal), 2702 GOÄ (17mal) und Nr. 38 BEMA (30mal) im Wert von 806,73 €. SG Marburg, Urt. v. 20.06.2012 - S 12 KA 150/12 - wies die Klage ab, das LSG die Berufung zurück.

c) Dokumentation/Schiene/Infusion/Zusätzliche Lokalanästhesie

LSG Hessen, Urteil v. 24.10.2018 - L 4 KA 49/12

SGB V § 106a


Über ein Jahr später angefertigte handschriftliche Ergänzungen der Dokumentation sind nicht zu berücksichtigen.

Der Dokumentation zu Nr. 2702 GOÄ muss zu entnehmen sein, welche der unter der Gebührenordnungsziffer zusammengefassten Behandlungsleistungen (Wiederanbringung einer gelösten Apparatur oder kleine Änderungen, teilweise Erneuerung von Schienen oder Stützapparaten – auch Entfernung von Schienen oder Stützapparaten) jeweils erbracht wurde.

Die Leistung nach Nr. 8271 GOÄ ist im Zusammenhang mit einer zentralen Anästhesie (Narkose) oder Analgosedierung für die Einbringung von Anästhetika, Anästhesieadjuvantien und Anästhesieantidotien nicht abrechnungsfähig. Werden diese Leistungen im zeitlichen Zusammenhang mit einer zentralen Anästhesie (Narkose) oder Analgosedierung abgerechnet, ist das nicht anästhesiologische infundierte Arzneimittel im Karteiblatt zu dokumentieren und muss auf Anforderung zu Prüfzwecken benannt werden.
Für die Leistung nach Nr. 40 (I) BEMA ist der \textit{Bereich zu dokumentieren}, dies schon deshalb, weil nach Nr. 40 BEMA Ziff. 2 für zwei nebeneinander stehende Zähne die Leistungsziffer grundsätzlich nur einmal berechnet werden kann. Zur zusätzlichen Lokalanästhesie sind die \textit{Indikation} und das verabreichte \textit{Ästhetikum} zu dokumentieren. Dies gilt erst recht im Wiederholungsfall.

Die Beteiligten streiten über die KB-Abrechnung I bis III/09 in einem Behandlungsfall und hierbei noch über die Absetzung von Leistungen nach Nr. 40 (I), 41a (L1) BEMA, 2702 u. 8271 GOÄ im Wert von noch 1.527,20 €. \textit{SG Marburg}, Urt. v. 20.06.2012 - S 12 KA 151/12 - wies die Klage ab, das \textit{LSG} die Berufung zurück.

\section*{III. Genehmigung/Notdienst/Disziplinarrecht}


\section*{1. Anerkennung als Belegarzt: Erreichbarkeit}


\begin{itemize}
\item \textit{www.sozialgerichtsbarkeit.de} = juris
\item \textit{SGB V § 121 II; BMW-Ä §§ 39, 40}
\item \textit{Leitsatz:} 1. Der \textit{Residenzpflicht} genügt nicht, wer als operativ tätiger \textit{Chirurg} nicht \textit{innerhalb von 30 Minuten} von seiner Wohnung aus das Belegkrankenhaus erreichen kann.
\item 2. Zu \textit{Nebentätigkeiten}, die der Anerkennung als \textit{Belegarzt} entgegenstehen. Das \textit{SG} wies die Klage ab.
\end{itemize}

\textit{www.dg-kassenarztrecht.de}
2. Widerruf einer Genehmigung zur Anstellung einer Ärztin ohne Gebietsbezeichnung (Dauerassistentin)

SG München, Urteil v. 19.12.2018 - S 38 KA 962/16
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 95 VI, IX, 95d V; Ärzte-ZV §§ 21, 27


   Das SG wies die Klage des Facharztes für Nervenheilkunde und Psychiatrie ab.

3. Beschäftigung eines Vorbereitungsassistenten im MVZ

SG Düsseldorf, Urteil v. 05.12.2018 - S 2 KA 77/17
Sprungrevision anhängig: B 6 KA 1/19 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
Zahnärzte-ZV §§ 1 III, 3 III 1, 32 II 1


Ob der zahnärztliche Leiter eines MVZ, wenn er selbst nur angestellt ist, einen Anspruch auf Genehmigung zur Beschäftigung eines Vorbereitungsassistenten hat, konnte offen bleiben, wenn - wie hier - der zahnärztliche Leiter zugelassener Vertragszahnarzt ist.

Der Kl. zu 1) ist ein MVZ. Ihm gehörten neben dem zahnärztlichen Leiter sechs angestellte Zahnärztinnen und Zahnärzte an. Die Kl. zu 2) ist approbierte Zahnärztin. Sie wenden sich gegen die Ablehnung der Beschäftigung der Kl. zu 2) als Vorbereitungsassistentin, weil im MVZ bereits ein Vorbereitungsassistent beschäftigt wird. Das SG wies die Klage ab.

4. Abrechenbarkeit humangenetischer Leistungen für Internisten

SG Marburg, Urteil v. 21.11.2018 - S 12 KA 162/17

_Leitsatz:_ Fachärztlich tätige Internisten können nach Nr. 13.1.9 EBM humangenetische Leistungen aus den Abschnitten 11.4.3 und 19.4.1 und 19.4.2 EBM ohne Genehmigung erbringen.

Das _SG_ stellte fest, dass für den kl. Facharzt für Innere Medizin/Endokrinologie die Durchführung und Abrechnung der humangenetischen Leistungen nach Nr. 11511, 11512, 11513, 11516 und 11518 EBM aus Abschn. 11.4.3 EBM, Nr. 19401, 19402, 19403 und 19404 EBM aus Abschn. 19.4.1 EBM sowie Nr. 19411, 19421 und 19424 EBM aus Abschn. 19.4.2 EBM nicht genehmigungspflichtig ist.

5. Notdienst

_a) Keine Befreiung eines Belegarztes vom ärztlichen Notdienst_


_Leitsatz:_ Die Kassenärztliche Vereinigung (KV) muss die belegärztliche Tätigkeit des Vertragsarztes nicht als Grund für die Befreiung von der Teilnahme am (allgemeinen) ärztlichen Notfalldienst berücksichtigen. Es ist rechtlich nicht zu beanstanden, wenn die Notfalldienstordnung (NFDO) der KV neben der belegärztlichen Tätigkeit das Erreichen eines bestimmten Lebensalters, berufspolitische Tätigkeiten und fehlende aktuelle Kenntnisse und Fertigkeiten für die Durchführung des Notfalldienstes als Befreiungsgründe ausschließt und die Befreiung vom Notfalldienst neben dem Vorliegen eines Befreiungsgrundes (zusätzlich) davon abhängig macht, dass dem Vertragsarzt die Bestellung eines (Notfalldienst-)Vertreters wirtschaftlich unzumutbar ist.

_SG Stuttgart_, Urt. v. 29.09.2016 - S 11 KA 3942/14 - wies die Klage ab, das _LSG_ die Berufung zurück.

_b) Hausverbot für Bereitschaftspraxen (Notdienstpraxen)_

SG München, Beschluss v. 08.01.2019 - S 38 KA 282/18 ER

_Leitsatz:_ I. Bei einem Verfahren, das sich gegen ein von der Kassenärztlichen Vereinigung gegenüber einem nicht als Vertragsarzt zugelassenen Arzt ausgesprochenes Hausverbot für die von ihr betriebenen Bereitschaftspraxen richtet, handelt es sich um eine öffentlich-rechtliche Streitigkeit.

II. Rechtsgrundlage für das ausgesprochene Hausverbot ist das allgemeine Hausrecht.

III. Voraussetzung für ein Hausverbot ist eine erhebliche Störung, die in der Person des am Bereitschaftsdienst teilnehmenden Arztes begründet ist. Dazu zählt insbesondere, wenn eine Zusammenarbeit mit dem ärztlichen und/oder nichtärztlichen Personal in der Bereitschaftspraxis nicht mehr gewährleistet bzw. unzumutbar erschwert oder wenn ein Gesundheitsgefährdung von Patienten zu besorgen ist.

IV. Beschwerden allein reichen, da subjektiver Art, nicht für ein Hausverbot aus. Diese müssen sich objektivieren lassen.

Das _SG_ stellte die aufschiebende Wirkung des Widerspruchs der Ast. gegen ein bis zum Ablauf des 30.11.2020 erteiltes Hausverbot für alle Bereitschaftspraxen der Ag. wieder her.
c) Koppelung des Beitrags an Honorarumsatz

SG Marburg, Urteil v. 21.11.2018 - S 12 KA 245/16  
*Berufung anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 46/18*

Leitsatz: Beiträge für den ärztlichen Bereitschaftsdienst können in Abhängigkeit vom Honorarumsatz festgesetzt werden. Sie müssen auch dann nicht eine hälftige Obergrenze in Abhängigkeit vom Umfang des Versorgungsauftrags vorsehen, wenn dies für die Untergrenze vorgesehen ist.  
Dass SG wies die Klage ab.

6. Disziplinarrecht: Eigenverantwortliche Entscheidung über kieferorthopädische Änderungen

LSG Hessen, Beschluss v. 24.10.2018 - L 4 KA 57/17  
*Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 49/18 B*

Ein Vertragszahnarzt darf mit notwendigen kieferorthopädischen Reparaturen nicht warten, bis die Krankenkasse auf die Einleitung eines Prüfverfahrens verbindlich verzichtet (vgl. BSG, Beschl. v. 20.03.2013 - B 6 KA 56/12 B - RID 13-03-91, juris Rn. 7).

IV. Wirtschaftlichkeitsprüfung/Arzneikostenregress/Schadensersatz

1. Psychosomatische Leistungen (Nr. 35100 u. 35110 EBM)

a) Übereinstimmung mit Psychotherapie-RL

SG Berlin, Urteil v. 09.01.2019 - S 87 KA 77/18  
*www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris*

In der Rechtsprechung zur Wirtschaftlichkeitsprüfung der vertragszahnärztlichen Versorgung ist anerkannt, dass die Prüfung der Übereinstimmung der Leistungen mit den Richtlinien des GBA der Wirtschaftlichkeitsprüfung unterliegt. Dies gilt auch für die Prüfung der Voraussetzungen der Psychotherapie-RL. Denn auch diese soll der Sicherung der kassenärztlichen Versorgung über die Gewähr für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung dienen.  
Beruft sich der Beschwerdeausschuss bei Prüfung von Leistungen nach Nr. 35100 (Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände) und 35110 EBM (Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen) allein auf die Abrechnungsdiagnose und verlangt er insoweit die Angabe einer Diagnose nach Kapitel F ICD-10 allein in der Abrechnung ohne Prüfung der Patientendokumentation, verlässt er den Bereich der Wirtschaftlichkeitsprüfung.  
Soweit der Beschwerdeausschuss allein prüft, ob eine von ihm für zutreffend erachtete Abrechnungsdiagnose angegeben wurde und weder den Vortrag der Ärztin im Rahmen des
Anhörungsverfahrens beachtet noch Patientendokumentationen anfordert und prüft, verstößt er gegen den **Amtserrichtungsgrundsatz** nach § 20 SGB X.

Sollen allein die vom Arzt in der Honorarabrechnung angegebenen **Abrechnungsdiagnosen** ausschlaggebend sein, würde dies zu einer Präklusion jeden weiteren Tatsachenvortrages sogar schon vor Beginn des Verwaltungsverfahrens führen. Diese ist aber im Verfahren der Wirtschaftlichkeit nicht vorgesehen und es fehlt auch einer Rechtsvorschrift, aus der diese hergeleitet werden könnte.


### b) Außerordentliche Häufigkeit psychischer Erkrankungen/Schätzgrundlage

**SG Marburg, Urteil v. 17.12.2018 - S 17 KA 223/17**

**SGB V § 106**

**Leitsatz:** 1. Es ist im Rahmen der Bestimmung der Auswirkungen einer Praxisbesonderheit im Rahmen des **Schatzungsermessens** nicht zulässig, der Ermittlung und Quantifizierung der **Praxisbesonderheit** durch einen pauschalen „**Rabatt**“ bei der Kürzungsentscheidung aus dem Wege zu gehen (Anschluss an LSG Bayern, Urt. v. 04.02.2009 - L 12 KA 27/08 - RID 09-04-28).


3. Die bei der Prävalenzprüfung ermittelten Besonderheiten dienen als Orientierungswerte auch für die **Quantifizierung der Praxisbesonderheit**. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Prävalenzprüfung fallbezogen erfolgt, während die Praxisbesonderheit anhand der Ansatzhäufigkeit der GOP ermittelt wird.

4. Ist für die Erbringung einer Leistung eine **besondere Qualifikation** erforderlich (hier Qualifikation zur Erbringung psychosomatischer Leistungen gemäß § 5 Abs. 6 der Psychotherapierichtlinie), ist es geboten, die **Vergleichsgruppe** auch nur unter Einbeziehung der Ärzte, die ebenfalls über diese Qualifikation verfügen und die entsprechende Leistung auch tatsächlich abrechnen, zu bilden. Dies gilt insbesondere deshalb, weil mit der Feststellung eines offensichtlichen Missverhältnisses aufgrund von pauschalen Überschreitungen der Werte der Vergleichsgruppe eine Verschlechterung der Beweisposition des Arztes verbunden ist.

Die Beteiligten streiten noch über Honorarkürzungen in Höhe von 39.531,39 € netto für die Quartale I bis IV/12 wegen eines offensichtlichen Missverhältnisses im Vergleich zur Fachgruppe im Bereich der Nr. 35100 EBM (differenzialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände) bzw. Nr. 35110 EBM (verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen) im Rahmen einer Prüfung nach Durchschnittswerten. Das **SG** verpflichtete den Bekl., über den Widerspruch der Kl. unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden.

### 2. Nachreichen von Diagnosen

**SG Berlin, Urteil v. 09.01.2019 - S 87 KA 325/17**

**SGB V § 106**

Die Ansicht, dass allein die vom Arzt in der **Honorarabrechnung** angegebenen **Abrechnungsdiagnosen** ausschlaggebend sein sollen, würde zu einer Präklusion jeden weiteren Tatsachenvortrages sogar schon vor Beginn des Verwaltungsverfahrens führen. Diese ist aber im Verfahren der Wirtschaftlichkeit nicht vorgesehen und es fehlt auch einer Rechtsvorschrift, aus der diese hergeleitet werden könnte.
Dies gilt auch für eine sog. *eingeschränkte Einzelfallprüfung*. Es sind nicht allein die Abrechnungsdiagnosen, sondern vom Arzt dokumentierte Diagnosen zu beachten. Insoweit sind die Patientendokumentationen zu beachten.

Aus **Nr. 09311 EBM** (Lupenlaryngoskopie) ergibt sich keine Pflicht zur Angabe einer bestimmten Diagnose, es sind auch keine bestimmten Diagnosen aufgezählt, die Voraussetzung für die Leistungserbringung wären. Es gibt auch keine Richtlinie des GBA, die die Indikationen nach § 92 SGB V einschränken würde.

Das *SG* hob den angefochtenen Beschl. insoweit auf, als eine Kürzung für die Abrechnung der Nr. 09311 in den Quartalen II/12 bis I/13 beschlossen wurde, und verpflichtete den Bekl., insoweit über die Zufälligkeitsprüfung für die Quartale II/12 bis I/13 erneut unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts zu entscheiden.

### 3. Heilmittelregress

**a) Verordnung physiotherapeutischer Anwendungen**

**LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 28.11.2018 - L 7 KA 112/13**

Die Verordnung *physiotherapeutischer Anwendungen*, ohne die Heilmittelverordnungen als „außerhalb des Regelfalles“ zu kennzeichnen und ohne die „besondere Begründung mit prognostischer Einschätzung“ nach Nr. 11.3 HeilmittelRL, ist unzulässig.

Die Einhaltung einer in der Prüfvereinbarung normierten *Frist für Prüfanträge der Krankenkassen* ist nicht Voraussetzung der Rechtmäßigkeit eines Einzelverordnungsregresses (so ausdrückl. BSG, Urt. v. 03.02.2010 - B 6 KA 37/08 R - SozR 4-2500 § 106 Nr. 26, juris, Rn. 20 f.).

Die kl. BAG (zwei Fachärzte für Allgemeinmedizin) wandte sich gegen einen Regress wegen Heilmittelverordnungen für zwei Versicherte in Höhe von insgesamt 5.308,56 €. *SG Berlin*, Urt. v. 13.11.2015 - S 79 KA 347/11 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

**b) Sachvorbringen des Vertragsarztes im Prüfverfahren**

**LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 28.11.2018 - L 7 KA 29/15**

Die **LSG Berlin-Brandenburg** deckt sich mit der Verordnung *physiotherapeutischer Anwendungen*.

**Leitsatz:** 1. Im Verfahren vor den Prüfgremien ist der Vertragsarzt nicht mit *Sachvorbringen* zur medizinischen Notwendigkeit einer *Heilmittelverordnung* ausgeschlossen; eine andere Sichtweise verstieße gegen auch verfassungsrechtlich gewährleistete grundlegende Verfahrensrechte und nähme dem Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung seine eigentliche Funktion.


Die kl. Krankenkasse streitet um einen Regress gegen die beigef. Fachärztin für Innere Medizin wegen Heilmittelverordnungen für zwei Versicherte in Höhe von insgesamt 2.283,08 €. *SG Berlin*, Urt. v. 06.05.2015 - S 79 KA 317/14 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

**c) Verordnung außerhalb des Regelfalles**

**LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 28.11.2018 - L 7 KA 63/16**

Im **Verfahren vor den Prüfgremien** ist der Vertragsarzt nicht mit *Sachvorbringen* zur medizinischen Notwendigkeit einer *Heilmittelverordnung* ausgeschlossen; eine andere Sichtweise verstieße gegen auch verfassungsrechtlich gewährleistete grundlegende Verfahrensrechte und nähme dem Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung seine eigentliche Funktion.

**Inhaltsleere Phrasen** können eine Verordnung außerhalb des Regelfalles nicht tragen, so die Begründungen „Verordnungsrelevante Diagnose: Chronische Lumbago (M54.99G). Die ausgestellten
Verordnungen dienen der Sicherung des Behandlungserfolges. Sie sind dem Schweregrad angemessen und erforderlich um die Lebensqualität der Patientin zu erhalten. Sie sind wirtschaftlich und der Regressantrag unbegründet.“ und „zur Verbesserung der Beweglichkeit bei chron. Lumbago; Erhalt der Lebensqualität“.


4. Sprechstundenbedarf

a) Vergleichsgruppenbildung und BAG mit Ärzten verschiedener Fachrichtungen (Radiologie)

SG Kiel, Urteil v. 06.02.2019 - S 2 KA 257/16 juris SGB V § 106


b) Salben zur Wundbehandlung


www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 83 S. 1

Leitsatz: Salben etc. können nach der niedersächsischen Sprechstundenbedarfsvereinbarung 2005 nur als Sprechstundenbedarf „zur Wundbehandlung“ verordnet werden, wenn sie explizit zur symptomatischen Behandlung von Wunden einzusetzen sind.


5. Zahnärztliche Behandlung

a) Grenze zum offensichtlichen Missverhältnis: + 30 % über Durchschnittswert

SG Kiel, Urteil v. 20.06.2018 - S 13 KA 253/16
juris
SGB V § 106


Das SG wies die Klage der aus drei bzw. vier Zahnärzten bestehenden BAG gegen eine Kürzung um 41.812 Punkte für das Quartal I/11 ab.

b) Einzelleistungsprüfung: Kein Korrekturfaktor für unterdurchschnittliche Fallzahl

SG Kiel, Urteil v. 23.05.2018 - S 13 KA 381/15
juris
SGB V § 106


Das SG wies die Klage des Zahnarztes gegen Honorarkürzung für das Quartal IV/10 bzgl. der Leistungen nach Nr. 105 (Mu) und 106 (sK) BEMA um 3.302 Punkte ab.
c) Begründungsanforderungen/Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten

SG München, Urteil v. 24.10.2018 - S 38 KA 5022/18


II. Je aussagekräftiger und präziser das Vorbringen des zu Prüfenden ist, umso detaillierter kann von den Prüfgremien eine Befassung damit erwartet werden. 


---

d) Statistischer Kostenvergleich einer BAG mit MKG-Chirurgen

SG Marburg, Urteil v. 05.12.2018 - S 12 KA 127/18


Parallelverfahren:

SG Marburg, Urteil v. 05.12.2018 - S 12 KA 201/18

www.dg-kassenarztrecht.de
V. Zulassungsrecht


1. Zulassung

a) Entsperrung: Spezialisierte fachärztliche Versorgung (Radiologie)

LSG Bayern, Urteil v. 28.11.2018 - L 12 KA 18/18
SGB V § 101; BedarfsPIRL § 26 IV Nr. 3

Stellt das SG im - zwischenzeitlich rechtskräftigen - Urteil zur Neubescheidung fest, dass im Rahmen des Auswahlersmessens der Tätigkeit als programmverantwortlicher Arzt im Screening-Verfahren keine entscheidungserhebliche Bedeutung beigemessen werden muss, so bindet dies die Verfahrensbesetzter. Die Lage in einem Tourismusgebiet ist für einen Radiologensitz nicht besonders zu berücksichtigen, wenn die potentiell in Anspruch genommenen Orthopäden oder Chirurgen selbst Röntgenuntersuchungen vornehmen können.


b) Sonderbedarfszulassung

aa) Wechsel des Versorgungsbereichs: Hausärztlicher Internist - Rheumatologe

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 28.11.2018 - L 7 KA 30/16
SGB V § 101; GG Art. 3, 12
Revision zugelassen
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris


Aus den Gründen:

www.dg-kassenarztrecht.de

33 Diese Unbestimmtheit im Hinblick auf die parlamentsgesetzliche Rechtsgrundlage wäre zwar schwer vereinbar mit der Rechtsfrage des BSG, wonach bei Betätigungen im Rahmen des Art. 12 Abs. 1 GG sich aus dem Gesetz selbst ergeben müsse, unter welchen Voraussetzungen die Genehmigung erteilt bzw. versagt werde (so BSG, Urteil vom 03. August 2016 – B 6 KA 31/15 R –, juris, für die Verlegung des Praxiszitats unter Berufung auf BVerfGE 20, 150 <Sammlungsgesetz>). Dies kann indes auf sich beruhen, da in den bisherigen Entscheidungen des Senats berücksichtigt werden muss, dass die bisherige Praxis des Beklagten führt, dass der Kläger die Zusatzbezeichnung Stimm- und kindliche Hörstörungen und Facharzt für Haushaltungslehre und als Facharzt für Sprachstörungen ausweist und von Patienten dieser Leistung Benutzung erlangen kann.


bb) Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen

SG Stuttgart, Urteil v. 28.11.2018 - S 5 KA 2433/17

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 101 I 1 Nr. 3; BedarfsplRL §§ 36 f.


2. Bei der Frage, ob ein Versorgungsbedarf im pädaudiologischen Bereich vorliegt, ist dem Umstand erhebliche Bedeutung beizumessen, dass im EBM Leistungstatbestände aufgenommen worden sind, die nur von Fachärzten für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen abgerechnet werden dürfen.


www dg-kassenarztrecht.de
c) Praxisnachfolge

aa) Praxisverlegung des Mitbewerbers an Standort des Praxisitzes

SG Gelsenkirchen, Urteil v. 20.04.2018 - S 16 KA 8/17


bb) Rücknahme des Antrags auf Ausschreibung nach Konkurrentenklage

SG Gelsenkirchen, Urteil v. 20.04.2018 - S 16 KA 7/17

Orientierungssatz juris: Im Rahmen der Nachfolgezulassung nach § 103 Abs. 3a SGB V ist das Klageziel eines Konkurrenten die Aufhebung der Zulassung des ausgewählten Arztes, um den Weg für eine neue Auswahlentscheidung der Zulassungsgremien frei zu machen. Das rechtlich geschützte Interesse des Konkurrenten beschränkt sich jedoch darauf, bei der tatsächlich erfolgenden Nachbesetzung nicht unter Verstoß gegen die in § 103 SGB V genannten Kriterien übergangen zu werden. Ein Anspruch auf Ausschreibung des Vertragsarztsitzes jedoch steht ihm gerade nicht zu. So kann er auch die Rücknahme eines Antrags auf Ausschreibung durch den Praxisinhaber nicht verhindern.

d) Auswahlentscheidung: Standortfrage/Räumliche Verteilung/Offener MRT

SG München, Urteil v. 07.11.2018 - S 38 KA 634/17


Der Bedarf an radiologischen Leistungen ergibt sich zunächst aus der Zahl der einheimischen Bevölkerung im Landkreis. Das Tourismusaufkommen ist zu berücksichtigen, ebs. die bereits vorhandene Versorgung und deren Lage zu den avisierten Standorten.

www.dg-kassenarztrecht.de
Im Rahmen der Feststellung des Bedarfs sind auch die Versorgungsangebote und Versorgungsleistungen einer Filialpraxis zu berücksichtigen. Es kommt auf die tatsächliche Versorgungssituation an.

Die Tätigkeit als programmverantwortlicher Arzt im Screening-Verfahren ist zu beachten. Es ist nicht ermessensfehlerhaft, die fehlende Nebentätigkeit zugunsten eines Bewerbers zu berücksichtigen.

Das Vorhalten eines offenen MRT kann einen Vorteil begründen. Das Vorhandensein von offenen MRT ist aber bundesweit und im Planungsbereich zu quantifizieren und es ist eine vorsichtige Schätzung des Bedarfs abzugeben.


Parallelverfahren:
SG München, Urteil v. 14.11.2018 - S 38 KA 625/17

2. Anstellungsgenehmigung

a) Anstellungsgenehmigung für Strahlentherapeutin nach Zulassungsmoratorium

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 06.12.2017 - L 11 KA 88/15

Die Beschränkung der Zulassung steht der Genehmigung der Anstellung entgegen, wenn der Antrag auf Anstellungsgenehmigung nicht bereits vor Wirksamwerden des Moratoriumbeschlusses und der ab dem 01.01.2013 greifenden Zulassungssperre wirksam gestellt worden ist.


Die Einbeziehung der Strahlentherapeuten in die Bedarfsplanung durch die geänderte Bedarfsplanungsrichtlinie ist nicht zu beanstanden (BSG, Urt. v. 04.05.2016 - B 6 KA 24/15 R - BSGE 121, 154 = SozR 4-2500 § 103 Nr. 19).

Für den Beginn der Frist für eine Nachbesetzung kann nicht auf das Inkrafttreten des Moratoriumbeschlusses zum 07.09.2012 oder die Sperrung des Planungsbereichs durch den Landesausschuss am 05.02.2012 abgestellt werden.

Es gibt keine geltungserhaltende Reduktion einer vollen oder halben Arztstelle bei Ausscheiden des angestellten Arztes aus einem MVZ im Umfang einer Viertel Arztstelle.

b) Anstellungsgenehmigung nach Einbringen des Sitzes

aa) Nachträgliche Kündigung

SG München, Beschluss v. 14.11.2018 - S 49 KA 231/18 ER


bb) Keine Anfechtbarkeit einer Anstellungsgenehmigung nach Zulassungsverzicht

SG München, Beschluss v. 14.11.2018 - S 49 KA 232/18 ER

Ein Vertragsarzt, der nach Verzicht auf seine Zulassung zugunsten eines MVZ von diesem angestellt wird (§ 103 IVa 1 SGB V), kann die Anstellungsgenehmigung nicht anfechten. Hierfür fehlt ihm die Klagebefugnis, da die Anstellungsgenehmigung dem MVZ erteilt wird (vgl. BSG, Urt. v. 04.05.2016 - B 6 KA 21/15 R - BSGE 121, 143 = SozR 4-2500 § 103 Nr. 20, juris Rn. 19).


3. Zulassungsende: Zulassung unter der Bedingung des hälftigen Verzichts

LSG Bayern, Urteil v. 10.10.2018 - L 12 KA 10/18


dem Kl. am 02.11.2015 zugestellt, ab. Am 02.03.2016 erklärte der Kl. die Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit in B, ohne auf eine halbfache Zulassung in N zu verzichten. Der Zulassungsausschuss stellte das Ende der vertragsärztlichen Tätigkeit in B wegen Nichtaufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit, die bis 02.02.2016 hätte erfolgen müssen, gem. § 19 III Ärzte-ZV fest. Der Widerspruch blieb erfolglos. SGMünchen, Urt. v. 06.02.2018 - S 28 KA 15/17 - RID 18-02-33 wies die Klage ab, das LSG die Berufung zurück.

4. Zulassungsentziehung

a) Nichtausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit: Geringe Fallzahl/Notdienst

SG München, Urteil v. 02.10.2018 - S 38 KA 58/18

Leitsatz: 1. Wenn die vertragsärztliche Tätigkeit lediglich einen so geringen Umfang hat, dass von einer Wahrnehmung des mit der Zulassung verbundenen Versorgungsauftrags und einer ernsthaften Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit nicht mehr gesprochen werden kann, ist der Tatbestand des § 95 Abs. 6 SGB V i.V.m. § 27 Ärzte-ZV (Nichtausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit) als erfüllt anzusehen und die Zulassung zu entziehen.


3. Die Tätigkeit am Vertragsarztsitz muss alle Tätigkeiten außerhalb des Vertragsarztsitzes zeitlich insgesamt überwiegen. Dies folgt aus § 95 Abs. 3 SGB V, § 24 Ärzte-ZV, §§ 17 Abs. 1a S. 3 BMV-Ä, 17 Abs. 1a S. 3 in Verbindung mit § 15a Abs. 4 S. 8 BMV-Ä und § 39 Abs. 3 BMV-Ä. Aus all diesen Regelungen ist eine enge Bindung des Versorgungsauftrages an den Vertragsarztsitz zu entnehmen.

4. Eine über das übliche hinausgehende, zum Großteil freiwillige Übernahme von Tätigkeiten im Bereitschaftsdienst ersetzt nicht die im Vordergrund stehenden vertragsärztlichen Tätigkeiten am Vertragsarztsitz. Tätigkeiten im Rahmen des Bereitschaftsdienstes sind daher nicht mit zu berücksichtigen.

Das SG wies die Klage ab.

b) Falsche Angaben/Alkoholkonsum

LSG Bayern, Beschluss v. 05.12.2018 - L 12 KA 57/18 B ER


Ein schwerer Pflichtenverstoß besteht darin, dass durch falsche Angaben über die Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit die Auszahlung eines Förderbetrages (hier: 60.000 €) nach der Sicherstellungsrichtlinie durch die KV bewirkt wird. Ein Arzt verstößt gegen eine satzungsmäßige Mitwirkungspflicht, wenn er mit der Beantragung eines Zuschusses nach der Sicherstellungsrichtlinie nicht zugleich darüber informiert, dass er seit acht Jahren ununterbrochen unter Vermögensbedeutung steht, erhebliche Schulden beim Finanzamt und bei diversen Banken hat, eine eidesstattliche Offenbarungsversicherung abgegeben hat und zu befürchten ist, dass der gewährte Zuschuss von den weiteren Gläubigern geplündert wird und somit nicht mehr zweckentsprechend für die Gründung einer Arztpraxis verwendet werden kann.

Ein Arzt ist ungeeignet, wenn er bei nicht nachgewiesener aktueller Alkoholabhängigkeit angibt, in der Mittagspause „ein Gläschen Wein beim Mittagessen beim Griechen“ zu sich zu nehmen, da er dann bei Fortsetzung der ärztlichen Tätigkeit nach der Mittagspause alkoholisiert ist. Gibt er ferner an, täglich eine halbe bis dreiviertel Flasche Wein zu trinken, und absolviert er Bereitschaftsdienste, dann

Der Ast. wurde im Dez. 2017 als Facharzt für Allgemeinmedizin zugelassen. Der Zulassungsausschuss entzog mit Beschl. v. 06.06.2018 die Zulassung und ordnete die sofortige Vollziehung an. Der Ag. wies im Beschwerdeverfahren mit Beschl. v. 25.09.2018 den Widerspruch des Ast. zurück bei weiterer Anordnung des sofortigen Vollzugs. SG München, Beschl. v. 09.08.2018 - S 20 KA 174/18 ER - lehnte den Antrag auf einstweilige Rechtsschutz ab, das LSG wies die Beschwerde mit der Maßgabe zurück, dass der Antrag auf Aussetzung des Sofortvollzugs abgelehnt wird.

c) Verstoß gegen infektionshygienische Anforderungen und Praxisschließung

SG Stuttgart, Urteil v. 29.11.2018 - S 5 KA 647/16

SGB V § 95 VI

Leitsatz: 1. Eine gräbliche Pflichtverletzung i.S. von § 95 Abs. 6 SGB V liegt vor, wenn eine urologische Praxis ohne Beachtung der seit Jahren gültigen Hygiene- und Arbeitsschutzstandards betrieben wird.
2. Eine gräbliche Pflichtverletzung liegt auch dann vor, wenn der Vertragsarzt eine Untersagungsverfügung nicht beachtet und weiterhin vertragsärztliche Leistungen abrechnet.


5. Ermächtigung: Facharztfilter für urologisch therapeutische Maßnahmen bei Kindern

SG Nürnberg, Beschluss v. 26.10.2018 - S 5 KA 13/18 ER

SGB V § 116; SGG § 86b I 1 Nr. 1

Hochschulambulanzen sind bei der Frage des Bedarfs für eine Ermächtigung in vollem Umfang zu berücksichtigen (LSG Bayern, Beschl. v. 03.04.2017 – L 12 KA 39/16 – RID 17-03-63).

Es ist zweifelhaft, ob eine Ermächtigung für urologisch therapeutische Maßnahmen bei Kindern mit angeborenen Fehlbildungen der ableitenden Harnwege und des Genitales auf Überweisung durch Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin ausgesprochen werden kann oder auf Fachärzte für Urologie zu beschränken ist.

Der Ag. erteilte dem Ast., Chefarzt einer Krankenhausabteilung für Kinderchirurgie und Urologie, eine Folgeermächtigung für bestimmte ärztliche Leistungen, befristet bis zum 31.03.2020. Hiergegen erhob die KV Klage (S 5 KA 12/16). Das SG lehnte den Antrag, die sofortige Vollziehung des Beschlusses des Ag. anzuordnen, ab.
VI. Verfahrensrecht/Kosten/EHV der KV Hessen


Das SG erklärte die Zwangsvollstreckung aus dem vollstreckbaren Kostenfestsetzungsbeschluss des SG Düsseldorf v. 29.04.2014 - S 2 KA 29/08 - für unzulässig und verurteilte den Bekl., die ihm erteilte vollstreckbare Ausfertigung des o.g. Beschlusses an die Kl. herauszugeben. Es wird angeordnet, dass die Vollstreckung aus dem o.g. Beschluss bis zur Rechtskraft des Urteils in dem vorliegenden Rechtsstreit einstweilen eingestellt wird.

2. Zulassung der Berufung bei nachträglicher Divergenz

LSG Rheinland-Pfalz, Beschluss v. 21.01.2019 - L 5 KA 35/18 NZB

Leitsatz: Der Zulassungsgrund der Divergenz kann auch dann erfolgreich geltend gemacht werden, wenn das Beschwerdegericht nach Erlass der angegriffenen Entscheidung einen Rechtssatz aufstellt, von dem die angegriffene Entscheidung der Vorinstanz entscheidungstragend abweicht; dies gilt...
jedenfalls dann, wenn das SG oder das LSG in dem die Divergenz nachträglich herbeiführenden Rechtsstreit die Berufung wegen grundsätzlicher Bedeutung der Rechtssache zugelassen haben (Anschluss an BSG, Beschluss vom 08.09.2015 - B 1 KR 34/15 B - SozR 4-1500 § 160 Nr. 28, RID 16-02-189).


3. Außergerichtliche Kosten eines Beigel. (nach erfolgreichem aktiven Konkurrenzwiderspruch)

LSG Sachsen, Beschluss v. 25.10.2018 - L 1 KA 9/17

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGG § 197a

Leitsatz: Eine Kostenentscheidung dahingehend, dass die unterliegende Partei einem Beigeladenen gemäß § 162 Abs. 3 VwGO seine außergerichtlichen Kosten zu erstatten hat, entspricht in der Regel nur dann der Billigkeit, wenn der Beigeladene einen erfolgreichen Antrag gestellt oder das Verfahren wesentlich gefördert hat. Für einen notwendig Beigeladenen in einer Drittanfechtungskonstellation gilt grundsätzlich nichts anderes.


4. EHV: Unzulässig Beitragsabführung ohne Steigerung der Anwartschaft

LSG Hessen, Urteil v. 19.12.2018 - L 4 KA 78/14

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
Grundsätze der Erweiterten Honorarverteilung der KV Hessen

Leitsatz: Die Regelung, wonach Vertragsärzte, die nach der Vollendung des 65. Lebensjahres an der Erweiterten Honorarverteilung (EHV) teilnehmen und zugleich weiter vertragsärztlich tätig sind, zum Beitragsabzug herangezogen werden, ohne eine Erhöhung ihres EHV-Honorars oder ihrer Anwartschaften zu erhalten, verstößt jedenfalls dann gegen den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit (Art. 12 Abs. 1 i. V. m. § 3 Abs. 1 GG), wenn sie den Anspruchshöchstbetrag nach § 3 Abs. 1 GEHV 2006 noch nicht erreicht haben.

SG Marburg, Gerichtsb. v. 22.10.2014 - S 12 KA 289/13 - verpflichtete die Befl. zur Neubescheidung über die Festsetzung der EHV-Beiträge unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts, das LSG hob den Gerichtsb. auf und wies im Übrigen die Berufung der Befl. mit der Maßgabe zurück, dass der Honorarbescheid für das Quartal II/12 aufgehoben wird, soweit Beiträge für die EHV in Höhe von 832,32 € einbehalten wurden.
VII. Gesamtvergütung/Kassenärztliche Vereinigung/Hausarztzentrierte Versorgung


LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 10.10.2018 - L 11 KA 6/18

Revision anhängig: B 6 KA 5/19 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 95d

Als Nebenpflicht aus dem öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch wegen zu viel gezahlter Gesamtvergütungen steht einer Krankenkasse ein Auskunftsanspruch gegenüber einer K(Z)V zu.


SG Düsseldorf, Teilurt. v. 29.11.2017 - S 2 KA 404/15 - verurteilte die bekl. KZV zur Auskunft, das LSG wies die Berufung zurück.

2. Festlegung eines Termins zur Wahl eines KV-Vorstandsmitgliedes

SG Berlin, Urteil v. 24.10.2018 - S 87 KA 273/17

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 79, 80, 81; GG Art. 38


Eine öffentliche Ausschreibung der Position eines hauptamtlichen Vorstandsmitgliedes der KV ist nicht verpflichtend vorgegeben.

Das SG wies die Klage ab.

3. Hausarztzentr. Versorgung: Selbsterbringung von Leistungen des Allgemeinlabors nicht beklagbar

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 14.11.2018 - L 5 KA 3686/16

Revision anhängig: B 6 KA 25/18 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 73b, 95 III; GG Art. 12 I

Leitsatz: An die Zulässigkeit auf Drittrechtsverhältnisse gerichteter Feststellungsklagen sind besonders hohe Anforderungen zu stellen. Durch das Bestehen oder Nichtbestehen des Drittrechtsverhältnisses muss der Rechtsbereich des Klägers direkt oder indirekt beeinflusst werden, wobei rechtlich geschützte Interessen berührt sein müssen; bloße „Reflexwirkungen“, etwa in Gestalt wirtschaftlicher Auswirkungen, genügen nicht.

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) bei nach Qualifikation/Ausstattung möglicher Selbsterbringung selbst vorzunehmen, stellt einen Eingriff in (Zulassungs-)Statusrechte bzw. in die Berufsausübungsfreiheit (Art. 12 Abs. 1 GG) der nur auf Überweisung zur vertragsärztlichen Leistungserbringung befugten Laborärzte nicht dar; diese sind dadurch nur „rechtsreflexhaft“ in rechtlich nicht geschützten Interessen (Erwerbsaussichten) betroffen.

SG Stuttgart, Urt. v. 25.08.2016 - S 5 KA 3811/13 - wies die Klage ab, das LSG die Berufung zurück.
VIII. Bundessozialgericht (BSG)

1. Kein Vergütungsanspruch bei Verstoß gegen strafrechtliches Berufsverbot

BSG, Beschluss v. 24.10.2018 - B 6 KA 10/18 B


Die Zulassung ist nur eine von mehreren, keineswegs aber die alleinige Voraussetzung für die Erbringung und Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen. Für die Rechtmäßigkeit der Gewährung vertragsärztlichen Honorars kommt es nicht allein darauf an, dass der Vertragsarzt formell zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen ist, sondern er muss auch materiell berechtigt sein.


Die Anordnung eines vorläufigen Berufsverbots hat nach § 132a StPO unmittelbar zur Folge, dass die verbotene berufliche Tätigkeit ab der Bekanntmachung des anordnenden Beschlusses gegenüber dem Beschuldigten nicht mehr ausgeübt werden darf. Bei einer Tätigkeit, deren Ausübung eine behördliche Genehmigung oder - wie die Tätigkeit des Vertragsarztes - eine Approbation sowie eine besondere vertragsärztliche Zulassung voraussetzt, greift das Verbot unabhängig davon ein, ob außerdem die erforderliche behördliche Genehmigung, die Approbation oder die Zulassung entzogen worden sind. Wird einem Arzt aufgrund des vorläufigen Berufsverbots nach § 132a StPO von der Ausübung des Arztberufs ausgeschlossen, ist ihm selbstverständlich auch die Ausübung der Tätigkeit als Vertragsarzt insoweit untersagt.


Für Leistungen, die ein Vertragsarzt unter Verstoß gegen ein Berufsverbot und zudem in Erfüllung des Straftatbestands des § 145c StGB erbracht, besteht kein Vergütungsanspruch.

Die Kompetenz der Strafgerichte zur Anordnung eines Berufsverbots besteht grundsätzlich unabhängig von berufs- oder ehrenge richteten Eingriffsmöglichkeiten.

2. Ausgleichszahlungen wegen Härtefalls

**BSG, Beschluss v. 24.10.2018 - B 6 KA 82/17 B**

Die Nichtzulassungbeschwerde gegen LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 25.10.2017 - L 5 KA 1868/14 - RID 17-04-12 wird zurückgewiesen. Der Normgeber einer Honorarverteilungsregelung kann nicht alle denkbaren besonderen Konstellationen vorhersehen. Eine allgemeine Härteklausel ist deshalb auch unter der Geltung der RLV erforderlich. Doch sind die Voraussetzungen für die Annahme eines Härtefalls eng zu ziehen, wenn der HVV bereits Regelungen enthält, mit denen besondere Versorgungsstrukturen bzw. existenzbedrohende Honorarminderungen schon berücksichtigt werden. Dann kommt ein Härtefall nur noch im seltenen Ausnahmefall in Betracht, wenn trotz dieser Mechanismen aufgrund von Umständen, die der Vertragsarzt nicht zu vertreten hat, ein unabweisbarer Stützungsbedarf besteht (ebs. BSG, Urt. v. 05.06.2013 - B 6 KA 32/12 R - BSGE 113, 298 = SozR 4-2500 § 85 Nr. 76, Rn. 28; BSG, Urt. v. 15.07.2015 - B 6 KA 28/14 R - SozR 4-2500 § 85 Nr. 84, Rn. 26).

3. Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen: Reichweite der Vereinbarung

**BSG, Urteil v. 16.05.2018 - B 6 KA 45/16 R**

Leitsatz: Der Vertrag zwischen einer Hochschulklinik und den Verbänden der Krankenkassen in ihrem Sitzland ist grundsätzlich für alle Krankenkassen verbindlich, deren Versicherte in der Hochschulambulanz der Klinik behandelt werden.

4. Behandlung in Notfallambulanzen von Krankenhäusern/Abrechnungsfristen

**BSG, Beschluss v. 12.12.2018 - B 6 KA 38/18 B**


**Fristen im Honorarverteilungsmaßstab** für die Einreichung der Quartalsabrechnungen sowie die Sanktionierung von Fristüberschreitungen durch Honorarabzüge sind grundsätzlich rechtmäßig (BSG, Urt. v. 22.06.2005 - B 6 KA 19/04 R - SozR 4-2500 § 85 Nr. 19; BSG, Beschl. v. 29.08.2007 - B 6 KA 48/06 B - juris Rn. 13; BSG, Urt. v. 29.08.2007 - B 6 KA 29/06 R - SozR 4-2500 § 85 Nr. 37 Rn. 11; BSG, Beschl. v. 02.04.2014 - B 6 KA 59/13 B - BeckRS 2014, 68496). Die im vorliegenden Verfahren maßgebende neunmonatige Ausschlussfrist ist nicht unverhältnismäßig kurz.

5. Job-Sharing-Obergrenze: Eintritt in bestehende BAG

**BSG, Urteil v. 24.01.2018 - B 6 KA 48/16 R**

Leitsatz: 1. Die Leistungsbegrenzung, die festzulegen ist, wenn ein Arzt in einem überversorgten Planungsbereich im Wege des Job-Sharing in eine Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) eintritt, ist auf das gesamte Abrechnungsvolumen der BAG zu beziehen (Festhalten an BSG vom 21.3.2012 - B 6 KA 15/11 R = SozR 4-2500 § 101 Nr. 12).


6. Umwandlung einer Arztstelle in eine Zulassung


juris
Eine mit bestandskräftigem Bescheid verfügte Umwandlung einer genehmigten Anstellung in eine Zulassung hat zur Folge, dass die Anstellungsgenehmigung nicht mehr existiert und dass die Stelle auch nicht mehr nachbesetzt werden kann. Das folgt aus dem insoweit eindeutigen Wortlaut des § 95 IXb 1 SGB V. Die Bedeutung des Wortes „umzuwandeln“ schließt es aus, dass der Status der Anstellung neben dem neu entstehenden Status der Zulassung unverändert erhalten bleiben könnte. Dem kann nicht mit Erfolg entgegenhalten werden, dass die Versorgung der Patienten durch die damit im Ergebnis bewirkte Reduzierung des Versorgungsgrades beeinträchtigt würde.
Mit dem Antrag, die Anstellung in eine Zulassung umzuwandeln und dem (ehemals) angestellten Arzt die Zulassung zu erteilen, verzichtet das MVZ auf die Nachbesetzung der Angestelltenstelle. Wenn der Arzt, dem die Zulassung nach § 95 IXb SGB V im Wege der Umwandlung übertragen worden ist, von dieser Zulassung keinen Gebrauch macht, fällt die Stelle nicht an das MVZ zurück. Vielmehr wird in einem überversorgten Planungsbereich ein - grundsätzlich gewollter - Abbau der Überschreitung bewirkt.
Der Gesetzgeber wollte dem MVZ mit der Einführung des § 95 IXb SGB V auch die Möglichkeit geben, eine nicht mehr benötigte Anstellung wirtschaftlich zu „verwerten“. Wenn die Umwandlung durchgeführt worden ist und dem (ehemals) angestellten Arzt die Zulassung erteilt worden ist, ist das „Verwerten“ jedoch abgeschlossen. Auf den konkreten Inhalt der in der Praxis regelmäßig dahinterstehenden zivilrechtlichen Vereinbarungen zwischen dem Träger eines MVZ und dem (ehemaligen) Angestellten und damit die Frage, ob sich die mit der Umwandlung verbundenen wirtschaftlichen Erwartungen des MVZ erfüllt haben, kommt es nicht an. Wie die mit § 95 IXb SGB V ermöglichte „Verwertung“ vertraglich umgesetzt wird, ist grundsätzlich Sache der Vertragsparteien.

7. Kommunale Gesundheitseinrichtung: Wechsel der Trägerschaft

BSG, Urteil v. 21.03.2018 - B 6 KA 46/16 R

Leitsatz: Wechselt die Trägerschaft einer ärztlich geleiteten kommunalen Gesundheitseinrichtung zu einer freigemeinnützigen Organisation, entfällt die Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung.

8. Gesamtvergütung: Versicherte mit Wohnsitz im Ausland

BSG, Urteil v. 24.01.2018 - B 6 KA 43/16 R

Leitsatz: Der Anspruch auf Gesamtvergütung für die vertragsärztliche Versorgung von Versicherten mit Wohnort im Ausland richtet sich nach einer länderübergreifenden Fusion von Krankenkassen nach dem Gesamtvertrag, der für die Kassenärztliche Vereinigung maßgeblich ist, in deren Bezirk die neu gebildete Krankenkasse nach der Satzung ihren Sitz hat.
9. Hausarztzentrierte Versorgung

a) Schiedsspruch:
   Feststellungsinteresse/Schadensersatzanspruch/Wirtschaftlichkeitsgebot

BSG, Urteil v. 21.03.2018 - B 6 KA 44/16 R
SozR 4-2500 § 73b Nr. 2 = GesR 2018, 592 = SGb 2018, 778

Leitsatz:
1. Die für das Feststellungsinteresse notwendige Wiederholungsgefahr kann nicht mit der Verletzung von Rechtsvorschriften begründet werden, die zum Zeitpunkt der Entscheidung des Gerichts nicht mehr gelten.
2. Ist der für eine bestimmte Zeit geschlossene Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung durchgeführt worden, stehen der Krankenkasse grundsätzlich weder gegen ihren Vertragspartner noch gegen die teilnehmenden Ärzte Schadensersatz- oder Rückforderungsansprüche zu, die auf die Unvereinbarkeit des Vertrags mit gesetzlichen Vorgaben gestützt werden.
3. Zu den aus dem Wirtschaftlichkeitsgebot folgenden Anforderungen an die Ausgestaltung eines Vertrags zur hausarztzentrierten Versorgung (Anschluss an BSG vom 25.3.2015 - B 6 KA 9/14 R = BSGE 118, 164 = SozR 4-2500 § 73b Nr 1).

b) Aufsichtsanordnung gegen Krankenkasse zur Behebung einer Rechtsverletzung

BSG, Urteil v. 21.03.2018 - B 6 KA 59/17 R
BSGE = SozR 4-2400 § 89 Nr. 7

Leitsatz:
1. Die Spruchkörper für Vertragsarztrecht sind auch zuständig für Aufsichtsstreitigkeiten in Angelegenheiten, die ihnen zugewiesen sind.
2. Einer Aufsichtsanordnung gegen die Krankenkasse zur Behebung einer Rechtsverletzung steht bei Vorliegen eines gewichtigen öffentlichen Interesses nicht entgegen, dass zwischen der Krankenkasse und Dritten ein Rechtsstreit über den Gegenstand der Rechtsverletzung anhängig ist (Abgrenzung zu BSG vom 27.10.1966 - 3 RK 27/64 = BSGE 25, 224 = SozR Nr 1 zu § 30 RVO).
B. KRANKENVERSICHERUNGSRECHT

I. Vertrags(zahn)ärztliche Behandlung


1. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

a) LDL-Apherese: Progrediente kardiovaskuläre Erkrankung

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 03.12.2018 - L 5 KR 677/18 B ER

Soweit § 3 II NUB-RL für eine LDL-Apherese eine progrediente kardiovaskuläre Erkrankung (koronare Herzerkrankung, periphere arterielle Verschlusskrankheit oder zerebrovaskuläre Erkrankungen) voraussetzt, muss über einen gewissen Zeitraum (klinisch oder durch bildgebende Verfahren) eine Verschlechterung der kardiovaskulären Erkrankung festgestellt sein. Dies setzt die Dokumentation einer Progredienz des Krankheitsbildes klinisch und durch bildgebende Verfahren voraus.


b) Autohomologe Immuntherapie nach Kief

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 01.10.2018 - L 11 KR 2154/18

Leitsatz: Versicherte der GKV hatten im Jahr 2017 keinen Anspruch auf Behandlung mittels AHIT® (Autohomologe Immuntherapie nach Kief), wenn zwar nur noch palliative Behandlungsmöglichkeiten in Betracht kommen, aber die anerkannten, dem allgemeinen medizinischen Standard entsprechenden Möglichkeiten der ambulanten und stationären palliativen Behandlung noch nicht erschöpft sind und die alternative Therapie keine darüber hinausgehenden Behandlungsziele verfolgt.


c) Behandlung einer Trichterbrust mit einer sog. Saugglocke nach Klobe

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 05.12.2018 - L 11 KR 473/18

Die Vorinstanz hat zutreffend entschieden, dass die Saugglocke in untrennbarem Zusammenhang mit einer neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethode im Sinne von § 135 I 1 SGB V eingesetzt wird und diese Methode nicht durch den GBA anerkannt worden ist. Selbst eine im konkreten Einzelfall erfolgreiche Behandlung rechtfertigt unter keinem rechtlichen Gesichtspunkt die Übernahme von Therapiekosten für die Behandlung einer Trichterbrust sowie Asymmetrie der Statur des gesamten Körpers mit einer sog. Saugglocke nach Klobe.

SG Dortmund, Urt. v. 18.05.2018 - S 40 KR 1512/16 - wies die Klage ab, das LSG die Berufung zurück.
**d) Heidelberg Retina Tomograph**


*Leitsatz:* Die Situation, dass sich in der ambulanten Versorgung eine *Untersuchungsmethode* (HRT-Scan) etabliert hat (als IGeL), deren Einsatz nicht mit ausreichenden Studien begleitet wurde, so dass ein Methodenbewertungsverfahren voraussichtlich keine Aussicht auf eine positive Bewertung durch den GBA hat und entsprechend auch kein Antrag nach § 135 Abs. 1 SGB V gestellt wird, ist kein Fall des Systemversagens.

Der Kl. begehrte die Erstattung der Kosten für den Scan mit einem sog. Heidelberg Retina Tomographen (HRT). Letztlich geht es ihm primär darum, dass der HRT-Scan in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen wird. Das *SG* wies die Klage ab.

**e) Elektr. Stimulation der Sehnerven zur Therapie von Gesichtsfeldausfällen mit Next Wave System**

SG Stuttgart, Gerichtsbescheid v. 03.04.2018 - S 8 KR 4336/17


Das *SG* wies die Klage ab.

**f) Elektrostimulationsbehandlung bei Glaukom und Gliose**

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 09.11.2018 - L 4 KR 1540/17


**g) Ambulante Liposuktion**


*SG Düsseldorf*, Urt. v. 07.09.2017 - S 8 KR 1246/15 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.
ausdrücklich klargestellt, dass diese mit dem in § 137c SGB V zum Ausdruck gebrachten Regelungsgehalt in einem Wertungswiderspruch steht. (BT-Drs. 18/4095, S. 121). Das LSG wies die Klage insgesamt ab.

2. Molekularbiologische Untersuchung bei Risikoschwangerschaft (Pränatale Array CGH)


Leitsatz: Auch bei Vorliegen einer Risikoschwangerschaft besteht kein Anspruch auf Kostenübernahme für eine pränatale Array CGH (comparative genomic hybridization).

SG Karlsruhe, Gerichtsb. v. 07.02.2017 - S 16 KR 3906/15 - wies die Klage ab, das LSG die Berufung zurück.

3. Kein Anspruch auf Psychotherapie in Muttersprache Türkisch

SG Berlin, Gerichtsbescheid v. 17.10.2018 - S 112 KR 1247/17


Das SG wies die Klage ab.

4. Entfernung einer Tätowierung auf dem rechten Schulterblatt

SG Stuttgart, Urteil v. 02.03.2018 - S 27 KR 916/16


Das SG wies die Klage ab.

5. Nadelepilationsbehandlung zur Entfernung der Barthaare durch Elektrologistin bei Transsexualität

SG Hannover, Urteil v. 19.09.2018 - S 86 KR 384/18

Transsexuelle Versicherte haben auf der Grundlage von § 27 I SGB V Anspruch auf geschlechtsangleichende Behandlungsmaßnahmen einschließlich chirurgischer Eingriffe in gesunde Organe zur Minderung ihrespsychischen Leidensdrucks, um sich dem Erscheinungsbild des angestrebten anderen Geschlechts deutlich anzunähern, wenn dies medizinisch erforderlich ist (BSG, Urt. v. 11.09.2012 - B 1 KR 9/12 R - KHE 2012/137, juris Rn. 8 ff.)

Ein Transsexualismus kann auch zur Notwendigkeit einer Barthaarentfernung führen. Der Anspruch beschränkt sich wegen eines Systemmangels nicht auf die Inanspruchnahme von Vertragsärzten. Diese können zwar grundsätzlich auf der Grundlage der Nr. 10340 EBM eine Entfernung von (Bart-)Haaren im Gesicht gegenüber der KV abrechnen. Diese Leistung erfasst aber offensichtlich nicht das

www.dg-kassenarztrecht.de
Entfernen von Barthaaren bei Transsexuellen. Eine Krankenkasse kann deshalb auch nicht die Leistung unter Verweis auf die Pflicht der Ärzte zur Leistungserbringung wegen des übertragenen Sicherstellungsauftrages verweigern. Für die konkrete Barthaarentfernung ist die Behandlung nicht durch einen Arzt erforderlich. Eine **Nadelepilation durch eine Elektrologistin** erzielt auch ein wesentlich besseres Ergebnis. Das **SG** verurteilte die Bekl., die Kosten für die notwendige Nadelepilationsbehandlung zur Entfernung der Barthaare durch eine entsprechend qualifizierte Kosmetikerin/einen entsprechend qualifizierten Kosmetiker (Elektrologistin/Elektrologisten) dem Grunde nach zu übernehmen.

6. **Rückkehr nach Deutschland zur missbräuchlichen Inanspruchnahme von Leistungen**

**LSG Bayern, Beschluss v. 09.04.2018 - L 20 KR 72/18 B ER**


7. **Zahnärztliche Behandlung**

**a) Keine Teilerstattung unwirtschaftlicher Wurzelkanalbehandlung von Backenzähnen**

**LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 27.09.2018 - L 1 KR 5/17**


**b) Kein Anspruch auf professionelle Zahnreinigung**

**SG Stuttgart, Urteil v. 30.05.2018 - S 28 KR 2889/17**

Versicherte der Gesetzlichen Krankenversicherung haben auch bei Vorliegen einer **Parodontitis** neben dem als Sachleistung gewährten Entfernen harter Beläge keinen (weitergehenden) Anspruch auf Durchführungen einer **professionellen Zahnreinigung**. Das **SG** wies die Klage ab.
II. Stationäre Behandlung

1. Kein Anspruch auf postbariatrische plastische Operationen an den Oberarmen und der Brust


Leitsatz:
1. Überschüssige Haut an Brüsten und Oberarmen aufgrund Gewichtsverlustes nach einer bariatrischen Operation stellt für sich genommen keinen krankhaften Befund dar.
3. Hautüberschüsse aufgrund einer Gewichtsreduktion nach einer bariatrischen Operation sind nicht mit einer Brustrekonstruktion bei Mammakarzinom vergleichbar. Im einen Fall geht es um den Ausgleich der unmittelbaren Folgen der Krankenbehandlung an dem erkrankten und von der Behandlung betroffenen Organ (Brust) und im anderen Fall um den mittelbaren Ausgleich an einem zunächst von der Krankheit (Adipositas) bzw. deren Behandlung (bariatri sche Operation) nicht betroffenen Organ (Haut).

SG Nürnberg, Urt. v. 07.05.2018 - S 5 KR 700/16 - verpflichtete die Bekl., der Kl. zwei postbariatrische Operationen an den Oberarmen und der Brust als Sachleistung zu gewähren. Das LSG wies die Klage ab.

2. Liposuktion der Hüfte und Beine bei Lipödem

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 09.11.2018 - L 4 KR 2696/16

Leitsatz:

SG Mannheim, Urt. v. 17.06.2016 - S 11 KR 221/16 - wies die Klage ab, das LSG die Berufung zurück.

3. Geschlechtsangleichende Operationen

SG Würzburg, Urteil v. 05.02.2019 - S 11 KR 260/17

Streitentscheidend ist allein die Frage, ob das Erscheinungsbild der Kl. in einem solchen Maße vom Erscheinungsbild des weiblichen Geschlechts entfernt ist, dass durch die beantragten Leistungen eine deutliche Annäherung an das Erscheinungsbild des weiblichen Geschlechts herbeigeführt wird.

Die Beteiligten streiten über die Kosten für geschlechtsangleichende Operationen (Brustvergrößerung, Geschichtsfeminisation, Korrektur des Adamsapfels und der Stimmbänder, Gesichtshaarentfernung). Das SG verurteilte die Bekl., die Kosten für eine operative Reduktion des Adamsapfels sowie die Korrektur der Stimmbänder bzw. Stimmlinie zu übernehmen, und wies im Übrigen die Klage ab.
4. Kein Anspruch auf Spitzenmedizin in Privatklinik

LSG Hamburg, Urteil v. 23.08.2018 - I 1 KR 95/17

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 83/18 B
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 13 III, 108

Die Nichterbringung einer unaufschiebbaren Leistung durch die Krankenkasse liegt nicht vor, weil kein Anspruch auf Behandlung in einer Nichtvertragsklinik besteht. Wenn Versicherte sich nämlich eine Leistung beschaffen, die unter jedem Gesichtspunkt vom Leistungskatalog der GKV ausgeschlossen ist, hat die Krankenkasse die Kosten dafür nicht nach § 13 III SGB V zu ersetzen; denn solche Leistungen können schon mangels Notwendigkeit weder dringlich gewesen noch zu Unrecht abgelehnt worden sein. Selbst wenn der Krankheitszustand einer dringenden Behandlung bedarf, stehen - abgesehen von Notfällen - grundsätzlich nur die vom Leistungskatalog umfassten und die unter den Voraussetzungen eines Systemversagens zu gewährenden Leistungen zur Verfügung (BSG, Urt. v. 11.05.2017 - B 3 KR 6/16 R - SozR 4-2500 § 33 Nr. 51, juris Rn. 16).

Es existieren zahlreiche Vertragskliniken, in denen eine stationäre Behandlung verschiedenster Essstörungen, so auch der Bulimie, möglich ist und mit Erfolg durchgeführt wird. Der Grundsatz, dass die Krankenkassen Krankenbehandlung nur durch zugelassene Krankenhäuser erbringen lassen dürfen, gilt auch dann, wenn das Leistungsangebot privater Anbieter wegen einer besonders modernen technischen Ausstattung eines Krankenhauses oder wegen des auch international herausragenden fachlichen Rufes des dortigen Arztes oder wegen vergleichbarer Umstände eine überdurchschnittliche Qualität aufweist. Denn eine solche Spitzenmedizin bildet nicht den Maßstab für die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung.


5. Vertragskrankenhaus/Rehaeinrichtung (Entstauungstherapie zur Behandlung von Lymphödemen)

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 09.11.2018 - L 4 KR 2597/17

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 11 VI, 27 I, 39, 107, 108

Leitsatz: Erfüllt eine Klinik die Voraussetzungen einer Rehabilitationseinrichtung nach § 107 Abs. 2 SGB V, steht damit zugleich fest, dass diese kein Krankenhaus im Sinne von § 107 Abs. 1 SGB V ist. Das führt zwar nicht dazu, dass Krankenhausbehandlung einerseits sowie Rehabilitation andererseits nicht auch in einer Einrichtung gewährt werden können. Erforderlich ist aber, dass diese Bereiche in räumlicher, organisatorischer und wirtschaftlicher Hinsicht eindeutig voneinander getrennt sind.

SG Freiburg, Urt. v. 30.05.2017 - S 6 KR 679/17 - wies die Klage ab, das LSG die Berufung zurück.

III. Kostenerstattung

1. Genehmigungsfiktion

a) Hilfsmittel

aa) Elektrorollstuhl keine Versorgung der medizinischen Rehabilitation

LSG Saarland, Urteil v. 12.12.2017 - L 2 KR 60/16

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 3 KR 21/18 R
juris
SGB V § 13 IIIa, 33 I

Leitsatz: 1. Die Genehmigungsfiktion des § 13 Abs. 3a SGB V ist auch auf die Versorgung mit Hilfsmitteln wie einem Elektrorollstuhl anwendbar.
2. Die Versorgung mit einem solchen Hilfsmittel durch Genehmigungsfiktion ist durch § 13 Abs. 3a S. 9 SGB V nicht ausgeschlossen; eine solche Versorgung ist keine der medizinischen Rehabilitation

www.dg-kassenarztrecht.de
im Sinne dieser Norm (BSG vom 08.03.2016 - B 1 KR 25/15 R = BSGE 121, 40 = SozR 4-2500 § 13 Nr. 33).


bb) Fußhebersystem zur Sicherung des Erfolges einer Krankenbehandlung

LSG Rheinland-Pfalz, Urteil v. 08.11.2018 - L 5 KR 21/18

Das Fußhebersystem Bioness L 300 ist ein Hilfsmittel mit dem Versorgungsziel der Sicherung des Erfolges einer Krankenbehandlung, wenn es bei einem an Multiple Sklerose erkrankten Versicherten dazu dient, die Fußstellung durch Hebung des Fußes zu korrigieren und ein nahezu normales Gangbild zu erreichen und eine Besserung der neurologischen Situation (Rückentwicklung der Fußheberparese und der Fußfehlstellung) erreicht werden soll.


c) Hilfsmittel des unmittelbaren Behinderungsausgleichs

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 16.03.2018 - L 16 KR 362/17

Bei einer myoelektrischen Unterarmprothese handelt es sich um die Versorgung mit einem Hilfsmittel innerhalb des unmittelbaren Behinderungsausgleichs und nicht um eine Reha-Leistung.

SG Hannover, Urt. v. 19.06.2017 verurteilte die Bekl., die Kosten für die beantragte Armprothese zu übernehmen. Das LSG wies die Berufung zurück.

dd) Rollstuhlzuggerät

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 25.01.2018 - L 16 KR 154/17

Bei einem elektrisch betriebenen Rollstuhlzuggerät handelt es sich nicht um eine Reha-Leistung, sondern um eine Hilfsmittelversorgung im Rahmen des mittelbaren Behinderungsausgleichs i.S.d. § 33 I SGB V. Die Versorgung wird vom Anwendungsbereich des § 13 IIIa SGB V erfasst.

SG Bremen, Urt. v. 03.03.2017 - S 8 KR 259/15 - verurteilte die Bekl., den Kl. mit einem Speedy Bike Elektra 3 zu versorgen, das LSG wies die Berufung zurück.

b) Cannabis

aa) Kein Anspruch ohne medizinische Verordnung oder Stellungnahme

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 29.11.2018 - L 1 KR 416/16


SG Berlin, Urt. v. 08.07.2016 - S 166 KR 4207/15 - wies die Klage ab, das LSG die Berufung zurück.

bb) Ärztliche Verordnung als Voraussetzung


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


c) Fristen

aa) Positive Kenntnis berechtigter Gründe für Nichteinhaltung der Entscheidungsfrist

SG Mainz, Urteil v. 04.12.2017 - S 3 KR 582/15

Leitsatz: Die positive Kenntnis berechtigter Gründe für die Nichteinhaltung der Entscheidungsfrist des § 13 Abs. 3a SGB V hindert den Versicherten nicht an der Geltendmachung einer fiktiv genehmigten Leistung.

Das SG verurteilte die Bekl., die Kl. mit der beantragten Oberarmstraffung (beidseits) sowie der Oberschenkelstraffung (beidseits) als Sachleistung zu versorgen.

bb) Bearbeitungsfristen bei Versicherten mit Wohnsitz im Ausland

LSG Bayern, Urteil v. 03.05.2018 - L 4 KR 297/17

Orientierungssatz juris: 1. Zum Anspruch einer in Großbritannien lebenden Versicherten auf Gewährung von fünf postbariatrischen Wiederherstellungsoperationen im Rahmen der Genehmigungsfiktion nach § 13 Abs. 3a SGB V.


d) Keine fiktive Genehmigung im Widerspruchsverfahren

SG Mainz, Urteil v. 21.08.2018 - S 3 KR 370/16

Leitsatz: Die Vorschrift des § 13 Abs. 3a SGB V statuiert nach verständiger Auslegung der Norm keine Vorgaben für das Widerspruchsverfahren. Die Vorschrift des § 13 Abs. 3a SGB V findet auf das Widerspruchsverfahren keine analoge Anwendung. Mangels planwidriger Regelungslücke liegen die Voraussetzungen einer Analogiebildung nicht vor. Das SG wies die Klage ab.

e) Keine Fortwirkung einer fingierten Genehmigung nach Kassenwechsel


Leitsatz: Eine nach § 13 Abs. 3a SGB V fingierte Genehmigung wird mit dem Ende der Mitgliedschaft bei der Krankenkasse gegenstandslos. Der Genehmigungsfiktion nach § 13 Abs. 3a SGB V kommt keine Feststellungswirkung gegenüber anderen Krankenkassen zu. Der Leistungsantrag einer Versicherten, der zum Eintritt der Genehmigungsfiktion nach § 13 Abs. 3a SGB V bei der bisherigen Krankenkasse geführt hat, wirkt nach Beendigung der Mitgliedschaft bei dieser Krankenkasse nicht gegenüber der neuen Krankenkasse fort.


2. Kostenbeteiligung des Versicherten zur Entfernung von Brustimplantaten

a) Medizinisch nicht indizierte ästhetische Operation/Verfassungsgemäßheit

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 28.01.2019 - L 16 KR 324/18

§ 52 II SGB V bildet eine Ausnahme von der Regel, wonach im Interesse der Versicherten und der Allgemeinheit Krankenbehandlung und andere notwendige Leistungen ohne Rücksicht auf die Krankheitsursachen zu gewähren sind. Es bestehen keine verfassungsrechtlichen Bedenken.

Nach § 52 II SGB V muss die Krankheit durch eine medizinisch nicht indizierte ästhetische Operation verursacht worden sein. Darunter sind Eingriffe zu verstehen, die zur Verbesserung des Aussehens dienen. Beispiele ästhetischer Operationen sind insbesondere Brustvergrößerungen oder Verkleinerungen oder das Einbringen eines formgebenden Implantats. Es kommt nicht darauf an, ob die Operation zum Einsatz der Implantate seinerzeit nicht mit Problemen oder Komplikationen verbunden war. Es kommt auch nicht darauf an, ob Brustimplantate mittlerweile als völlig normal und üblich anzusehen sind.

SG Hannover, Urt. v. 09.05.2018 - S 86 KR 1513/17 - wies die Klage ab, das LSG die Berufung zurück.

b) Verfassungsmäßigkeit der Kostenbeteiligung

SG Berlin, Urteil v. 05.11.2018 - S 81 KR 1075/18

Leitsatz: Die Regelung des § 52 Abs. 2 SGB V, wonach die Krankenkasse Versicherte, die sich eine Krankheit durch eine medizinisch nicht indizierte ästhetische Operation, eine Tätowierung oder ein


3. Kosten einer ambulanten Psychotherapie

**LSG Nordrhein-Westfalen**, Beschluss v. 08.10.2018 - L 11 KR 720/17


SG Duisburg, Urt. v. 08.09.2017 - S 31 KR 927/16 - wies die Klage ab, das LSG die Berufung zurück.

4. Auslandsbehandlung

a) Behandlung in Österreich

aa) Cross-over-Lebendnierspenden in Österreich

SG Köln, Urteil v. 07.09.2018 - S 26 KR 202/15

Eine Nierentransplantation gehört auch in Deutschland zu den festgesetzten medizinischen Standardtherapien. 

§§ 8 I 2, 19 I Nr. 2 TPG belegen, dass die Übertragung einer Niere von einem anonymen, noch lebenden Spender an einen anderen Menschen in Deutschland verboten ist. Auch aus § 2 Ia SGB V kann ein Erstattungsanspruch nicht hergeleitet werden. Es dürfen keine Leistungen zur Verfügung gestellt oder erstattet werden, die in Deutschland aus ethisch-moralischen Gründen generell verboten oder sogar strafbewehrt sind.

Die Beteiligten streiten über die Erstattung von Kosten, welche der Kl. anlässlich einer Lebendnierspende im September 2016 in Österreich i.H.v. 49.607,87 € entstanden sind. Im angefochtenen
Widerspruchsbescheid, auf den die Kammer verweist (§ 136 III SGG), wird u.a. ausgeführt, dass in Deutschland derzeit kein kompatibles Spenderpaar unter den regulatorischen Hürden gefunden werden konnte, falle nicht in den Verantwortungsbereich der gesetzlichen Krankenversicherung. Ein Nachweis darüber, dass in Österreich ein passendes Spenderpaar bekannt ist, sei nicht erfolgt. Das SG wies die Klage ab.

bb) „Grenzgänger in Rente“: Wechsel des Wohnsitzes

LSG Bayern, Urteil v. 09.08.2018 - L 4 KR 368/15


SG Landshut, Urt. v. 30.06.2015 - S 1 KR 260/14 - wies die Klage ab, das LSG die Berufung zurück.

c) Leistungen bei Beschäftigung im Ausland

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 29.11.2018 - L 1 KR 341/16

§ 17 SGB V kommt wegen des vorrangigen Koordinationsrechts der Europäischen Gemeinschaft nicht zur Anwendung.


b) Behandlung einer Bronchitis fibroplastica in USA

SG Bremen, Urteil v. 23.10.2018 - S 8 KR 263/17

Leitsatz: Bei einer lebensbedrohlchen Erkrankung muss die Gesetzliche Krankenkasse unter Umständen auch die Kosten einer neuartigen Behandlung in den USA übernehmen (§ 18 Abs. 1 S. 1 SGB V). Dies gilt auch dann, wenn über die Behandlung noch keine Studien vorliegen, aber alle behandelnden und mit dem Verfahren gutachterlich befassten Ärzte übereinstimmend davon ausgehen, dass die neue Behandlungsmethode alternativlos ist (§ 2 Abs. 1a SGB V).


IV. Arzneimittelversorgung

1. Cannabis

a) Versorgung mit Cannabisblüten nur aufgrund vertragsärztlicher Verordnung

Leitsatz: Ein Anspruch auf Genehmigung einer Versorgung mit Cannabisblüten nach § 31 Abs. 6 SGB V bedarf einer vertragsärztlichen Verordnung.
Ein **Apotheker** er wirbt keinen **Vergütungsanspruch** für die Abgabe von Cannabisblüten, wenn er sich nicht bei jeder Abgabe die notwendige **Genehmigung der Erstverordnung** vorlegen lässt. Daraus folgt aber nicht, dass die nach erteilter Genehmigung der Erstverordnung ausgestellten Folgeverordnungen exakt der Erstverordnung entsprechen müssen.

**SG Freiburg**, Beschl. v. 17.09.2018 - S 1 KR 3954/18 ER - lehnte den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

### b) Alternativtherapien/Voraussetzung einer „begründeten Einschätzung“


**Leitsatz:** Voraussetzung für die Annahme, dass eine anerkannte **Standardtherapie** i.S.v. § 31 Abs. 6 Satz 1 Nr. 1 Buchst. b SGB V nicht zur Anwendung kommen kann, ist, dass aufgrund individueller Umstände der Eintritt konkret zu erwartender **Nebenwirkungen** aufgezeigt wird, die aufgrund einer individuellen Abschätzung als unzumutbar anzusehen sind. Zur Begründung eines Anspruchs auf Versorgung mit Medizinl-Cannabis genügt es daher nicht, wenn nur allgemein auf die Möglichkeit des Eintritts von Nebenwirkungen bei Einsatz eines anerkannten und dem medizinischen Standard entsprechenden Arzneimittels verwiesen wird.

Die Voraussetzung einer „**spürbar positiven Einwirkung**“ i.S.d. § 31 Abs. 6 Satz 1 Nr. 2 SGB V verlangt keinenWirksamkeitsnachweis nach den Maßstäben evidenzbasierter Medizin. Angelehnt an die Rechtsprechung des BSG zu § 2 Abs. 1a SGB V ist vielmehr je nach Schwere der Erkrankung ein abgestufter Evidenzgrad zu verlangen; insoweit können schon (Wirksamkeits)Indizien, die sich außerhalb von Studien oder vergleichbaren Erkenntnisquellen oder von Leitlinien ärztlicher Fachgesellschaften finden können, genügen. Nicht ausreichend sind jedoch allein positive Erfahrungen des Versicherten aufgrund eines schon erfolgten Einsatzes des Medizin-Cannabis.

**SG Trier**, Urt. v. 11.04.2018 - S 5 KR 130/17 - verurteilte die Bekl., die Kl. mit Cannabisblüten entsprechend der jeweilig ärztlich verordneten Dosierungen zu versorgen, das **LSG** wies die Klage ab.

### c) Medizin-Cannabisblüten: Zwangsstörungen/Ärztliche Begründung

**LSG Baden-Württemberg**, Beschluss v. 01.10.2018 - L 11 KR 3114/18 ER-B

**Leitsatz:** Massive Auswirkungen einer **Zwangsstörung** können eine **schwerwiegende Erkrankung** i.S. von § 33 Abs. 6 Satz 1 SGB V sein. Eine begründete **Einschätzung des behandelnden Vertragsarztes**, dass im konkreten Fall eine dem medizinischen Standard entsprechende Leistung nicht zur Anwendung kommen kann, liegt vor, wenn der Arzt nach Beginn der Standardtherapie das Auftreten von Nebenwirkungen beschreibt und außerdem darlegt, weswegen eine Umstellung auf andere Therapien dem Versicherten im konkreten Fall nicht zumutbar ist.


### d) Schwerwiegende Erkrankung/Zweifelhafter Nutzen durch Cannabis bei ADHS

**LSG Niedersachsen-Bremen**, Beschluss v. 27.11.2018 - L 16 KR 504/18 B ER

Eine **schwerwiegende Erkrankung** i.S.d. § 31 VI 1 SGB V ist nicht glaubhaft gemacht, wenn sich aus den medizinischen Unterlagen nicht ergibt, wie die Diagnose ADHS gesichert wurde und die Erkrankung bisher verlief.

Es bestehen erhebliche Zweifel, dass überhaupt ein **Nutzen** durch Cannabis bei ADHS besteht.

www.dg-kassenarztrecht.de

e) Fehlen einer vertragsärztlichen Verordnung/Folgenabwägung

*LSG Bayern*, Beschluss v. 07.08.2018 - L 20 KR 215/18 B ER


Soweit im Ergebnis noch Restzweifel am Bestehen eines Leistungsanspruches in der Hauptsache verbleiben, können diese bei Abwägung der widerstreitenden Interessen zurückzutreten.

Die 1994 geb. Ast., die unter einem Fibromyalgiesyndrom sowie einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren leidet, begehrt die (vorläufige) Versorgung mit Cannabis in Form von getrockneten Blüten. *SG Bayreuth*, Beschl. v. 19.03.2018 - S 8 KR 58/18 ER - lehnte den Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das *LSG* verpflichtete die Ag., die Ast. längstens bis zum Abschluss des erstinstanzlichen Hauptsacheverfahrens vorläufig mit Medizinal-Cannabisblüten der Sorten Bediol (10g-Dose, 1x täglich 0,25g morgens), Penelope (10g-Dose, 1x täglich 0,25g mittags) und Pedanios 20/1 (10g-Dose, 1x täglich 0,5g abends) entsprechend der vertragsärztlichen Verordnung v. 31.07.2018 zu versorgen (Inhalation in einem Verdampfungssystem; tägliche Maximaldosis 1g; Monatsbedarf 30g).

f) Einstweiliges Anordnungsverfahren: Hoher Grad an Wahrscheinlichkeit


Bei einer **Vorwegnahme der Hauptsache** ist ein **hoher Grad an Wahrscheinlichkeit** für ein Obsieg der Ast. im Hauptsacheverfahren erforderlich. Ist die Sach- und Rechtslage nicht so eindeutig, dass von einem Vorliegen der Voraussetzungen des geltend gemachten Anspruchs nach § 31 VI SGB V auszugehen ist, so ist ein Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung abzulehnen.


2. Orphan drugs: Unterstellter Zusatznutzen/Preisbestimmung

*(Nusinersen/Spinraza®)*

*SG Marburg*, Beschluss v. 29.11.2018 - S 6 KR 173/18 ER


2. Das Verfahren der Nutzenbewertung nach § 35a SGB V dient explizit nicht zur Einschränkung der durch die Arzneimittelzulassung begründeten Leistungspflicht.

3. Die Zulassung eines Arzneimittels für seltene Leiden begründet nach § 35a Abs. 1 Satz 11 SGB V bereits per se einen Zusatznutzen und führt damit automatisch zu dem Verfahren der Preisbestimmung nach § 130b Abs. 1 SGB V.

4. Das Verfahren nach § 35a SGB V ist ein Mittel zur Bestimmung der Wirtschaftlichkeit der Verordnung eines Arzneimittels im Sinne von § 12 SGB V. Ein **besonders hoher Preis** für das
begehnte Arzneimittel - insbesondere in der Einführungsphase - kann damit dem Antragsteller nicht entgegengehalten werden, sondern ist systemimmanent.

Das SG verpflichtete die Ag. im Wege des einstweiligen Rechtsschutzes, den Ast. mit dem Arzneimittel Nusinersen (Spinraza®) ab sofort zu versorgen und befristete seine Anordnung bis zum 31.12.2019.

V. Hilfsmittel/Heilmittel

1. Rollstuhlfahrrad mit Elektroantrieb

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 09.11.2017 - L 16 KR 125/17

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

SG Köln, Gerichtsb. v. 24.01.2017 - S 9 KR 1208/15- wies die Klage ab, das LSG die Berufung zurück.

2. Orthese für unmittelbaren Behinderungsausgleich (Mikroprozessorgesteuerte Armorthese Gowing)

SG Osnabrück, Urteil v. 15.11.2018 - S 34 KR 281/17

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

Das SG verurteilte die Bekl., den Kl. mit einer mikroprozessorgesteuerten Armorthese Gowing entsprechend dem Kostenvoranschlag zu versorgen.

3. Erstattung von Stromkosten für Betrieb eines Motomed-Bewegungstrainers

SG Halle, Urteil v. 02.08.2018 - S 22 KR 511/17

Rechtskräftig
www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 33 I


www.dg-kassenarztrecht.de
4. Hörgeräteversorgung

a) Beratungspflichten trotz Versorgungsvertrag


Festbeträge sind nicht geeignet, die gesetzlich begründeten Leistungsansprüche der Versicherten einzuschränken.

Dafür, dass eine angemessene Versorgung auch zu einem günstigeren Preis möglich gewesen wäre, spricht zwar die Auskunft des Gutachters. Die Krankenkasse hat es aber versäumt, der Kl. in dieser Frage beratend zur Seite zu stehen. Dann kann sie sich nicht auf vermeintliche oder tatsächliche günstigere Möglichkeiten einer ausreichenden Versorgung berufen.

SG Cottbus, Urt. v. 27.07.2016 - S 37 KR 72/13 - wies die Klage ab, das LSG verurteilte die Bekl., an die Kl. weitere 2.291,13 € zu zahlen.

b) Nachweis der Erforderlichkeit

LSG Hamburg, Urteil v. 29.01.2019 - L 3 KR 23/17

Es besteht kein Anspruch auf eine gewünschte Hörgeräteversorgung ohne objektivierbaren Nachweis ihrer Erforderlichkeit.


5. Rauchmeldesystem für Gehörlose bei stationärer Unterbringung

LSG Bayern, Urteil v. 20.06.2018 - L 20 KR 139/17


2. Zwar sind Krankenkassen zur Versorgung von Versicherten mit Hilfsmitteln grundsätzlich unabhängig davon verpflichtet, ob sie in einer eigenen Wohnung oder einem Heim leben. Die Pflicht der gesetzlichen Krankenversicherung zur Versorgung der Versicherten mit Hilfsmitteln endet aber dort, wo die Pflicht des Einrichtungsträgers auf Versorgung der Bewohner mit Hilfsmitteln endet.


6. Zusätzliche Funkübertragungsanlage zum Zwecke eines Studiums

**LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 23.10.2018 - L 11 KR 1153/18**

**Leitsatz:** Eine Versicherte, die an einer Taubheit grenzenden Schwerhörigkeit leidet und beidseitig mit einem Cochlea-Implantat sowie einer Funkübertragungsanlage bestehend aus zwei Roger X-Empfängern und einem Roger EasyPen versorgt ist, hat keinen Anspruch nach § 33 SGB V auf Versorgung mit **zwei zusätzlichen Roger EasyPen** zum Zwecke eines Studiums.

**SG Freiburg,** Urt. v. 16.02.2018 - S 2 KR 22/17 - verurteilte die Bekl., zwei Roger EasyPens als Sachleistung zu gewähren, das **LSG** wies die Klage ab.

7. Kein Anspruch auf Krankengymnastik ohne Kassenrezept

**LSG Hessen, Urteil v. 17.01.2019 - L 8 KR 264/18**


**SG Kassel,** Gerichtsb. v. 12.04.2018 - S 5 KR 413/13 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

VI. Rehabilitation/Häusliche Krankenpflege/Fahrkosten

1. Stationäre Rehabilitationsmaßnahme bei Alzheimer mit fortgeschrittener Demenz

**LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 17.07.2018 - L 11 KR 1154/18**

Eine **Rehabilitationsprognoe** ist an den **Rehabilitationszielen** zu messen, die an die **Erkrankung** - hier: eine fortgeschrittene Demenz - anzupassen sind.

**SG Mannheim,** Gerichtsb. v. 02.03.2018, wies die Klage ab, das **LSG** verurteilte die Bekl., der Kl. 5.591,60 € zu zahlen.

2. Häusliche Krankenpflege

a) Integrationskraft für Kindergartenbesuch bei Kind mit Diabetes mellitus Typ I

**SG Reutlingen, Beschluss v. 08.11.2018 - S 1 KR 2376/18 ER**

**Leitsatz:** 1. Ein an Diabetes mellitus Typ I erkranktes 3 ½ jähriges Kind hat im Rahmen der **Eingliederungshilfe** Anspruch auf eine **Integrationskraft zur Beobachtung und Beaufsichtigung im Kindergarten**, da anderenfalls der Besuch eines Regelkindergartens nicht möglich ist.

2. Dieser Beobachtungs- und Beaufsichtigungsbedarf ist durch die **Erzieherinnen** des Regelkindergartens nicht zu erbringen.

www.dg-kassenarztrecht.de
4. Die Genehmigungsfiktion des § 18 Abs. 3 SGB IX greift hier nicht, da die Krankenkasse als Träger der Eingliederungshilfe tätig wird.
5. Daneben besteht - bei entsprechender vertragsärztlicher Verordnung - ein Anspruch gegen die Krankenkasse auf Gewährung häuslicher Krankenpflege, die Blutzuckermessungen und Insulingaben umfasst.

Das SG verpflichtete die Ag. im Wege der Gewährung einstweiligen Rechtsschutzes, der Ast. ab 15.11.2018 Eingliederungshilfe in Form einer Integrationskraft für den Besuch ihres Kindergartens, jeweils von Montag bis Freitag von 7:00 Uhr bis 13:30 Uhr, zu gewähren.

b) Medikamentengabe in ambulant betreuter Wohngruppe

SG Bayreuth, Gerichtsbescheid v. 16.05.2018 - S 8 KR 150/17

§ 94 SGB V §§ 3 III, 37

§ 37 IV SGB V regelt den Fall, dass die Krankenkasse grundsätzlich das Vorliegen der Voraussetzungen des Abs. 1 oder 2 und damit ihre Leistungspflicht vor Inanspruchnahme der Krankenpflege anerkannt hat und von der Gewährung von Sächleistungen entweder absieht oder diese ihr nicht möglich ist.

Erbringen die Pflege-, Betreuungs- und Hauswirtschaftshilfskräfte in einer Wohngemeinschaft behauptungspflegerische Tätigkeiten entsprechend der Qualifikation nach Anleitung einer Pflegefachkraft, so sind sie damit jedenfalls in der Lage, ggf. nach Anleitung, einfache Maßnahmen, wie die Medikamentengabe, wie sie in einem Haushalt grundsätzlich von jedem Erwachsenen erbracht werden können, durchzuführen.

Streitig ist zwischen den Beteiligten die Kostenübernahme für häusliche Krankenpflege in Form von Medikamentengabe vier Mal täglich und sieben Mal wöchentlich in Höhe von 1.206,84 € für die Zeit vom 01.01.17 bis 31.03.17. Die Kl. lebt in einer ambulant betreuten Wohngemeinschaft mit einer 24-stündigen Anwesenheit von gerontopsychiatrisch geschulten Mitarbeitern. Das SG wies die Klage ab.

c) 24-stündige Krankenbeobachtung nach fiktiver Genehmigung im einstweiligen Rechtsschutz


www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 37; SGG § 86b II


3. Fahrkosten zur Methadonbehandlung/Wegstreckenentschädigung

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 27.11.2018 - L 1 KR 110/17

Ein Versicherter in der Methadonbehandlung hat wegen der hohen Therapiedichte bei der Methadonbehandlung als besonderer Ausnahmefall Anspruch auf Übernahme von Fahrkosten zu ambulanten Behandlungen.


4. Transport von Eigenblutspenden

LSG Hessen, Urteil v. 08.11.2018 - L 1 KR 240/18


VII. Beziehungen zu Krankenhäusern


1. Vergütungsanspruch/Fälligkeit

a) Neue Behandlungsmethode (Lungenvolumenreduktion mittels Implantation von Coils)


Eine Lungenvolumenreduktion mittels Implantation von Coils bei Versicherten, die an einer COPD Grad IV leiden, hatte im Juli 2013 das Potenzial einer Behandlungsalternative (entgegen LSG
b) Nachweis von Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit

aa) Beweislast für Erforderlichkeit der Dauer stationärer Behandlung

LSG Mecklenburg-Vorpommern, Urteil v. 18.10.2018 - L 6 KR 72/14

Leitsatz: Der Krankenhausträger trägt die objektive Beweislast für die Erforderlichkeit auch der Dauer der stationären Behandlung. BSG, Urt. v. 30.06.2009 - B 1 KR 24/08 R - SozR 4-2500 § 109 Nr. 17; ohne ausreichende Dokumentation in der Patientenakte ist der Nachweis von Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit regelmäßig ausgeschlossen. SG Schwerin, Gerichtsb. v. 18.08.2014 - S 20 KR 13/11 - verurteilte die Bekl., an die Kl. 1.941,93 € nebst Zinsen zu zahlen; das LSG wies die Klage ab.

bb) Umfang einer Operation/Patientendokumentation

SG Detmold, Urteil v. 11.04.2018 - S 5 KR 167/16


c) Keine leitliniengerechte Behandlung/Unzureichende Dokumentation

SG Düsseldorf, Urteil v. 02.07.2018 - S 47 KR 1598/13

Eine vollstationäre Krankenhausbehandlung ist nicht mehr medizinisch erforderlich, wenn im weiteren Verlauf der Erkrankung und Behandlung die Behandlung nicht leitliniengerecht und stringent erfolgt und zudem unzureichend dokumentiert ist, so dass rechnerisch eine Verkürzung angenommen werden kann.


dd) Keine Umsetzung des leitliniengerechten Vorgehens

SG Düsseldorf, Urteil v. 28.11.2018 - S 9 KR 944/14

Eine medizinische Notwendigkeit der vollstationären Behandlung besteht nicht bei einer insuffizienten Pharmakotherapie. Dies ist der Fall, wenn das leitliniengerechte Vorgehen mit dem Schwerpunkt auf Antidepressiva mit Spiegel- und Einnahmekontrolle, Umstellung auf ein neues Präparat nach 4 bis 6 Wochen bei Behandlungsversagen, ggf. auch in Kombination, bei dem Versicherten nicht umgesetzt wird. Das Krankenhaus verstößt insoweit gegen das Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsgebot aus §§ 2 I 3, 12 I 1 SGB V.

c) Änderung der Forderungsbegründung (OPS) keine Nachforderung

LSG Hamburg, Urteil v. 14.06.2018 - L 1 KR 66/16

Unter einer Nachforderung ist eine nachträgliche, zusätzliche Forderung zu verstehen. Es muss sich um eine nachträglich geltend gemachte Forderung handeln, die über die ursprüngliche Forderung betragsmäßig hinausgeht. Es handelt sich nicht um eine Nachforderung, wenn das ursprüngliche Begehren nach vollständiger Erfüllung einer betragsmäßig unveränderten Zahlungsforderung weiterverfolgt wird, auch wenn die Forderung anders begründet wird. Der Austausch der Begründung für eine Zahlungsforderung ist etwas anderes als die Formulierung einer höheren als der ursprünglichen Zahlungsforderung.

SG Hamburg, Urt. v. 27.05.2016 - S 33 KR 544/12 - verurteilte die Bekl., an die Kl. 2.835,73 € nebst Zinsen zu zahlen, und wies die Klage im Übrigen ab. Das LSG wies die Berufung der Bekl. zurück (Korrektur nur bei den Zinsen) und wies die Widerklage ab.

d) Zweitägige Augeninnendruckmessung

SG Mainz, Urteil v. 24.09.2018 - S 14 KR 337/15


Das SG verurteilte die Bekl., an die Kl. 619,18 € nebst Zinsen zu zahlen.

e) Vier-Wochen-Frist zur Einreichung von Unterlagen nach PrüfvVb 2014

SG Marburg, Gerichtsbescheid v. 02.01.2019 - S 14 KR 1/18


Das SG wies die Klage ab.

f) Verjährung von Erstattungsfordernissen

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 23.08.2018 - L 16 KR 349/18

SG Duisburg, Gerichtsb. v. 03.05.2018 - S 39 KR 273/17 - wies die Klage ab, das LSG die Berufung zurück.

2. Fallpauschalen

a) Bestimmung der Hauptdiagnose bei Auftreten weiterer Erkrankungen

SG Fulda, Urteil v. 25.09.2018 - S 4 KR 172/16

Leitsatz: 1. Als Hauptdiagnose zur DRG-Bestimmung kommt jede stationär behandlungsbedürftige Erkrankung in Betracht, die im Zeitpunkt der Aufnahme in der Person des Versicherten in das Krankenhaus vorliegt. Es kommt nicht darauf an, ob sie bereits bekannt oder ärztlicherseits diagnostiziert war.

2. Kommen insofern mehrere Diagnosen als Hauptdiagnose in Betracht, ist diejenige auszuwählen, die für die durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen sowohl in quantitativer wie in qualitativer Hinsicht überwiegend ursächlich war und die insoweit dem Aufenthalt bei einer Gesamtbetrachtung das wesentliche Gepräge verliehen hat.

Das SG verurteilte die Bekl., an die Kl. 4.862,83 nebst Zinsen zu zahlen.

b) Einordnung in ICD-10: Krankheitsgeschehen/Ursache der Erkrankung

SG Nürnberg, Urteil v. 06.12.2018 - S 7 KR 665/17


Dass SG wies die Klage ab.

c) Wirtschaftlichkeit der Gabe von Apherese-Thrombozytkonzentraten

aa) Einschätzung des Paul Ehrlich Instituts: Gleichwertigkeit von Poolprodukten

SG Mainz, Urteil v. 28.05.2018 - S 14 KR 375/15


2. Das Paul Ehrlich Institut hat ATK und PTK als Blutprodukte zugelassen. Es ist der Auffassung, dass diese grundsätzlich bis auf wenige Ausnahmefälle gleichwertig und mit gleichem Behandlungserfolg eingesetzt werden können. PTK ist nicht indiziert bei
- Chronisch-transfusionspflichtigen Patienten bei Vorliegen hämatologisch-onkologischer Grunderkrankung,
- Transfusionspflichtigen Kindern,
- Boosterung z.B. im Rahmen von Schwangerschaften
- Vortransfusionen
- Transplantationen
- Antigene auf Leukozyten
- Antigene auf Thrombozyten.

3. Die **Abrechnungsvorschriften** für ATK und PTK sind geeignet, die **Wissenschaftsfreiheit** aus Art. 5 Abs. 3 S. 1 des Grundgesetzes (GG) zu berühren; ein Verstoß liegt aktuell nicht vor.

   Das SG wies die Klage ab.

**bb) Keine Unwirtschaftlichkeit bei fehlender Datengrundlage**

SG Nürnberg, Urteil v. 15.06.2018 - S 21 KR 332/15

**SGB V § 109 IV 3**

Die **Gabe von Apherese-Thrombozytenkonzentraten** ist nicht unwirtschaftlich gegenüber der kostengünstigeren Verabreichung von **Poolprodukten**, weil keine gesicherten Daten vorliegen, die belegen, dass beide im operativen Bereich gleich geeignet sind.


**cc) Fehlende Datengrundlage für Nachweis der Unwirtschaftlichkeit**

SG Detmold, Urteil v. 22.06.2018 - S 24 KR 80/16

**SGB V § 109 IV 3**

Die Gabe von Apherese-Thrombozytenkonzentrat (ATK) ist gegenüber der Gabe von Pool-Thrombozytenkonzentrat (PTK) nicht unwirtschaftlich. Bislang liegen nämlich **keine gesicherten Daten** vor, die belegen, dass ATK und PTK im **operativ-herzchirurgischen Bereich** gleich geeignet sind.

   Das SG wies die Klage der Krankenkasse ab.

**d) Fremd-allogene Stammzelltransplantation bei einer 74-jährigen Versicherten**

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 23.02.2018 - L 4 KR 1055/15

**Revision nach Nichtzulassungsbescheide anhängig: B 1 KR 3/19 R**

**juris**

**SGB V §§ 2, 109 IV 3, 112 II 1 Nr. 1, 137c; KHG § 17b; KHEntgG § 7 I I Nr. 1**

Die Durchführung einer **fremd-allogenen Stammzelltransplantation** bei einer **74-jährigen Versicherten** wegen einer chronischen myelomonozytären **Leukämie** ist vergütungsfähig.

   **SG Reutlingen**, Urt. v. 11.02.2015 verurteilte die Bekl. zur Zahlung von 116.597,47 € nebst Zinsen, das LSG wies die Berufung zurück.

   Das BSG gibt zum Revisionsverfahren folgenden Gegenstand an: Zu den Voraussetzungen einer wirksamen Einwilligung in eine experimentelle Behandlung mit hohem Mortalitätsrisiko und deren Ermittlung im Rechtsstreit.

**Parallelverfahren:**

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 23.02.2018 - L 4 KR 1056/15

**Revision nach Nichtzulassungsbescheide anhängig: B 1 KR 4/19 R**

**juris**

Die Durchführung einer **fremd-allogenen Stammzelltransplantation** bei einer **74-jährigen Versicherten** wegen einer chronischen myelomonozytären **Leukämie** ist vergütungsfähig.

   **SG Reutlingen**, Urt. v. 11.02.2015 verurteilte die Bekl. zur Zahlung von 116.597,47 € nebst Zinsen, das LSG wies die Berufung zurück.

   Das BSG gibt zum Revisionsverfahren folgenden Gegenstand an: Zu den Voraussetzungen einer wirksamen Einwilligung in eine experimentelle Behandlung mit hohem Mortalitätsrisiko und deren Ermittlung im Rechtsstreit.

**e) „Paradigmenwechsel“ im Verständnis der Sepsis: Vergütung 2016**

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 22.01.2019 - L 11 KR 1049/18

**www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris**

**SGB V § 109**

**Leitsatz:** Nach der sog Sepsis-3-Definition steht seit einigen Jahren das lebensbedrohliche Organversagen im Mittelpunkt. **Sepsis** ist jetzt als lebensbedrohliche Organdysfunktion infolge einer dysregulierten Immunantwort auf eine mutmaßliche Infektion definiert.

www.dg-kassenarztrecht.de


f) Voraussetzungen für die Diagnose einer Sepsis 2012/2013

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 22.01.2019 - L 11 KR 3754/18


g) Allogene Stammzelltransplantation bei einem rezidivierten Myelom


Eine allogene Stammzelltransplantation bei einem rezidivierten Myelom entspricht nicht dem gesicherten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse im Jahr 2010 (hier unstreitig). Einem Anspruch nach § 2 Ia SGB V steht entgegen, dass eine auf Indizien gestützte, nicht ganz fernliegende Aussicht auf Heilung oder wenigstens auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf nicht besteht.

SG Wiesbaden, Urt. v. 22.11.2014 - S 18 KR 360/11 - verurteilte die Bekl., an die Kl. 73.955,25 € nebst Zinsen zu zahlen. Das LSG wies die Klage ab.

VIII. Beziehungen zu Leistungserbringern und Arzneimittelherstellern

1. Hilfsmittelerbringer

a) Orthopädie-schuhtechnische Leistungen: Übergangsrecht 2010/Qualifikation


Leitsatz: 1. Gemäß § 127 Abs. 2a Satz 4 SGB V a. F. in Verbindung mit § 126 Abs. 1a SGB V können Vertragspartner der Krankenkassen grundsätzlich nur solche Leistungserbringer sein, die die Voraussetzungen für eine ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte Herstellung, Abgabe und Anpassung der Hilfsmittel erfüllen (§ 126 Abs. 1 Satz 2 SGB V), was die Krankenkassen sicherzustellen haben (§ 126 Abs. 1a Satz 1 SGB V).

2. § 127 Abs. 2a Satz 4 SGB V a.F. verweist in diesem Zusammenhang jedoch auch auf die Anwendbarkeit der Regelung in § 126 Abs. 2 SGB V a.F., nach welcher für Leistungserbringer, die am 31.03.2007 über eine Zulassung nach § 126 SGB V in der zu diesem Zeitpunkt geltenden Fassung verfügten, die Voraussetzungen nach Absatz 1 Satz 2 bis zum 30.06.2010 insoweit als erfüllt gelten (Satz 1). § 126 Abs. 2 Satz 1 SGB V a.F. fingierte ein Fortbestehen der Qualifikation des Hilfsmittelerbringers; bis zum 30.06.2010 galten grundsätzlich alle Leistungserbringer, die am 31.03.2007 zur Versorgung zugelassen waren, als geeignet, einem Vertrag beitreten zu können, d.h., ohne eine individuelle Eignungsprüfung oder das Präqualifizierungsverfahren durchlaufen zu müssen. Bis zum Ablauf der Übergangsfrist galten für die genannte Leistungserbringergruppe die gesetzlichen Eignungsanforderungen an Vertragspartner grundsätzlich - sofern keine wesentlichen Änderungen der betrieblichen Verhältnisse gegeben sind, § 126 Abs. 2 Satz 2 SGB V a.F. als erfüllt.


b) Keine aufschiebende Wirkung des Widerspruchs gegen „Beschaffungsbeschluss“


2. Apotheker: Abgabe thalidomidhaltiger Arzneimittel

LSG Hessen, Urteil v. 18.10.2018 - L 8 KR 282/17

Thalidomidhaltige Arzneimittel werden mit einem sog. T-Rezept verordnet. Für den Apotheker genügt eine ärztliche Verordnung, bei der das erste Feld über „alle Sicherheitsmaßnahmen“ angekreuzt ist, den Anforderungen des § 3a II AVMM. Die Verordnung ist damit ordnungsgemäß und das Medikament darf abgegeben werden. Aus der Sicht des Apothekers kommt es also für ein
ordnungsgemäßer Rezept nicht auf das Ankreuzen des zweiten Feldes an. Das zweite Feld hat nur gegenüber dem Arzt die Bedeutung einer Checkliste seiner ärztlichen Pflichten.

SG Frankfurt a. M., Urt. v. 27.01.2015 - S 18 KR 500/12 - gab der Klage (auf Zahlung von 13.017,88 €) statt, das LSG wies die Berufung zurück.

3. Arzneimittelhersteller

a) Lieferanten von Sprechstundenbedarf: Bereicherungsrechtlicher Zahlungsanspruch

SG Düsseldorf, Urteil v. 29.11.2018 - S 8 KR 219/18


SGB V §§ 129, 130a, 130b, 130c


Das SG verurteilte die Bekl., an die Kl. insgesamt 1.138.681,74 € nebst Zinsen zu zahlen.

b) Keine unmittelbare Klage gegen Nutzenbewertungsbeschluss des GBA


Nichtzulassungbeschwerde anhängig: B 3 KR 77/18 B

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 35a, 130b


Im Streit ist der Beschluss des GBA v. 27.11.2015 über eine Änderung der AM-RL durch Ergänzung der Anlage XIII - Beschlüsse über die Nutzenbewertung von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen nach § 35a SGB V - um den Wirkstoff Ivermectin. Das LSG wies die Klage als unzulässig ab.

c) Widerrufs- und Unterlassungsansprüche gegen MDK

SG Reutlingen, Beschluss v. 09.08.2018 - S 1 KR 414/18

juris

SGG § 197a


Das SG legte dem Ag. (MDK) die Kosten des Verfahrens auf.

4. Häusliche Krankenpflege: Qualitätsstandards hinsichtlich der angestellten Pflegefachkräfte

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris  
SGB V §§ 69 I, 70 I, 132

2. Die rechtliche Befugnis der Krankenkasse, die Zusammenarbeit mit dem Leistungserbringer von der Erfüllung bestimmter - auch formaler - Qualitätsstandards hinsichtlich der angestellten Pflegefachkräfte abhängig zu machen, leitet sich aus der gesetzlichen Verpflichtung der Krankenkasse ab, eine ausreichende und zweckmäßige Versorgung der Versicherten in der fachlich gebotenen Qualität sicherzustellen.  
3. Dem Leistungserbringer steht für die unter Verstoß gegen derartige vertragliche Regelungen bewirkten Leistungen weder ein Vergütungsanspruch noch ein Wertersatzanspruch aus ungerechtfertigter Bereicherung noch ein Aufwendungsersatzanspruch aus Geschäftsführung ohne Auftrag zu, selbst wenn die Leistungen im Übrigen ordnungsgemäß erbracht worden und für den Versicherten geeignet und nützlich sind. Denn die Funktionsfähigkeit des Systems der Leistungserbringung würde in Frage gestellt, wenn Vorschriften nicht eingehalten werden, die die Qualität der Leistungserbringung sichern und deren Überprüfung erleichtern sollen.  

SG Chemnitz, Gerichtsb. v. 05.11.2013 - S 11 KR 475/12 - wies die Klage ab, das LSG die Berufung zurück.

Parallelverfahren:  
LSG Sachsen, Urteil v. 23.10.2018 - L 9 KR 105/15  
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

IX. Angelegenheiten der Krankenkassen


www.dg-kassenarztrecht.de
1. Aufwandsentschädigungen für Werbung von Mitgliedern
LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 27.09.2018 - L 1 KR 318/17 KL
RID 19-01-162

Eine Krankenkasse handelt rechtswidrig, soweit sie in ihrer MUSTervereinbarung **Aufwandsentschädigungen für die Werbung von Mitgliedern** für sie an Arbeitgeber oder vom Arbeitgeber beauftragtes Personal gewähren will.

Die Praxis einer Krankenkasse, den Laienwerbern die gleichen Sätze zu gewähren wie den berufsmäßigen Vermittlern, ist rechtswidrig. Sie verstößt gegen die Wettbewerbsgrundsätze.


Im Streit steht der Sache nach die Frage, ob die Kl. Arbeitgebern Aufwandsentschädigungen für Mitgliederwerbung zahlen darf, ferner die erlaubte Maximalhöhe der Provisionen allgemein und die Möglichkeit der Staffelung je nach Zahl der Angeworbenen pro Jahr. Das **LSG** wies die Klage ab.

2. Aufsichtsrechtliche Maßnahme: Ausschreibung von Inhalations- und Atemtherapieräten
LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 17.10.2018 - L 9 KR 76/18 KL ER
RID 19-01-163

**Leitsatz:** 1. Nur dann, wenn bereits in der Leistungsbeschreibung **Qualitätsanforderungen** formuliert werden, die über die Mindestvoraussetzungen für jede Leistungserbringung im jeweiligen Hilfsmittelbereich (mehr als nur unwesentlich) hinausgehen, dürfen gemäß § 127 Abs. 1b Satz 4 SGB V der **Preis oder die Kosten** als Zuschlagskriterium mit mehr als 50 % gewichtet werden.

2. **Aufsichtsrechtliche Maßnahmen** nach § 87 ff SGB IV werden durch kartellvergaberechtliche Nachprüfungsverfahren grundsätzlich nicht ausgeschlossen.


3. Erstattung: Zuständigkeit der Krankenkasse für Zweitversorgung mit Kinder-Therapiestuhl
RID 19-01-164

Eine Krankenkasse ist für die **Zweitversorgung** zum Besuch einer **Kindertageseinrichtung** einer 2013 geb. Versicherten mit einem weiteren **Therapiestuhl** leistungspflichtig, wenn der bereits bewilligte Therapiestuhl aufgrund der Maße und des Gewichts nicht zum täglichen Transport geeignet ist. Eine Unterscheidung zwischen Kindern bis zu drei Jahren und Kindern zwischen drei und sechs Jahren sowie zwischen behinderten und nicht behinderten Kindern im Hinblick auf die Hinführung der Kinder zur Schulfähigkeit und/oder Integration in die Gruppe gleichaltriger Kinder ist nicht gerechtfertigt.

Das **SG** verurteilte die bekl. Krankenkasse, dem Kl. die diesem angefallenen Kosten für die Beschaffung des Therapiestuhls M. inklusive Zubehör in Höhe von 3.062,08 € zu erstatten.
X. Sonstiges/Verfahrensrecht

1. Streitwert und Parallelverfahren: Vergleichsmehrwert

LSG Baden-Württemberg, Beschluss v. 08.10.2018 - L 11 KR 4427/17 B
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
GKG §§ 66, 68; RVG §§ 32, 33; GKVerz. Nr. 7600


XI. Bundessozialgericht (BSG)

1. Neue Untersuchungsmethode: Ambulante PET-CT-Untersuchung bei metastas. Sigmakarzinom

SozR 4-2500 § 2 Nr. 11 = KHE 2018/13

Leitsatz: 1. Versicherte können unter den Voraussetzungen grundrechtsorientierter Leistungsauslegung auch noch nicht allgemein anerkannte Untersuchungsmethoden beanspruchen, um Therapieentscheidungen vorzubereiten.
2. Eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf kann auch darin liegen, die lebensbedrohlichen Risiken von Therapieoptionen abzuklären.

2. Stationäre Versorgung

a) Anforderungen des Qualitätsgebotts (Liposuktion)

BSGE = SozR 4-2500 § 137e Nr. 10 = GesR 2018, 525 = KHE 2018/13
Leitsatz: 1. Entscheidet eine Krankenkasse verzögert über einen Widerspruch ihres Versicherten gegen die fristgerechte Ablehnung seines Antrags auf Krankenbehandlung, gilt der Antrag nicht als genehmigt.
2. Versicherte haben als Regelleistung keinen Anspruch auf stationäre Krankenhausbehandlung mit Methoden, die lediglich das Potenzial einer erforderlichen Behandlungsalternative bieten.

b) Erprobungsrichtlinie: Auswahl/Ermächtigung des GBA (Liposuktion)

BSGE = SozR 4-2500 § 137e Nr. 1 = KHE 2018/16 = NZS 2019, 57
2. Versicherte haben Anspruch auf dem allgemeinen Gleichheitsgrundsatz genügende Teilhabe am Auswahlverfahren für Leistungen aufgrund von Erprobungsrichtlinien, wenn die Nachfrage das Angebot übersteigt.
3. Der Gemeinsame Bundesausschuss ist verfassungscheckenform ermittelt, Erprobungsrichtlinien zu erlassen.
3. Genehmigungsfiktion

a) Hilfsmittel und Reha-Leistung

BSG, Urteil v. 15.03.2018 - B 3 KR 18/17 R

Leitsatz: Hilfsmittel der gesetzlichen Krankenversicherung zur Vorbeugung vor oder zu einem Ausgleich einer Behinderung sind Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, für die nicht die leistungsrechtliche Genehmigungsfiktion nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch, sondern das Fristen- und Rechtsfolgenregime nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch Anwendung findet.

Paralleolverfahren:
BSG, Urteil v. 15.03.2018 - B 3 KR 12/17 R
BSG, Urteil v. 15.03.2018 - B 3 KR 4/16 R

b) Keine Verlängerung der Fünf-Wochen-Frist (Liposuktion)

BSG, Urteil v. 06.11.2018 - B 1 KR 13/17 R

Die Fünf-Wochen-Frist nach § 13 IIIa SGB V wird nicht dadurch verlängert, dass die Krankenkasse einen Begutachtungstermin nach Fristablauf anberaumt, wenn sie die Versicherte weder über die voraussichtliche, taggenau bestimmte Dauer der Fristüberschreitung jenseits der Fünf-Wochen-Frist informiert noch ihr Gründe für die verzögerte Bearbeitung mitteilt.

4. Beziehungen zu Krankenhäusern

a) BVerfG: Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit


Die Verfassungsbeschwerden gegen

BSG, Urt. v. 25.10.2016 - B 1 KR 16/16 R - juris
BSG, Urt. v. 25.10.2016 - B 1 KR 18/16 R - juris
BSG, Urt. v. 25.10.2016 - B 1 KR 19/16 R - juris
BSG, Urt. v. 25.10.2016 - B 1 KR 22/16 R - BSGE 122, 87 = SozR 4-2500 § 301 Nr. 7
BSG, Urt. v. 28.03.2017 - B 1 KR 23/16 R - juris
BSG, Urt. v. 23.05.2017 - B 1 KR 24/16 R - SozR 4-2500 § 301 Nr. 8


b) BVerfG: Fachgebietsgrenzen für ambulante Operationen nach Weiterbildungskonvention


Die Verfassungsbeschwerde gegen BSG, Urt. v. 31.05.2016 - B 1 KR 39/15 R - SozR 4-2500 § 115b Nr. 7 wird nicht zur Entscheidung angenommen. Unternehmen, die sich überwiegend oder vollständig in öffentlicher Hand befinden, sind nicht grundrechtsfähig (vgl. BVerfGE 128, 226 <244 ff.>); das gilt jedenfalls dann, wenn sie wie die Bf. mit der Gesundheitsvorsorge öffentliche Aufgaben wahrnehmen. Dabei besteht hinsichtlich der
Grundrechtsfähigkeit kein Unterschied zwischen Unternehmen unmittelbar in staatlicher Hand und solchen in kommunaler Trägerschaft (vgl. BVerfG 15, 484 <488 f.>).

c) Vergütungsanspruch: Methode und Qualitätsgebot


d) Grundrechtsorientierte Leistungsgewährung bei abzulehnender Arzneimittelzulassung

BSG, Urteil v. 11.09.2018 - B 1 KR 36/17 R


e) Einsichtnahme in Behandlungsunterlagen/Geriatrische frührehabilitative Komplexleistung


2. Stützt ein Gericht seine Entscheidung über Behandlungsvergütung eines Krankenhauses auf dessen Behandlungsunterlagen, verwehrt es aber der beklagten Krankenkasse die Einsichtnahme hinein, verletzt es deren rechtliches Gehör.

3. Ein Krankenhaus darf eine geriatrische frührehabilitative Komplexleistung nur abrechnen, wenn es das wöchentliche Ergebnis des zwischen den Berufsgruppen abgestimmten Behandlungsstands und der Therapieziele sowie die Teilnehmer konkret dokumentiert.

f) Kodierung der Arzneimittel bei Zusammenführung (Zytostatika)

BSG, Urteil v. 19.06.2018 - B 1 KR 30/17 R

Leitsatz: Gibt ein Krankenhaus einem Patienten Zytostatika in teilstationären Aufenthalten, die quartalsweise zu einem Behandlungsfall zusammenzuführen sind, darf es nur die Summe der Medikamentengaben im Quartal kodieren.
5. Pharmazeutische Unternehmer: Auskunftsanspruch der Krankenkassen

BSG, Urteil v. 03.05.2018 - B 3 KR 13/16 R

Leitsatz:
1. Das Begehren des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen, von einem pharmazeutischen Unternehmer Nachweise über die vereinbarten Preise für Fertigarzneimittel in parenteralen Zubereitungen zu verlangen, ist durch einen Verwaltungsakt durchzusetzen.

6. Angemessenheit der Vergütung eines Krankenkassenvorstands

BSG, Urteil v. 20.03.2018 - B 1 A 1/17 R

Leitsatz:
1. Die Aufsichtsbehörde hat über die Angemessenheit der Vergütung eines Krankenkassenvorstands nach pflichtgemäßem Ermessen zu entscheiden und hierzu normkonkretisierend Ermessenskriterien vorab in Verwaltungsvorschriften festzulegen.
2. Die Vergütung hat in angemessenem Verhältnis zum Aufgabenbereich des Vorstandsmitglieds, zur Größe des Vorstands und zur Bedeutung der Körperschaft zu stehen, die sich insbesondere aus ihrer Mitgliederzahl ergibt.
C. ENTSCHEIDUNGEN ANDERER GERICHTEN

I. Ärztliches Berufsrecht

1. Widerruf/Ruhen/Wiedererteilung der Approbation/Berufserlaubnis

a) Widerruf der Approbation

aa) Strafverurteilung wegen Besitzes und Verbreitens von Kinderpornografie

VG Chemnitz, Urteil v. 21.08.2018 - 4 K 2279/16

juris
BAO §§ 5 II, 8; StGB § 184

Der **Widerruf der ärztlichen Approbation** nach **Strafverurteilung** wegen Besitzes und Verbreitens von **Kinderpornografie** ist nicht zu beanstanden, wenn der Arzt nach den im rechtskräftig gewordenen Strafbefehl getroffenen und verwaltungsgerichtlich verwertbaren Feststellungen auch im Ergebnis einer Gesamtwürdigung der betroffenen eigenen und Gemeinwohlbelange mehrfach, mit einem nicht unerheblichem Volumen von mehreren hundert Dateien, über längere Zeit hinweg und vorsätzlich Straftaten nach § 184 StGB a.F. zu Lasten der Menschenwürde von Kindern als besonders Schutzbedürftigen begangen hat und so seine Bereitschaft zu Übergriﬀen gegenüber erhöht Schutzbedürftigen aus schlicht eigenzügigen Motiven belegt, die er letztlich zum bloßen Sexualobjekt degradiert und deren Störung in ihrer Persönlichkeitsentwicklung er ﬁndet und besonders durch die Begehung von Verbreitens vertiefend in Kauf genommen hat. Diese kommen jederzeit als **gegenwärtige und künftige Patienten** in Betracht. Auch stehen alle potentiellen Patienten in ähnlicher Weise aufgrund ihrer erkrankungsbedingten Hilfsbedürftigkeit - erst recht und gesteigert bei Notfällen, zu denen der Kl. als Notarzt für die Heranziehung zur Behandlung ausdrücklich mit qualiﬁziert ist - im Rahmen der ärztlichen Behandlung nicht selten unter Entblößung zur Diagnostik oder Behandlung an.

bb) Besitz kinder- und jugendpornographischer Schriften

OVG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 22.11.2018 - 13 A 2079/18

juris
BAO §§ 3 1 I Nr. 2, 5 II 1


www.dg-kassenarztrecht.de
b) Ruhen

aa) Nicht rechtskräftiges Strafurteil: Totschlag durch Unterlassen

VGH Hessen, Beschluss v. 13.11.2018 - 7 A 786/17.Z

juris
BÄO § 6 I Nr. 1

Leitsatz: Abhängig von der Schwere des Fehlverhaltens kann auch ein Handeln oder Unterlassen außerhalb des beruflichen Wirkungskreises die Annahme der Unwürdigkeit zur Ausübung des ärztlichen Berufs rechtfertigen.

Vorausgehend: VG Gießen, Urt. v. 09.01.2017 - 4 K 1340/16.GI - RID 17-01-171

bb) Anhängiges Strafverfahren wegen ritueller Beschneidungen (Zirkumzisionen)

OVG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 10.12.2018 - 13 B 576/18

juris
BÄO § 6 I Nr. 1

Beieiner auf § 6 I 1 Nr. 1 BÄO gestützten Ruhensanordnung ist auch in den Blick zu nehmen, dass eine (rechtskräftige) strafrechtliche Verurteilung noch nicht vorliegt. Die Ruhensanordnung muss sich deshalb insb. auch unter Berücksichtigung der Schwere der Straftaten, die Gegenstand der Anschuldigung, der Verurteilungswahrscheinlichkeit und des zu erwartenden Strafmaßes als verhältnismäßig erweisen.


Zwar ist zu berücksichtigen, dass angesichts der drohenden besonders schwerwiegenden und langfristigen Folgen für die jungen Opfer im Falle von Beschneidungen, die nicht nach den Regeln der ärztlichen Kunst oder unter Nichtbeachtung der Hygieneanforderungen durchgeführt werden, keine zu hohen Anforderungen an die Wahrscheinlichkeit eines erneuten Schadenseintritts zu stellen sind. Gleichwohl bedarf es aber konkreter Anhaltspunkte für eine aktuelle Gefahr. Derartige Gefahren lassen sich auf der Grundlage des vorliegenden Akteninhalts gegenwärtig nicht feststellen.

c) Verdacht einer Straftat: Beschneidungen trotz Hygienemängel und fehlender Kenntnisse

VG Gelsenkirchen, Beschluss v. 04.04.2018 - 7 L 67/18

juris
BÄO § 6 I Nr. 1; VwGO § 80 V; GG Art. 12 I

Leitsatz: Das Ruhen der Approbation als Arzt kann angeordnet werden, wenn gegen einen Arzt wegen des Verdachts einer Straftat, aus der sich seine Unwürdigkeit oder Unzuverlässigkeit zur Ausübung des ärztlichen Berufs ergeben kann, ein Strafverfahren eingeleitet ist.


Aufgrund des mit der der sofortigen Vollziehung verbundenen Eingriffs in Art. 12 Abs. 1 GG ist ein besonderes Vollzugsinteresse erforderlich. Der vorläufige Eingriff ist nur unter strengen Voraussetzungen zum Schutz wichtiger Gemeinschaftsgüter und unter strenger Beachtung des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes statthaft. Das wirtschaftliche Interesse sowie das grundrechtliche geschützte berufliche Interesse des Antragstellers, vorübergehend bis zum rechtskräftigen Abschluss
des Hauptsacheverfahrens als Arzt tätig zu werden, muss gegenüber dem grundrechtlich durch Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG geschützten, wichtigen Gemeinschaftsgut des Lebens und der körperlichen Unversehrtheit der Patienten angesichts der möglicherweise diesen drohenden - teilweise irreparablen - gesundheitlichen Schäden zurücktreten.

c) Berufserlaubnis: Vorübergehende Verlängerung der Erlaubnis zur Ausübung des ärztlichen Berufs

VG Bremen, Beschluss v. 22.10.2018 - 5 V 2130/18
juris BÄO § 10

Leitsatz: Zur Frage des besonderen Einzelfalls im Sinne des § 10 Abs. 3 BÄO. Das VG lehnte den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab.

2. Psychotherapeut: Berufsunwürdigkeit 12 Jahre nach Verstoß gegen Abstinenzgebot

VGH Hessen, Urteil v. 23.08.2018 - 25 A 1027/17.B
juris HeißerG Hessen §§ 22, 24 S. 1, 50 I Nr. 3

Leitsatz: Für die allein maßgebliche Prüfung, ob der Berufsangehörige durch sein Verhalten nicht mehr das für die Ausübung seines Berufs unabdingbare Ansehen und Vertrauen besitzt, ist rechtlich unerheblich, ob eine strafrechtliche Verurteilung erfolgt oder wegen Eintritts der Verfolgungsverjährung unterblieben ist.

3. Strafrecht

a) Hinweis auf Schwangerschaftsabbrüche

LG Gießen, Urteil v. 12.10.2018 - 3 Ns 406 Js 15031/15
juris StGB § 219a; GG Art. 11, 12 I 2

Der Hinweis einer Ärztin auf ihrer Homepage, dass in ihrer Praxis Schwangerschaftsabbrüche vorgenommen werden, erfüllt den Tatbestand des § 219a StGB. Auch die aufklärende, rein sachliche Information über die Gelegenheit eigener oder fremder Dienste, von Hilfsmitteln oder Methoden, Schwangerschaftsanbrüche durchzuführen, ist dann von der Strafdrohung erfasst, wenn das Anerbieten wie hier von einer geldwerten Gegenleistung abhängig gemacht ist. § 219a StGB verstößt nicht gegen Art. 5 und 12 GG.


b) Ärztlicher Leiter eines Krankenhaus-MVZ: Beschäftigung von Ärzten ohne Genehmigung

LG München I, Urteil v. 19.04.2018 - 15 Ns 566 Js 109123/13
juris = medstra 2019, 60
StGB §§ 22, 23, 263

Sammelklärenungen sind inhaltlich falsch, wenn die notwendigen Voraussetzungen für die Beschäftigung der Mitarbeiter in einem MVZ nicht vorliegen. Allerdings tritt bereits zuvor mit der Genehmigung des MVZ ein konkreter Vermögensschaden ein. Darüber hinaus erfüllen Sammelrechnungen in formeller Hinsicht nicht die Voraussetzungen, die für eine ordnungsgemäße Abrechnung erforderlich sind, wenn nicht sämtliche Unterschriften der beschäftigten Ärzte vorhanden sind. Unter diesen Umständen liegt zwar eine Täuschung vor, die durch jegliches tatsächliches Verhalten gegeben sein kann, unabhängig davon, ob eine rechtliche Verpflichtung zur Handlung

4. Keine Untersagung von Versammlungen zu Schwangerschaftsabbruch („Gebetsvigilien“)

OVG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 22.10.2018 - 15 B 1361/18

juris
GG Art. 1 I, 2 I, 8 I; VersG § 15 I

Leitsatz: Die unmittelbare Umgebung einer Privatwohnung ist von Versammlungen freizuhalten, die nach Art und Dauer geeignet sind, einen mit Art. 2 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 GG nicht zu vereinbarenden psychischen Druck zu erzeugen (sog. „Belagerungssituation“).

5. Bestellung von Leitenden Notärzten


juris
GG Art. 33 II

Leitsatz: Auch bei der Bestellung von Ehrenbeamtten – hier: Leitende Notärzte – folgt aus Art. 33 Abs. 2 GG i.V.m. Art. 19 Abs. 4 GG die Pflicht des Dienstherrn, die wesentlichen Auswahlerwägungen schriftlich niederzulegen und so die Auswahlentscheidung transparent zu machen.

6. Anforderungen an die Prüfpflichten des Ärztbewertungsportalbetreibers

LG Braunschweig, Urteil v. 28.11.2018 - 9 O 2616/17

juris
SGB V § 305; BGB § 823

Leitsatz: Der Betreiber eines Ärztbewertungsportals kann im Rahmen der ihm obliegenden Sorgfaltspflichten gehalten sein, von dem Patienten, der die anonyme Bewertung abgegeben hat, zu verlangen, eine Auskunft gem. § 305 SGB V vorzulegen um zu prüfen, ob der Patient tatsächlich bei dem Arzt in Behandlung war.

7. Sozialversicherungspflicht

a) Tätigkeit als Vertretung für Ärzte der inneren Medizin im Krankenhaus

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 19.10.2018 - L 1 KR 185/16

Nichtzulassungsbeschwerde abhängig: B 12 KR 100/18 B

juris
SGB IV § 7a; KHG § 2

Aus der Möglichkeit, nicht angestellte Ärzte einzusetzen, folgt noch nicht, dass ein Krankenhaus über die Zuordnung einer ärztlichen Tätigkeit zum Typus der abhängigen Beschäftigung beliebig entscheiden könnte, ohne an die überkommenen Abgrenzungsmerkmale gebunden zu sein. Für die Annahme einer abhängigen Beschäftigung spricht hier, dass die Kl. als Vertretung für Ärzte der inneren Medizin im Krankenhaus schon nach den Regelungen des Honorarvertrags nicht völlig frei von der Verpflichtung war, inhaltliche Vorgaben zu beachten, die ihr in Bezug auf ihre Tätigkeit gemacht wurden.

Die Verpflichtung zur Zusammenarbeit mit einem anderen Arzt in dessen Funktion als leitender Arzt kann nur bedeuten, dass die Kl. sich bei der Zusammenarbeit ggf. an dessen Vorstellungen zu orientieren hat. Für die Annahme einer abhängigen Beschäftigung spricht weiter, dass die Klägerin kein Unternehmerrisiko trug.
b) Mehrwöchige Tätigkeit eines Facharztes für Allgemeinmedizin als Stationsarzt

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 16.05.2018 - L 8 R 233/15


Unterliegt ein Facharzt für Allgemeinmedizin zwar keinem Weisungsrecht des Krankenhauses hinsichtlich des Ortes der Arbeit, wohl aber jedenfalls im Sinne einer funktionsgerecht dienenden Teilnahme am Arbeitsprozess einem Weisungsrecht hinsichtlich der Arbeitszeit und erst recht einem arbeitnehmertypisch umfassenden Weisungsrecht hinsichtlich der Art und Weise der Arbeit, und wird er unter Eingliederung in die Arbeitsorganisation des Krankenhauses tätig, dann überwiegen die für eine abhängige Beschäftigung sprechenden Indizien deutlich.

II. Arzthaftung

1. Bundesgerichtshof (BGH)

a) Befundung nur mit notdürftig repariertem Gerät (CTG-Kontrolle)

BGH, Urteil v. 24.07.2018 - VI ZR 294/17

Leitsatz:
1. Zur Entkräftung der Beweiskraft des Tatbestands durch das Sitzungsprotokoll.
2. Der für die Annahme eines Befunderhebungsfehlers erforderliche Pflichtwidrigkeitsvorwurf kann darin bestehen, dass die medizinisch gebotene Befundung mit einem von Beginn an nur notdürftig reparierten Gerät unternommen wird, auch wenn das Gerät zunächst noch verwertbare Aufzeichnungen liefert (hier: CTG-Kontrolle mit einem lediglich mit einem Heftpflaster geflickten CTG-Gerät).

b) Aufklärung über Behandlungsalternative der Sectio

BGH, Urteil v. 28.08.2018 - VI ZR 509/17

Leitsatz:
1. Eine Haftung wegen Unterlassens der (vorgezogenen) Aufklärung über die Behandlungsalternative der Sectio kommt auch dann in Betracht, wenn die Sectio später durchgeführt wird, als sie bei rechtzeitiger Aufklärung durchgeführt worden wäre und diese Verzögerung zu einem Geburtsschaden geführt hat.
2. Dafür, dass und in welchem Umfang in einer Überschreitung der empfohlenen EE-Zeit (Zeit von der Entscheidung zur Sectio bis zur Entwicklung des Kindes) ein Behandlungsfehler liegt, trägt der Geschädigte die Beweislast. Die Gefahren einer solchen Zeitüberschreitung sind für die Behandlungsseite nicht voll beherrschbar.
c) Haftung des Sachverständigen für aussagepsychologisches Gutachten im Strafprozess

BGH, Beschluss v. 30.08.2018 - III ZR 363/17


2. Bei der Frage, ob der geltend gemachte Schaden auf die vom unrichtigen Gutachten beeinflusste Gerichtsentscheidung zurückzuführen ist, ist maßgebend, wie der Ausgangsprozess bei Vorlage eines richtigen Gutachtens des Sachverständigen richtigerweise hätte entschieden werden müssen.

Der BGH wies die Beschwerde der Bekl. gegen die Nichtzulassung der Revision in OLG Saarbrücken, Urt. v. 23.11.2017 - 4 U 26/15 - RID 18-01-225 zurück.

d) Rettungsdienstliche Aufgaben in Sachsen

BGH, Urteil v. 15.11.2018 - III ZR 69/17

Leitsatz: 1. Ist die auf § 538 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 ZPO gestützte Aufhebung und Zurückverweisung der Sache an das Gericht der ersten Instanz verfahrensfehlerhaft erfolgt, weil das Berufungsgericht über den Anspruchsgrund nicht vollständig selbst befunden hat, und war die Aufhebung und Zurückverweisung gemäß § 538 Abs. 2 Satz 1 Nr. 7 ZPO veranlasst, da das Erstgericht ein unzulässiges Teilurteil erlassen hat, so ist das Berufungsurteil vom Revisionsgericht aufzuheben, weil die Bindungswirkung der Rechtsauffassung des Berufungsgerichts für das Erstgericht in den Fällen des § 538 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 ZPO einerseits und des § 538 Abs. 2 Satz 1 Nr. 7 ZPO andererseits unterschiedlich weit reicht. In diesem Fall kann das Revisionsgericht die Sache direkt - unter Aufhebung des Ersturteils - an das erstinstanzliche Gericht zurückverweisen.

2. Die Wahrnehmung rettungsdienstlicher Aufgaben ist im Freistaat Sachsen (Sächsisches Gesetz über den Brandschutz, Rettungsdienst und Katastrophenschutz - SächsBRKG) der hoheitlichen Betätigung zuzuweisen. Für Fehler des Notarztes bei einem Rettungsdiensteinsatz haften in Sachsen die Rettungszweckverbände beziehungsweise die Landkreise und Kreisfreien Städte, die sich nicht zu einem Rettungszweckverband zusammengeschlossen haben.

2. Behandlungsfehler

a) Übersehen einer nicht dislozierten Fraktur im oberen Sprunggelenk

OLG Hamm, Urteil v. 13.11.2018 - 26 U 56/18


b) Ausschluss einer Krebserkrankung nach auffälligem Tast- und Sonographiebefund

OLG Hamm, Urteil v. 12.10.2018 - 26 U 172/17

c) Unterlassene Blutzuckerwertbestimmung bei einem Neugeborenen

OLG Hamm, Urteil v. 04.12.2018 - 26 U 9/16

juris BGB §§ 253, 280, 823


d) Nachbehandlung einer Organtransplantation in Reha-Klinik

OLG Hamm, Teilurteil v. 23.11.2018 - 26 U 149/17

juris BGB §§ 249, 253, 280, 823


e) Arzt des kassenärztlichen Notdienstes: Anamnese nach vorangegangener Notarztbehandlung

OLG Naumburg, Urteil v. 16.04.2018 - 1 U 64/17

juris BGB § 823


f) Beendigung der Psychotherapie vom Therapeuten per E-Mail

OLG Naumburg, Urteil v. 18.12.2017 - 1 U 87/17

Leitsatz: 1a. Wird die Psychotherapie vom Therapeuten per E-Mail beendet, kann dies mangels eines für die Beendigung des Behandlungsvertrages heranzuziehenden Standards zu keinem vertraglichen Schadensersatzanspruch des Patienten führen.

1b. Etwas anderes lässt sich auch nicht aus einer mit dem Patienten getroffenen Vereinbarung herleiten, wonach dieser dem Therapeuten eine beabsichtigte Beendigung der Therapie mitteilt und anschließend noch zweimal zur Therapie erscheint, damit der Konflikt besser verstanden werden könne und ein Abschied möglich sei.

1c. Der Schadensersatzanspruch setzt zudem einen im Einzelfall festzustellenden negativen Einfluss der Beendigung der Therapie auf die gesundheitliche Situation des betroffenen Patienten voraus.


3. Aufklärung/Einwilligung

a) Aufklärungsgespräch: Häufigkeitsangaben

OLG Koblenz, Urteil v. 25.10.2017 - 5 U 722/17

Leitsatz: 1. In einem Aufklärungsgespräch bedarf es keiner exakten medizinischen Beschreibung der drohenden Risiken. Die möglichen Komplikationen können umgangssprachlich beschrieben werden und dabei gegebenenfalls mehrere medizinisch auseinander zu haltende Krankheitsbilder, die sich gleichförmig äußern, umschreiben.


b) Aufklärung über gleichwertige Behandlungsalternativen

OLG Frankfurt a. M., Urteil v. 11.01.2019 - 8 U 8/18

Leitsatz: Eine Aufklärung einer Patientin über gleichwertige Behandlungsalternativen ist u. a. dann entbehrlich, wenn die Patientin deshalb nicht aufklärungsbedürftig ist, weil sie schon im Bild ist.

c) Alternativen zur Entfernung einer Hautläsion

OLG Dresden, Urteil v. 09.10.2018 - 4 U 537/18

d) Risiko einer (Brustimplantat-)Ruptur

OLG Frankfurt a. M., Urteil v. 06.11.2018 - 8 U 76/15

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: BGH - VI ZR 478/18 - juris
BGB § 823

Über das Risiko einer (Brustimplantat-)Ruptur war bereits im Jahr 2004 aufzuklären.

e) Beweislast für ordnungsgemäße Aufklärung/Schmerzensgeld

OLG Dresden, Beschluss v. 19.10.2018 - 4 U 955/18
juris
BGB § 630a; ZPO § 286

Leitsatz:
1. Die Beweislast, dass ein Schaden durch eine Behandlung eingetreten ist, der keine ordnungsgemäße Aufklärung zugrunde liegt, obliegt dem Patient, es gilt das Beweismaß des § 286 ZPO.
2. Ein Anspruch auf Schmerzensgeld kann nicht darauf gestützt werden, dass infolge einer unzureichenden Aufklärung ein Eingriff ohne Einwilligung des Patienten eine Verletzung seines allgemeinen Persönlichkeitsrechts darstellt.

f) Verjährungsbeginn bei Aufklärungsrüge

OLG Frankfurt a. M., Urteil v. 21.08.2018 - 8 U 88/15
juris
BGB § 199 I

Leitsatz:
Ist überhaupt keine Aufklärung erfolgt, so ist dies dem Patienten von Anfang an bekannt; steht dazu für ihn überdies fest, dass der Eingriff im Rahmen der ihm anhaftenden Risiken zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen geführt hat, so beginnt der Lauf der Verjährungsfrist für Ansprüche aus Mängeln der Eingriffs- und Risikoaufklärung.

4. Geltendmachung des Pflegemehraufwands durch Vater

OLG Dresden, Beschluss v. 20.11.2018 - 4 W 1020/18
juris
SGB V §§BGB §§ 249, 630a; StrEG § 7 III

Leitsatz:
1. Dem von Eltern für ihr minderjähriges Kind abgeschlossenen Behandlungsvertrag ist im Wege der ergänzenden Vertragsauslegung zu entnehmen, dass die Eltern berechtigt sein sollen, den durch eine Fehlbehandlung vermehrten Pflege- und Unterhaltsaufwand im eigenen Namen geltend machen zu können.
2. Dieser Pflegemehraufwand kann allerdings nicht in Anlehnung an § 7 A Abs. 3 StrEG bemessen werden; vielmehr sind nur die konkreten Kosten zu ersetzen.

5. Prozesskostenhilfe: Substantierungsanforderungen

OLG Dresden, Beschluss v. 01.11.2018 - 4 W 868/18
juris
BGB §§ 630a, 823; ZPO § 114

Leitsatz:
1. Auch nach den abgesenkten Maßstäben für die Substantierungspflicht im Arzthaftungsprozess genügt es nicht lediglich vorzutragen, vorhandene Gesundheitsbeeinträchtigungen müssten auf eine Sauerstoffuntersorgung unter der Geburt zurück zu führen sein und damit dem Arzt letztlich nur den negativen Ausgang der Behandlung vorzuwerfen.
2. Ist in einem vorgerichtlichen Schlichtungsverfahren ein Gutachten erstattet worden, muss für einen Anspruch auf Prozesskostenhilfe substantiiert dargelegt werden, dass und warum die Feststellungen dieses Gutachtens unzureichend sind.

OLG Karlsruhe, Beschluss v. 25.04.2018 - 9 W 3/18

juris
ZPO §§ 42 II, 406 I I

Leitsatz:

7. Zurückweisung eines Antrags auf Durchführung eines selbständigen Beweisverfahrens

OLG Frankfurt a. M., Beschluss v. 25.10.2018 - 8 W 43/18

juris
BGB §§ 134, 404, 628 I, 812 I; ZPO § 485; StGB § 203 I Nr. 1; GG Art. 19 IV

Leitsatz:
1. Das rechtliche Interesse im Sinne des § 485 Abs. 2 ZPO an der Feststellung des Zustands einer Person oder der Ursache eines Personenschadens muss sich auf das Rechtsverhältnis zwischen Antragsteller und Antragsgegner beziehen.
2. Bei einer rechtsgroundlosen Zahlung auf eine abgetretene Forderung richtet sich der Rückabwicklungsanspruch nicht gegen den Zessionar, sondern gegen den Zedenten.

8. Zahnärztliche Behandlung: Fehlerhafte Planung einer Prothese

LG Aachen, Urteil v. 04.10.2017 - 11 O 257/15

juris
BGB §§ 249, 280, 281, 611

Ist eine Prothese fehlerhaft geplant, liegt ein Behandlungsfehler vor (hier: Verzicht auf einen Sublingualbügel ohne eine entsprechende Anpassung der Gestaltung des Zahnersatzes).

III. Arzneimittel/Medizinprodukte/Hilfsmittel/Heilmittel

1. EuGH: Off-Label-Use von Avastin

EuGH, Urteil v. 21.11.2018 - C-29/17

juris
Richtlinie 2001/83/EG; Richtlinie 89/105/EWG; Verordnung (EG) Nr. 726/2004

2. Art. 6 der Richtlinie 2001/83 in der durch die Richtlinie 2012/26 geänderten Fassung ist dahin auszulegen, dass er nationalen Maßnahmen wie denen des Ausgangsverfahrens, die die Voraussetzungen festlegen, unter denen Avastin für die Zwecke seiner Anwendung zur Behandlung von nicht von seiner Verkehrsgenehmigung erfassten ophtalmologischen Indikationen unverpackt werden kann, nicht entgegensteht.


2. Apotheken

a) BGH/Applikationsarzneimittel: Werbung an Gynäkologenpraxis durch niederl. Versandapotheke

BGH, Urteil v. 26.04.2018 - I ZR 121/17

juris
AMG §§ 43 I, 73 I 1, 78 I; AMPreisV §§ 1, 3

Leitsatz: Applikationsarzneimittel


2. Ärzte, die Applikationsarzneimittel beschaffen und in ihrer Praxis am Patienten anwenden, verstoßen nicht gegen das in § 43 Abs. 1 AMG geregelte Verbot, apothekenpflichtige Arzneimittel für den Endverbrauch außerhalb von Apotheken in den Verkehr zu bringen.

3. Einer Apotheke eines Mitgliedstaates der Europäischen Union, die nach § 73 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1a AMG Arzneimittel im Wege des Versandhandels an Endverbraucher in Deutschland liefern darf, ist es gestattet, Applikationsarzneimittel an den anwendenden Arzt zu liefern.

4. Das Verbot des § 11 Abs. 1 Satz 1 ApoG erfasst Rechtsgeschäfte und Absprachen zwischen Apotheken und Ärzten, die Applikationsarzneimittel zum Gegenstand haben.

5. Dem Verbot des § 11 Abs. 1 Satz 1 ApoG unterliegen nur Inhaber einer Erlaubnis nach dem Apothekengesetz, nicht dagegen Apotheken eines Mitgliedstaates der Europäischen Union, die über eine Erlaubnis nach ihrem nationalen Recht verfügen.

OLG Düsseldorf, Urt. v. 08.06.2017 - 20 U 38/16 - RID 18-03-294 wies auf Berufung der Bekl. die Klage ab, der BGH die Revision zurück.
b) Keine Arzneimittelabgabe aufgrund ausländischer Rezepte

AG Köln, Urteil v. 25.06.2018 - 581 Ds 160/18
juris
AMG §§ 48, 96 I Nr. 13

Nach Maßgabe der Apothekenverschreibungsverordnung dürfen ausländische Rezepte grundsätzlich nicht Berücksichtigung finden, weil keine Überprüfung auf die Zuverlässigkeit und Echtheit der ausstellenden Person möglich ist.

c) Rückerstattung der Umsatzsteuer (Zytostatika-Versorgung)

aa) Leistungsbestimmungsrecht: Bruttopreisvereinbarung

LG Mönchengladbach, Urteil v. 07.05.2018 - 1 O 215/17
juris
BGB §§ 651, 812 I 1, 818 III; VVG §§ 86 I, 194 II

Eine Apotheke kann das ihr zustehende Leistungsbestimmungsrecht durch Rechnungsstellung dahingehend ausüben, dass die Umsatzsteuer unselbständiger Rechnungsbestandteil im Sinne einer Bruttopreisvereinbarung sein soll.

bb) Bruttopreisabrede: Versicherte ohne Gedanken bzgl. der Umsatzsteuerpflicht

LG Münster, Urteil v. 02.05.2018 - 12 O 449/17
juris
BGB § 812 I 1; VVG §§ 86 I, 194 II

Die besseren Argumente sprechen hier im konkreten Fall aus Sicht des Gerichts für die Annahme einer Bruttopreisabrede. Denn es ist regelmäßig davon auszugehen, dass der Versicherte sich bei der Bezahlung eines Rezeptes keine Gedanken bezüglich der Umsatzsteuerpflicht gemacht hat. Dafür spricht auch, dass die Rezepte der Bekl. die Umsatzsteuer nicht auswiesen, sondern nur von einem „Gesamt-Brutto“ sprachen.

c) Fehlende Darlegung einer Nettopreisabrede

AG Mönchengladbach-Rheydt, Urteil v. 07.12.2017 - 10 C 294/17
juris
BGB § 812 I 1; VVG §§ 86, 194 II


dd) Kein Erstattungsanspruch bei bestandskräftiger Festsetzung der Umsatzsteuer

AG Minden, Urteil v. 02.03.2018 - 28 C 389/16
juris
BGB § 812; UStG §§ 4 Nr. 14b, 14 IV Nr. 8

Ein Erstattungsanspruch nach § 37 II AO scheidet aufgrund der Bestandskraft des Bescheides über die Festsetzung der Umsatzsteuer aus.
3. Rechtskraft einer Untersagungsverfügung des Bundeskartellamts: Verkürzter Versorgungsweg

LG Dortmund, Urteil v. 22.11.2017 - 8 O 117/14 Kart

Die Untersagungsverfügung des Bundeskartellamts beruht auch untrennbar auf den Feststellungen zu den im Jahr 2009 und 2010 begangenen Kartellrechtsverstößen - die bekl. Hörgeräteakustikerfirma mit einem Marktanteil von 90% bot, um den Wettbewerb durch Anbieter des verkürzten Versorgungsweges, insb. die Kl., in kartellrechtswidriger Weise auszuschalten, Krankenkassen im gesamten Bundesgebiet kartellrechtswidrig Sonderkonditionen an und gewährte solche, wenn die Krankenkassen im Gegenzug auf den Abschluss von Konkurrenzverträgen mit der Kl. und anderen Anbietern des verkürzten Versorgungsweges verzichteten -, weshalb sie auch an der Rechtskraft dieses Beschlusses teilnehmen und somit die Bindungswirkungen nach § 33 IV GWB alter Form entfalten.

4. Erforderlichkeit einer Genehmigung als Fertigarzneimittel: Cannabis Extrakt

OLG Düsseldorf, Urteil v. 02.08.2018 - 15 U 21/18

Für die Ausführungsform 1 „Cannabis Extrakt A ...X2“ (Wirkstoff: THC 25mg/ml, CBD >0,5mg/ml; Gesamtwirkstoffmenge 625 mg THC, < 12,5mg CBD), die ausweislich der Produktinformation als „verschreibungspflichtiges“ bzw. „apothekenpflichtiges Medikament“ bezeichnet wird und der Beseitigung/Verminderung körperlicher Beschwerden, insb. bei schwerstkranken Schmerzpatienten dienen soll, bedarf es einer Genehmigung als Fertigarzneimittel. Dass der Gesetzgeber mit dem BtMÄndG den Zugang zu Cannabis als „Medizin“ gänzlich unabhängig von den Regelungen des AMG gewährleisten wollte, ist nicht anzunehmen. Der Gesetzgeber hat die arzneimittelrechtlich gebotene Differenzierung zwischen Cannabisextrakten, die als Komponenten für Rezepturarzneimittel bereitgestellt werden, und der Zulassung bedürfenden Fertigarzneimitteln nicht aufgegeben.

5. Arzneimittelhaftung: Lungenembolie nach Anwendung des Arzneimittels Yasminelle

LG Waldshut-Tiengen, Urteil v. 20.12.2018 - 1 O 73/12

Leitsatz: Die Kausalitätsvermutung nach § 84 Abs. 2 AMG ist ausgeschlossen, wenn es eine konkret mögliche alternative Schadensursache gibt, die für sich allein oder im Zusammenwirken mit anderen, den in Anspruch genommenen pharmazeutischen Unternehmer ebenfalls nicht zuzurechnenden Ursachen, den Schaden herbeigeführt haben kann. Eine Abwägung der Wahrscheinlichkeiten, mit denen entweder das Arzneimittel oder ein anderer Umstand die Rechtsgrundverletzung verursacht hat, findet im Rahmen des § 84 Abs. 2 AMG nicht statt.
6. Vergaberecht

a) Belieferung von Radiologen mit Kontrastmitteln im Rahmen des Sprechstundenbedarfs

OLG Düsseldorf, Beschluss v. 16.05.2018 - Verg 24/17
juris GWB § 97
Der von den Ag. in preislicher Hinsicht als Ausschlusskriterium festgelegte Mindesterstattungssatz von 15 % auf den günstigsten Preis der zum Stichtag 01.01.2017 in der Lauer Taxe gemeldeten Vergleichsprodukte ist vergaberechtlich nicht zu beanstanden.

b) Versorgung mit CPAP-Geräten (Atemmasken)

OLG Düsseldorf, Beschluss v. 11.07.2018 - Verg 19/18
juris SGB V § 127; VgV § 60
Der Preis oder die Kosten eines Angebots erscheinen im Verhältnis zu der zu erbringenden Leistung dann ungewöhnlich niedrig, wenn sie erheblich unterhalb der eingegangenen Konkurrenzangebote, einer qualifizierten Kostenschätzung oder Erfahrungswerten des Auftraggebers mit wettbewerblicher Preisbildung aus anderen Ausschreibungen liegen. Der öffentliche Auftraggeber ist jedenfalls dann verpflichtet, in die Prüfung der Preisbildung einzutreten, wenn der Abstand zwischen dem Angebot des bestplatzierten und dem Angebot des zweitplatzierten Bieters mehr als 20 % beträgt (BGH, Beschl. v. 31.01.2017 - X ZB 10/16 - juris Rn. 12).

7. Wettbewerbsrecht/Heilmittelwerberecht

a) Vertrieb von Therapieallergenen für spezifische Immuntherapie: Verwendung der Bestellbögen

OLG Hamburg, Urteil v. 25.10.2018 - 3 U 66/17
juris UWG § 8; EUV 2016/679 Art. 24

b) Klagebefugnis eines Verbandes/Spitzenstellungswerbung

LG Nürnberg-Fürth, Urteil v. 22.05.2018 - 3 HK O 2081/18
juris = WRP 2018, 1139
UWG §§ 3a, 8 III Nr. 2; HeilMWerB § 3
2. Eine Vertragsstrafe von 5.100,00 Euro ist angesichts eines Millionenumsatzes mit dem von der Werbung betroffenen Medikament nicht geeignet, die Wiederholungsgefahr auszuräumen.


IV. Privatbehandlung/Private Krankenversicherung/Beihilfe

1. Privatbehandlung

a) Vertragsverhältnisse bei Laborüberweisung

OLG Dresden, Beschluss v. 18.10.2018 - 4 U 780/18 juris SGB V § 630a


2. Die Pflicht zur Behandlung des Patienten und zur Koordination verbleibt allerdings bei dem überweisenden Arzt, der Laborarzt ist auch grundsätzlich nicht verpflichtet, dessen Indikation zu überprüfen.

b) Zustimmung der Patienten zur Weitergabe der persönlichen Daten an Abrechnungsunternehmen

AG Charlottenburg, Urteil v. 06.11.2018 - 208 C 43/18 juris BGB §§ 306 S. 1, 307, 630a

Auch (zahn-)ärztliche Behandlungsverträge im Sinne des § 630a BGB sind „Verbraucherverträge“, auf welche bei grundsätzlich zulässiger und häufig anzutreffender Verwendung Allgemeiner Geschäftsbedingungen die §§ 305 ff. BGB anzuwenden sind.

Die formularmäßige Zustimmung der Patienten zur Weitergabe der persönlichen Daten einschließlich der Behandlungsdaten an Abrechnungsunternehmen zu Abrechnungszwecken, die zudem eine Erklärung über die patientenseitige Zustimmung der Abtretung der zahnärztlichen Honorarforderung vorsieht nebst Hinweis, dass das Unternehmen die Honorarforderung im eigenen Namen geltend machen kann und im Streitfall die zahnärztlichen Behandler als Zeugen vernommen werden können, und ferner folgende Belehrung enthält: „Meine Zustimmung gilt auch für künftige Behandlungen; ich kann diese jederzeit mit sofortiger Wirkung für die Zukunft widerrufen.“, ist unwirksam. Das Ergebnis einer hier nach dem Verständnis eines Durchschnittspatienten nicht auszuschließende Auslegung der Widerrufsbelehrung dahingehend, dass für die laufende Behandlung gar kein Widerrufsrecht bestehe, verstößt jedoch ganz allgemein gegen die unabdingbaren Patientenrechte aus §§ 6, 35 BDSG a.F. bzw. § 51 BDSG n. F. i.V.m. §§ 183 Satz 1, 355 BGB.

c) Zahnärztliche Behandlung/Gebührenvereinbarung: Vollkrone mit Steigerungssatz von 5,9

AG Düsseldorf, Urteil v. 31.10.2016 - 33 C 316/15 juris BGB § 611 I

2. Private Krankenversicherung

a) Bundesgerichtshof (BGH)

aa) Kosten für Wartung eines Hilfsmittels (computergesteuertes Kniegelenk)

BGH, Urteil v. 07.11.2018 - IV ZR 14/17

Leitsatz: Zur Erstattungsfähigkeit von Kosten für die Wartung eines Hilfsmittels (hier eines computergesteuerten Kniegelenks einer Beinprothese) in der privaten Krankheitskostenversicherung.

bb) Begrenzung der Entgelthöhe für mit einem Plankrankenhaus verbundene Privatklinik

BGH, Beschluss v. 30.08.2018 - III ZR 370/17

VVG § 192; KHG §§ 17 1 5, 20 S. 1; BGB § 134


Eine Entgeltforderung eines Krankenhauses besteht bis zur Höhe der nach dem DRG-System berücksichtigungsfähigen Fallpauschale (§ 17b KHG i.V.m. §§ 7 ff. KHEntgG). Einem darüber hinausgehenden Vergütungsanspruch steht die Regelung des § 17 1 5 KHG entgegen, wonach eine mit einem Plankrankenhaus räumlich und organisatorisch verbundene Privatklinik für allgemeine, dem Versorgungsauftrag des Plankrankenhauses entsprechende Krankenhausleistungen an die Entgeltobergrenzen gebunden ist, die sich aus dem Krankenhausfinanzierungsgesetz und dem Krankenhaustentgeltgesetz (,,DRG-Fallpauschalensystem“) sowie der Bundespflegesatzverordnung ergeben (BGH, Urt. v. 17.05.2018 - III ZR 195/17 - juris Rn. 16 m.w.N., RID 18-03-309).

§ 17 1 5 KHG ist weder formell noch materiell verfassungswidrig (Senatsurteil aaO. Rn. 16 m.w.N., RID 18-03-309).


Vorausgehend: OLG Karlsruhe, Urteil v. 28.03.2017 - 12 U 143/16 - RID 17-03-361.

b) Präimplantationsdiagnostik keine Heilbehandlung

OLG München, Beschluss v. 12.09.2018 - 25 U 2424/18


Das OLG wies mit Beschl. v. 23.10.2018 - 25 U 2424/18 - juris die Berufung der Kl. zurück.

c) Kinderwunschbehandlung: Leistungszusage/Alter zu Beginn der Behandlung

KG Berlin, Beschluss v. 24.05.2017 - 6 U 168/16

Leitsatz: 1. Auf das Fehlen einer nach den Tarifbestimmungen des Krankenversicherers erforderliche schriftliche Leistungszusage vor Beginn der Kinderwunschbehandlung kann sich der Versicherer nach Treu und Glauben nicht berufen, wenn er den Versicherungsnehmer durch teilweise
unzutreffende Darstellung der individuellen Voraussetzungen für eine Kostenerstattung und nicht berechtigte Forderungen nach Vorlage weiterer Laborergebnisse von weiteren Bemühungen um Erlangung der Leistungszusage in treuwidriger Weise abgehalten hat.

2. Ist nach den Tarifbestimmungen für die Erstattungsfähigkeit der Kosten der Kinderwunschbehandlung Voraussetzung, dass „zum Zeitpunkt der Behandlung“ die Frau das 43. und der Mann das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, so ist damit der Beginn der Behandlung in Form der vorbereitenden hormonellen Stimulation der Eizellen zu verstehen.

d) Katarakt-Operation

aa) Einsatz des Femtosekundenlasers

AG Köln, Urteil v. 14.11.2018 - 118 C 526/17
juris GOÄ § 5


bb) Abrechnung des Einsatzes des Femtosekundenlasers

LG Wuppertal, Urteil v. 30.08.2018 - 4 O 4/17
juris AVB §§ 1 II, 4 I

Bei dem Einsatz des Femtosekundenlasers handelt es sich um eine eigenständige Leistung im gebührenrechtlichen Sinne, die unter entsprechender Anwendung der Nr. 5855 GOÄ abgerechnet werden kann.

c) Honorar für Einsatz des Femtosekundenlasers

AG München, Urteil v. 12.12.2018 - 262 C 18626/17
juris GOÄ § 6 II

Leitsatz: 1. Der Einsatz eines Femtosekundenlasers im Rahmen einer Katarakt-Operation stellt eine unselbständige Leistung dar.
4. Da durch die gemäß Ziffer 1375 geregelte Zielleistung auch perioptative Maßnahmen mit honoriert werden, die beim Einsatz eines Femtosekundenlasers entfallen, sind die diesen entsprechenden GOÄ-Werte in Abzug zu bringen.

e) Kündigung nach Vortäuschung von Krankheit oder Unfallfolgen

KG Berlin, Beschluss v. 05.12.2017 - 6 U 101/17
juris VVG §§ 193 III 1, 206 I 1; BGB § 314

Leitsatz: Nach der Rechtsprechung des BGH (Urteil vom 7. Dezember 2011, IV ZR 50/11, VersR 2012, 219 f.) ist die Vorschrift des § 206 Abs. 1 Satz 1 VVG, wonach jede Kündigung einer Krankheitskostenversicherung, mit der die Versicherungspflicht nach § 193 Abs. 3 Satz 1 VVG erfüllt wird, durch den VR ausgeschlossen ist, teleologisch dahin zu reduzieren, dass sie ausnahmslos eine
außerordentliche Kündigung wegen Prämienverzugs verbietet, während eine Kündigung wegen
sonstiger schwerer Vertragsverletzungen unter den Voraussetzungen des § 314 BGB möglich ist,
wobei an eine solche außerordentliche Kündigung hohe Anforderungen zu stellen sind.
Solche besonders schwerwiegenden Umstände des Einzelfalls liegen vor, wenn der
Versicherungsnehmer zum Nachteil des Versicherers durch Vortäuschung von Krankheit oder Unfallfolgen
bewusst vollkommen überflüssige Behandlungsschritte auslöst, um die ihm von dem
Versicherer überwiesenen Rechnungsbeträge für sich zu verbrauchen, statt sie an die jeweiligen
Leistungserbringer weiterzuleiten.

f) Zahnärztliche Behandlung: Honorarvereinbarung während einer laufenden
Behandlung

AG Düsseldorf, Urteil v. 19.05.2018 - 33 C 10350/13
juris
GOZ § 2; VVG § 192 II; BGB § 138

Grundsätzlich kann eine Honorarvereinbarung auch noch während einer laufenden Behandlung
getroffen werden, weil der Begriff der „Leistung“ in § 2 II GOZ nicht mit demjenigen der Behandlung
gleichzusetzen ist. Deswegen muss die Honorarabrede nicht bereits vor Beginn der „gesamten
Behandlung“ getroffen werden; maßgeblich ist, dass die Vereinbarung vor der Erbringung einer
zahnärztlichen Einzelleistung erfolgt und die Behandlung sich in einem Stadium befindet, in dem der
Patient sich frei und unbeeinflusst entscheiden kann, ob er die künftigen Leistungen zu dem von dem
Arzt verlangten Preis in Anspruch nehmen will (vgl. BGH NJW 1998, 1786).

3. Beihilfe

a) Kataraktoperation mit Femtosekundenlaser

VG Münster, Urteil v. 11.06.2018 - 5 K 5126/16
juris
Bhv NRW § 3 I Nr. 1

Ausgehend davon, dass der Arzt für die Beseitigung der Krankheit den für den Patienten aus seiner -
objektiv vertretbaren - Sicht den sichersten und schonendsten Weg zu wählen hat, ist der Einsatz des
Femtosekundenlasers als medizinisch notwendig zu bewerten.

Aufwendungen für ärztliche Leistungen, deren Berechnung auf einer zweifelhaften Auslegung der
einschlägigen Gebührenordnung beruhen, sind beihilferechtlich schon dann als angemessen
anzusehen, wenn der vom Arzt in Rechnung gestellte Betrag bei objektiver Betrachtung einer
zumindest vertretbaren Auslegung der Gebührenordnung entspricht und der beihilfepflichtige
Dienstherr nicht rechtzeitig für Klarheit über seine Auslegung gesorgt hat.

Der Einsatz des Femtosekundenlasers wird nach Auffassung verschiedener Gerichte rechtlich
zutreffend gem. Ziff. 5855 GOÄ analog abgerechnet.

Der Einsatz des Femtosekundenlasers durch den behandelnden Arzt ist Teil der von ihm erbrachten
Kataraktoperation als ärztliche Wahlleistung. Ärztliche Wahlleistungen sind neben den allgemeinen
Krankenhausleistungen nach § 2 KHEntgG gem. § 17 KHEntgG gesondert abrechenbar, wenn diese
entsprechend vereinbart worden sind.

b) Aufwendungen für Pauschale nach Transplantationsgesetz

VG Kassel, Urteil v. 12.09.2018 - 1 K 541/18.KS
juris
Bhv Hessen §§ 6, 15; TPG § 11

Leitsatz: Die Aufwendungen für die Pauschale nach dem Transplantationsgesetz, die die Deutsche
Stiftung Organtransplantation in Rechnung stellt, sind mit dem stationären Bemessungssatz
abzurechnen.
c) Aufwendungen für Leistungen in Privatklinik: Gutachter aus Universitätsklinik

OVG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 30.10.2018 - 1 A 2510/16

juris BhV NRW § 6 VII

Das vom Kl. behauptete „Selbstverständnis“ der Kliniken der Maximalversorgung, welches die dort tätigen Mediziner als mögliche Gutachter zu Aufwendungen für Leistungen in einer Privatklinik disqualifiziere, beruht auf einer bloßen, nicht näher begründeten oder belegten Annahme.

VG Gelsenkirchen, Urt. v. 18.11.2016 - 3 K 1277/13 - RID 17-01-325 stellte, soweit der Kl. die Klage zurückgenommen hat und die Beteiligten den Rechtsstreit übereinstimmend für erledigt erklärt haben, das Verfahren ein und wies im Übrigen die Klage ab. Das OVG lehnte den Antrag auf Zulassung der Berufung ab.

d) Zahnärztliche Behandlung

aa) Entfernung von Weisheitszähnen: Analgosedierung

VG Hannover, Urteil v. 13.11.2018 - 13 A 305/18

juris GOZ § 5 II

Leitsatz: Bei der operativen Entfernung von Weisheitszähnen kann unter Umständen auch eine Analgosedierung beihilfefähig sein.

bb) Schwellenwertüberschreitung: Überdurchschnittlicher Schwierigkeitsgrad und Zeitaufwand

VG Schleswig, Urteil v. 01.11.2018 - 12 A 25/17

juris GOZ §§ 5 II, 10 III 2; BBhV § 6


Ein Zahnarzt kann die Schwellenwertüberschreitung nachbegründen.

V. Verschiedenes

1. BVerfG: Gerichtliche Kontrolle an Grenzen des wissenschaftlichen Erkenntnisstandes

BVerfG, Beschluss v. 23.10.2018 - 1 BvR 2523/13, 1 BvR 595/14

juris GG Art. 19 IV 1; BNatSchG § 44


2. In grundrechtsrelevanten Bereichen darf der Gesetzgeber Verwaltung und Gerichten nicht ohne weitere Maßgaben auf Dauer Entscheidungen in einem fachwissenschaftlichen „Erkenntnisvakuum“ übertragen, sondern muss jedenfalls auf längere Sicht für eine zumindest untergesetzliche Maßstabsbildung sorgen.
2. Bundesgerichtshof (BGH)

a) Unterbringungssache: Voraussetzung der Zulässigkeit einer ärztlichen Zwangsmaßnahme

BGH, Beschluss v. 12.09.2018 - XII ZB 87/18  

juris  
BGB § 1906a I 1 Nr. 4  


b) Konkretisierung einer Patientenverfügung

BGH, Beschluss v. 14.11.2018 - XII ZB 107/18  

juris  
BGB §§ 1901a, 1904  

3. Die vom Beschwerdegericht vorgenommene Auslegung einer Patientenverfügung kann vom Rechtsbeschwerdegericht grundsätzlich nur darauf überprüft werden, ob der Auslegungsstoff vollständig berücksichtigt worden ist, ob gesetzliche oder allgemein anerkannte Auslegungsregeln, sonstige Erfahrungssätze oder die Denkgesetze verletzt sind oder ob die Auslegung auf Verfahrensfehlern beruht.

3. Krankenhäuser

a) Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung

OVG Sachsen-Anhalt, Beschluss v. 03.12.2018 - I L 10/17  

juris  
KHEntgG §§ 8, 11, 14  

Leitsatz: Die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung ist keine „besondere“, nur über Zuschläge gemäß § 17 b Abs. 1 S. 4 KHG zu finanzierende Aufgabe eines Geriatriezentrums, sondern eine Standard-Behandlungsleistung.

b) Kostenträgung des Patienten nach Zwangseinweisung

VG Aachen, Urteil v. 12.10.2018 - 7 K 556/18  

juris  
PsychKG NRW §§ 34, 35  

Ein Patient, der vom durch seinen Bruder verständigten Rettungsdienst in die Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des kl. Universitätsklinikums eingeliefert wurde und der bei Einlieferung weder zu Ort, Zeit noch Situation orientiert ist und aus medizinischen Gründen in
stationärer Behandlung wegen Alkoholdemenz, DD Korsakow Syndrom, Alkoholabhängigkeitssyndrom und Polyneuropathie verbleibt, nachdem das Amtsgericht die Unterbringung angeordnet hat, hat für die Kosten aufzukommen.

4. Fixierung psychisch kranker Untergebrachter: Garantie einer Eins-zu-Eins-Betreuung

AG Bad Segeberg, Beschluss v. 22.10.2018 - 3 XIV 7811 L
juris
GG Art. 2 II

5. Anerkennung als Contergangeschädigte/Versorgungsansprüche

a) Wahrscheinlichkeit der Ursächlichkeit: Geburt in Spanien im Jahr 1973

VG Köln, Urteil v. 23.10.2018 - 7 K 5722/15
juris
ContStifG §§ 12 I, 13 II 1

b) Leistungsausschluss bei Versäumung der Antragsfrist

OVG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 02.10.2018 - 16 A 1099/13
juris
ContStifG § 12
2. Eine Wiedereinsetzung in den vorigen Stand kommt im Falle der Antragsversäumung auch dann nicht in Betracht, wenn dem Betroffenen die Verursachung seiner körperlichen Beeinträchtigungen durch eine Thalidomideinnahme seiner Mutter während der Schwangerschaft nicht bekannt war, weil es sich bei der Antragsfrist nach § 13 StHG i. V. m. § 12 Abs. 2 ContStifG um eine Ausschlussfrist i. S. v. § 32 Abs. 5 VwVfG handelt.

6. Impfschadensrecht

a) Anforderungen an Nachweis des Primärschadens

LSG Bayern, Urteil v. 11.07.2018 - L 20 VJ 7/15
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
HSG §§ 60, 61
Leitsatz: 1. Die Primärschädigung, d.h. die Impfkomplikation, muss neben der Impfung und dem Impf schaden, d.h. der dauerhaften gesundheitlichen Schädigung, im Vollbeweis, d.h. mit an Sicherheit
grenzender Wahrscheinlichkeit, nachgewiesen sein. Eine irgendwie geartete Beweiserleichterung gibt es nicht.
2. Ein Rückgriff auf das Institut der **Wahlfeststellung** scheitert, wenn nicht beide in Betracht kommenden Tatbestandsvarianten zur Bejahung der Frage, ob ein Primärschaden vorliegt, führen.

b) **Nachweis des Primärschadens im Vollbeweis erforderlich**

**LSG Bayern, Urteil v. 06.12.2018 - L 20 VJ 3/17**

*www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris*

**IFSG §§ 60, 61**

**Leitsatz:** 1. Die gesundheitliche Schädigung als **Primärschädigung**, d.h. die **Impfkomplikation**, muss neben der Impfung und dem Impfschaden, d.h. der dauerhaften gesundheitlichen Schädigung, im **Vollbeweis**, d.h. mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit, nachgewiesen sein.
2. Eine **Beiladung** der Bundesrepublik Deutschland gemäß § 75 Abs. 1 Satz 2 SGG setzt einen Antrag der Bundesrepublik Deutschland selbst voraus, der Antrag eines Beteiligten reicht dafür nicht.
<table>
<thead>
<tr>
<th>Sachgebiet</th>
<th>Aktenzeichen:</th>
<th>Rechtsfrage</th>
<th>Vorinstanz</th>
<th>RID</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Kooperationszuschlag (HVV KV Brandenburg I u. II/10)</td>
<td>B 6 KA 17/17 R Termin: 16.05.2018</td>
<td>Schließt die Anwendung einer &quot;Jungarztregelung&quot; die Gewährung eines Kooperationszuschlags aus?</td>
<td>LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 18.03.2016 - L 24 KA 22/15 -</td>
<td>16-03-10 NZB</td>
</tr>
<tr>
<td>Quotierung von Laboratoriumsuntersuchungen (Quartale I u. II/13)</td>
<td>B 6 KA 26/17 R Termin: 08.08.2018</td>
<td>Ist die Quotierung der Vergütung laboratoriumsmedizinischer Leistungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM-Ä in den Quartalen I und II/2013 rechtmäßig?</td>
<td>SG Mainz, Urt. v. 01.02.2017 - S 8 KA 174/16 -</td>
<td>17-02-2</td>
</tr>
</tbody>
</table>
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

Beschränkung der Abtretung von Honoraran sprüchen an Dritte
B 6 KA 38/17 R
Termin: 27.06.2018
Darf eine Kassen(zahn)ärztliche Vereinigung in ihrer Abrechnungsordnung die Abtretung von Forderungen der Vertrags(zahn)ärzte gegen sie auf Kreditinstitute beschränken und im Übrigen ausschließen?
LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 16.06.2016
- L 5 KA 8/15 -
17-03-16 NZB

Hinterlegung von Honorarzahlungen
B 6 KA 11/18 R
Hat die Kassenzahnärztliche Vereinigung einen ausreichenden Grund für eine Hinterlegung vertragszahnärztlicher Honorars, wenn sie Zweifel an der Wirksamkeit einer Abtretung des Honoraran spruches durch den Vertragszahnarzt hat?
LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 24.05.2018
- L 5 KA 15/16 -
18-03-8

Unzulässigkeit einer Globalzession/Vollstreckungsschutz
B 6 KA 10/18 R
Steht die Mitteilung des Finanzamts als Pfändungsgläubiger, zugunsten des Schuldners einen bestimmten Betrag der Einkünfte aus vertragszahnärztlicher Tätigkeit pfandfrei zu belassen, einem Beschluss des Vollstreckungsgerichts nach § 850i ZPO gleich, sodass der von der Kassenzahnärztlichen Vereinigung erklärten Aufrechnung mit Gegenforderungen ein Aufrechnungsverbot entgegensteht?
LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 24.05.2018
- L 5 KA 38/17 -
18-03-9

Abschlagszahlungen
B 6 KA 13/18 R
Sind die Regelungen zu Vorschüssen in § 42 SGB I auf Abschlagszahlungen von vertragsärztlichem Honorar entsprechend anwendbar?
LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 24.04.2018 - L 4 KA 3/16 -
18-04-9

Arzt-/Psychotherapeutenregister
Zweigpraxis/Genehmigung der KV/Fachkunde/Notdienst/Diziplinarrecht
Keine ausgelagerten Praxisräume bei Nutzung durch verschiedene Ärzte
B 6 KA 24/17 R
Termin: 08.08.2018
Wird ein Vertragsarzt in ausgelagerten Praxisräumen i.S des § 24 Abs 5 Ärzte-ZV tätig, wenn er gegen Entgelt Räume und Laboreinrichtungen einer Betreibergesellschaft nutzt, die diese Räume und Einrichtungen auch anderen Nutzern zur Verfügung stellt?
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 28.09.2016
- L 11 KA 35/15 -
17-02-44

Anfechtungsberechtigung: Ausscheiden aus einer überörtlichen BAG
B 6 KA 64/17 R
Termin: 03.04.2019
Zur Anfechtungsberechtigung in Bezug auf eine Genehmigung zur Übernahme eines Versorgungsauftrags zur Versorgung chronisch miereninsuffizienter 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

Antragserforderung für Genehmigung labormedizinischer Leistungen auch für Laborarzt
B 6 KA 45/17 R
Termin: 24.10.2018
Ist in einer Genehmigung zur Anstellung eines Arztes für Labormedizin durch ein Labor MVZ auch eine Abrechnungsgenehmigung für Laborleistungen zu sehen oder kann falls dies nicht der Fall ist - eine Abrechnungsgenehmigung auch noch rückwirkend erteilt werden?
SG Mainz, Urt. v. 28.06.2017
- S 2 KA 66/14 -
17-04-24

Notdienst: Teilnahmepflicht eines ermächtigten Krankenhausarztes
B 6 KA 50/17 R
Termin: 12.12.2018
Ist die Regelung einer Bereitschaftsdienstordnung, wonach ermächtigte Krankenhausärzte im Umfang von 0,25 eines Versorgungsauftrags am Bereitschaftsdienst teilnehmen, rechtmäßig?
- L 4 KA 18/15 -
17-01-33 NZB

Notdienst: Zusätzlicher Bereitschaftsdienst am Sitz der Zweigpraxis
B 6 KA 51/17 R
Termin: 13.02.2019
Verstoßen Regelungen in einer Bereitschaftsdienstordnung einer Kassenärztlichen Vereinigung, wonach Betreiber einer Filialpraxis, die in einem anderen Bereitschaftsdienstbereich als dem Vertragsarztsitz betrieben wird, verpflichtet sind, zusätzlich auch im Bereitschaftsdienstbereich der Filiale am Bereitschaftsdienst teilzunehmen, gegen höherrangiges Recht?
LSG Bayern, Urt. v. 05.04.2017
- L 12 KA 125/16 -
17-04-27

Vorbereitungssassistenten in MVZ
B 6 KA 1/19 R
Dürfen in einem MVZ, in dem nur ein Vertragsarzt (als zahnärztlicher Leiter) und im Übrigen nur angestellte Zahnärzte tätig sind, mehr als ein Vorbereitungssassistent beschäftigt werden?
SG Düsseldorf, Urt. v. 05.12.2018
- S 2 KA 77/17 -
19-01-

www.dg-kassenarztrecht.de
### Sachlich-rechnerische Berichtigung

<table>
<thead>
<tr>
<th>Themenfeld</th>
<th>Gegenstand</th>
<th>Urteile</th>
<th>Entscheidungszeitpunkte</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Übertragung der Prüfung auf Folgequartale/Bronchoskopie nach Nr. 09315 EBM</td>
<td>B 6 KA 63/17 R</td>
<td>LSG Baden-Württemberg, Beschl. v. 31.03.2017 - L 5 KA 3288/16 -</td>
<td>18-01-13 NZB</td>
</tr>
<tr>
<td>Rückwirkende Einschränkung der Abrechenbarkeit einer Leistung</td>
<td>B 6 KA 8/18 R</td>
<td>LSG Bayern, Urt. v. 22.11.2017 - L 12 KA 138/15 -</td>
<td>18-03-20 NZB</td>
</tr>
<tr>
<td>Thema</td>
<td>Dokument-Nummer</td>
<td>Dokument-Titulatur</td>
<td>Entscheidung</td>
</tr>
<tr>
<td>-------</td>
<td>----------------</td>
<td>--------------------</td>
<td>--------------</td>
</tr>
<tr>
<td>Nebeneinanderabrechnung der Nr. 33076 und Nr. 33072 EBM</td>
<td>B 6 KA 16/17 R</td>
<td>Termin: 16.05.2018</td>
<td>Darf die Gebührenaufordnungposition (GOP) 33076 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen (EBM-Ä) neben der GOP 33072 EBM-Ä abgerechnet werden oder schließt Ziffer I 2.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen zum EBM-Ä dies aus?</td>
</tr>
<tr>
<td>Ultraschalluntersuchungen bei ambulanten Operation</td>
<td>B 6 KA 24/18 R</td>
<td></td>
<td>Schließt Nr 8 der Prämambel zu Abschnitt 31.2.1 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs 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?</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Wirtschaftlichkeitsprüfung/Regress**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Thema</th>
<th>Dokument-Nummer</th>
<th>Dokument-Titulatur</th>
<th>Entscheidung</th>
<th>Jährliche Nummer</th>
<th>Seitenzahl</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Hemmung der Verjährung bei Kenntnisnahme des Antrags</td>
<td>B 6 KA 7/18 R</td>
<td></td>
<td>Zur Hemmung der vierjährigen Verjährungsfrist bei Feststellung eines sonstigen Schadens im Sinne von § 48 Absatz 1 BMV-Ä.</td>
<td>SG Mainz, Urt. v. 31.01.2018 - S 8 KA 266/15 -</td>
<td>18-03-36</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Zulassung und Ermächtigung**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Thema</th>
<th>Dokument-Nummer</th>
<th>Dokument-Titulatur</th>
<th>Entscheidung</th>
<th>Jährliche Nummer</th>
<th>Seitenzahl</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Fortführungsähnliche Praxis in BAG: Tätigkeitsumfang des einzelnen Vertragsarztes/Verfahren</td>
<td>B 6 KA 46/17 R</td>
<td>Termin: 27.06.2018</td>
<td>Ist für die Beurteilung des Vorliegens eines Praxissubstrats als Voraussetzung der Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens nach § 103 Abs 3a SGB 5 bei Berufsausübungsgemeinschaften auf die Tätigkeit des ausscheidenden Vertragsarztes oder die der Berufsausübungsgemeinschaft abzustellen?</td>
<td>SG Berlin, Urt. v. 10.05.2017 - S 87 KA 946/16 -</td>
<td>17-04-36</td>
</tr>
<tr>
<td>Auswahlentscheidung: Berücksichtigung der Tätigkeit nach aufgehobener sofortiger</td>
<td>B 6 KA 33/17 R</td>
<td>Termin: 27.06.2018</td>
<td>Welche Anforderungen sind in Zulassungsverfahren an die Sachverhaltsmitteilungen und an die Begründung der Entscheidung des Berufungsausschuses bezogen auf die Auswahl zwischen konkurrierenden Bewerbern zu stellen?</td>
<td>LSG Thüringen, Urt. v. 25.08.2016 - L 11 KA 928/15 -</td>
<td>17-03-48 NzB</td>
</tr>
<tr>
<td>Nachbesetzungsverfahren</td>
<td>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 Praxistreibers und die Genehmigung zur überörtlichen gemeinsamen Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit vor der eigentlichen Nachfolgeentscheidung erhalten?</td>
<td>LSG Berlin, Urt. v. 13.06.2018 - S 83 KA 997/16 - 18-03-45</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

<p>| Datenübermittlungen auch bei Gesamtvergütung nach Kopfpauschalen | Zielt der Zweck der Datenübermittlung nach § 295 Abs 2 SGB 5 nur auf die Abrechnung im Sinne der Bildung der Gesamtvergütung nach § 85 SGB 5 oder bezieht er auch die nachträgliche Überprüfung der Leistungsabrechnung der Vertrags(zahn)ärzte nach § 106a SGB 5 ein? | LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 02.11.2017 - L 4 KA 14/12 - 17-02-67 |
| Honorarkürzung u. Fortbildungs-pflicht: Krankenkassenanspruch? | Sind die Kassen(zahn)ärztlichen Vereinbarungen verpflichtet, das nach § 95d Abs 3 SGB 5 einbehaltene Honorar an die Krankenkassen auszukehren? | LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 08.03.2017 - L 11 KA 21/15 - 17-04-49 |
| GBA: Erprobung von Untersuchungs- und | 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 |</p>
<table>
<thead>
<tr>
<th>Behandlungsmethoden</th>
<th>SGB V abzugeben, in eigenen Rechten betroffen?</th>
<th>L 7 KA 46/14 KL -</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>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?</td>
<td>SG Marburg, Urt. v. 31.05.2017 - S 12 KA 100/17 - 17-03-71</td>
</tr>
<tr>
<td>Hausarztzentrierte Versorgung: Pflicht zur Selbsterbringung des Allgemeinlabors</td>
<td>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?</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Erweiterte Honorarverteilung (EHV) der KV Hessen</td>
<td>Inwieweit sind Einnahmen aus Sonderverträgen bei der Festsetzung des Punktwertes nach den Grundsätzen der Erweiterten Honorarverteilung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen in der Fassung ab 1.7.2012 zu berücksichtigen? In welchem Umfang sind die inaktiven Mitglieder des gewählten EHV-Beirates der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen an den Sitzungen der Vertreterversammlung zu beteiligen, und welche Auswirkungen hat dies auf die formelle Rechtmäßigkeit der in der Sitzung verabschiedeten Satzungsregelungen zu den Grundsätzen der Erweiterten Honorarverteilung?</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Einnahmen aus Sonderverträgen/ Rederecht des weiteren Stellvertreters des Vorsitzenden des Beirates</td>
<td>SG Marburg, Urt. v. 31.05.2017 - S 12 KA 704/15 - 17-03-82</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Sonstiges/Verfahrensrecht</td>
<td>LSG Hessen, Urt. v. 11.04.2018 - L 4 KA 2/15 - 18-03-61</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

### Anhang II: BSG - Anhänge Revisionen Krankenversicherung


<table>
<thead>
<tr>
<th>Sachgebiet</th>
<th>Aktenzeichen:</th>
<th>Rechtsfrage</th>
<th>Vorinstanz</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ärztliche Behandlung</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

www.dg-kassenarztrecht.de
<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Genehmigungsfiktion/Frist: Fehlender Nachweis für Einschaltung des MDK</td>
<td>B 1 KR 12/18 R Rücknahme</td>
<td>Führt die Verletzung der Pflicht der Krankenkasse nach § 13 Absatz 3a Satz 2 SGB V, die Antragstellerin darüber zu unterrichten, dass sie eine gutachtliche Stellungnahme einholt, zur Geltung der 3-Wochenfrist des § 13 Absatz 3a Satz 1 Fall 1 SGB V?</td>
<td>Rheinland-Pfalz, Urt. v. 05.10.2017 - L 5 KR 375/16</td>
</tr>
<tr>
<td>Titel</td>
<td>Urteile</td>
<td>Seite</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>----------------------------------------------------------------------</td>
<td>-------------------------------------------------------------------------</td>
<td>-------</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>bei Rollstuhlzuggeräten</td>
<td>LSG Hessen, Urt. v. 09.11.2017</td>
<td>18-01-73</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>unter welchen Voraussetzungen kann eine fiktive Genehmigung zurückgenommen werden?</td>
<td>LSG Bayern, Urt. v. 03.05.2018</td>
<td>19-01-104</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>von Rollstuhlzuggeräten</td>
<td>LSG Bayern, Urt. v. 22.02.2018</td>
<td>18-02-100</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>unter welchen Voraussetzungen kann eine fiktive Genehmigung zurückgenommen werden?</td>
<td>LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 25.01.2018</td>
<td>18-01-100</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>über welchen Kosten eines Arzneimittels</td>
<td>LSG Bayern, Urt. v. 03.05.2018</td>
<td>19-01-104</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>unter welchen Voraussetzungen kann eine fiktive Genehmigung zurückgenommen werden?</td>
<td>LSG Bayern, Urt. v. 22.02.2018</td>
<td>18-02-100</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>unter welchen Voraussetzungen kann eine fiktive Genehmigung zurückgenommen werden?</td>
<td>LSG Bayern, Urt. v. 22.02.2018</td>
<td>18-02-100</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>unter welchen Voraussetzungen kann eine fiktive Genehmigung zurückgenommen werden?</td>
<td>LSG Bayern, Urt. v. 22.02.2018</td>
<td>18-02-100</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>unter welchen Voraussetzungen kann eine fiktive Genehmigung zurückgenommen werden?</td>
<td>LSG Bayern, Urt. v. 22.02.2018</td>
<td>18-02-100</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Stationäre Behandlung**

**Auslandskrankenbehandlung**

**Arzneimittel**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Arzneimittel</th>
<th>Urteile</th>
<th>Seite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Immunglobuline bei monoklonaler Gammopathie unbestimmter Signifikanz</td>
<td>LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 24.01.2017</td>
<td>17-02-138</td>
</tr>
<tr>
<td>Hitler ein Versicherter, der unter einem Antikörpermangelsyndrom bei Monoklonaler Gammopathie unbestimmter Signifikanz (MGUS) leidet, einen Anspruch auf intravenös zu verabreichende Arzneimittel mit dem Wirkstoff Immunglobulin außerhalb deren Indikationsgebietes, wenn aus der Grunderkrankung eine Schwächung des körpereigenen Abwehrsystems resultiert, die bei einer bereits eingetretenen Häufung schwerster Lungenentzündungen im Falle weiterer Infekte einen tödlichen Krankheitsverlauf bewirken kann, aber die Immunglobulingabe die Infektabällig...</td>
<td>www dg-kassenarztrecht.de</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Häusliche Krankenpflege/Haushaltshilfe</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>----------------------------------------</td>
<td>--</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Fahrtkosten</th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Zuzahlung</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Rehabilitationsmaßnahmen</th>
<th></th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Krankenhauskosten</th>
<th></th>
</tr>
</thead>
</table>

www.dg-kassenarztrecht.de
### Arzneimittelzulassung

<table>
<thead>
<tr>
<th>Verordnung</th>
<th>Indikation des rezidivierenden Glioblastoms?</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>B 1 KR 22/18 R</td>
<td>Hat ein Krankenhaus Anspruch auf Vergütung des Zusatzentgeltes ZE82.14 für die zulassungsüberschreitende Anwendung (&quot;off-label-use&quot;) 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 umschlägen kann?</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### Feststellungsklage auf Feststellung der Verfahrenskostentragung

<table>
<thead>
<tr>
<th>Verpflichtung</th>
<th>Zur Zulässigkeit der Umstellung einer Klage auf Erstattung von Krankenhausvergütung auf einem materiellrechtlichen Kostenersatzanspruch. Keine Feststellungsklage auf Feststellung der Verfahrenskostentragung</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>B 1 KR 3/18 R</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

### Weitere Leistungserbringer/Arzneimittelhersteller

<table>
<thead>
<tr>
<th>Apotheken: Zulässigkeit einer produktneutralen Verordnung von Impfstoffen</th>
<th>Sind Apotheker im Falle einer produktnutralen Verschreibung von Impfstoffen ohne Nennung der Bezeichnung des Impfstoffes durch Vertragsärzte verpflichtet, anhand von Informationsmaterial der Krankenkassen rabattierte Impfstoffe auszuwählen und abzugeben?</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Vereinbarung über Abschlag bei Abgabe von Zytostatika</th>
<th>Gestattet § 129 Abs 5 S 1 SGB V eine vertragliche Regelung über die Abrechnung von in Apotheken hergestellten Zytostatika auf Landesebene oder sind diese Regelungen nach § 129 Abs 5 S 3 SGB V ausschließlich der einzelvertraglichen Ebene vorbehalten?</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Pflicht zur Korrektur der Umsatzsteuerfestsetzung nur bei vertraglicher Vereinbarung</th>
<th>Haben Krankenkassen einen Anspruch gegen eine Krankenhausapotheke auf Erstattung von Umsatzsteuer, der sie für individuell hergestellt und an ihre Versicherten im Rahmen ambulanter Behandlungen verabreichte Arzneimittel und Arzneimittelzubereitungen gezahlt haben?</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>B 1 KR 5/18 R</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Ausländische Versandapotheke und Umsatzsteuer</th>
<th>Zur umsatzsteuerrechtlichen Behandlung von Arzneimittellieferungen einer Apotheke aus einem anderen EU-Land an die Mitglieder inländischer gesetzlicher Krankenkassen?</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>B 3 KR 19/17 R</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Arzneimittelhersteller: Erprobung neuer Untersuchungsmethode (DiaPat®-CC Tests, Nachweis Gallengangkarzinom)</th>
<th>Zu den Anforderungen an die Annahme eines Antrags nach § 137e Absatz 7 SGB V auf Erprobung einer neuen Untersuchungsmethode (hier: Proteomanalyse des Gallensekrets und des Urins zur Erkennung eines Gallengangkarzinoms) bei in Fachkliniken behandelten Patienten mit einer primär sklerosierenden Cholangitis (PSC)</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Mischpreisbildung für Arzneimittel (Wirkstoff: Albiglutid)</th>
<th>Zur Rechtmäßigkeit eines Schiedsspruchs der Schiedsstelle nach § 130b Abs 5 SGB V bezüglich des Zuschlag(es) auf die Jahrstherapiekosten der zweiwöchigen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>B 3 KR 20/17 R</td>
<td>Term: 04.07.2018</td>
</tr>
</tbody>
</table>

| LSG Wurtemberg, Urt. v. 03.05.2018 - L 1 KR 19/16 | 18-03-147 |

| LSG Hessen, Urt. v. 26.01.2017 - L 8 KR 400/14 | 18-01-143 NZB |


| LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 16.01.2018 - L 11 KR 4621/16 | 18-02-163 |

| LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 16.01.2018 - L 11 CR 333/13 | 18-02-164 |

| LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 06.07.2017 - L 5 KR 105/16 | 18-04-140 |

| LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 25.01.2018 - L 1 KR 151/14 KL | 18-02-166 |

| LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 25.01.2018 - L 1 KR 295/14 KL | 18-02-167 |

| LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 26.01.2018 - L 1 KR 4621/16 | 18-02-168 |


<p>| LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 28.06.2017 | 18-03-215 |</p>
<table>
<thead>
<tr>
<th>Vergleichstherapie und der Mischpreisbildung in der Konstellation unterschiedlich nutzenbewerteter Patientengruppen</th>
<th>LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 26.01.2017 - L 1 KR 67/14 KL -</th>
<th>17-02-188</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Reduzierung des Herstellerrabatts auf 6 % und Ertragsstichtag</td>
<td>B 3 KR 10/16 R Termin: 25.10.2018</td>
<td>Unter welchen Voraussetzungen kann ein pharmazeutischer Unternehmer die Reduzierung des Herstellerrabatts von 16 auf 6 % beanspruchen?</td>
</tr>
<tr>
<td>---</td>
<td>---</td>
<td>---</td>
</tr>
<tr>
<td>Raumhöhe für physiotherapeutische Praxis</td>
<td>Erfüllt ein Physiotherapeut auch dann die Voraussetzungen für eine Zulassung nach § 124 SGB 5, wenn die Raumhöhe seiner Praxis 2,50 m unterschreitet?</td>
<td>LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 18.11.2015 - L 5 KR 2883/13 - 16-01-185</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Integrierte Versorgung**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Krankenkassen</th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Erstattungsanspruch einer unzuständigen Krankenkasse</td>
<td>Ist eine Krankenkasse einem Erstattungsanspruch einer unzuständigen Krankenkasse gemäß § 105 SGB X ausgesetzt, wenn sie mit der Vereinbarung und Erbringung der</td>
</tr>
</tbody>
</table>

www.dg-kassenarztrecht.de
<table>
<thead>
<tr>
<th>Rechtsfragen</th>
<th>Aktenzeichen:</th>
<th>Vorinstanz</th>
<th>RID</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Erstattungsanspruch nach Rentenantragstellung</td>
<td>B 1 KR 29/18 R</td>
<td>LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 29.06.2018</td>
<td>18-04-83</td>
</tr>
<tr>
<td>Abgabepflicht für Mitarbeiter eines Ärzteblatts einer Ärztekammer</td>
<td>B 3 KS 3/15 R</td>
<td>LSG Mecklenburg-Vorpommern, Urt. v. 16.06.2015</td>
<td>16-01-251</td>
</tr>
<tr>
<td>Beschwerdewert</td>
<td>B 3 KR 14/17 R</td>
<td>LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 20.04.2017</td>
<td>17-04-154</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Anhang III: Anhängige Rechtsfragen des Großen Senats und weiterer Senate**


<table>
<thead>
<tr>
<th>Sachgebiet</th>
<th>Aktenzeichen:</th>
<th>Rechtsfrage</th>
<th>Vorinstanz</th>
<th>RID</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Verfahrensfragen</td>
<td>GS 1/18</td>
<td>Setzt ein Anspruch des Rentenversicherungsträgers gegen das Geldinstitut nach § 118 Absatz 3 Satz 2 SGB VI auf Rücküberweisung von Geldleistungen, die für die Zeit nach dem Tod des Berechtigten überwiesen worden sind, die weitere Existenz des Kontos des Rentenemplägers voraus?</td>
<td>BSG, Beschl. v. 17.08.2017 - B 5 R 26/14 R -</td>
<td>juris</td>
</tr>
</tbody>
</table>