

## Rechtsprechungsinformationsdienst 19-04

REDAKTION .....	5
EDITORISCHE HINWEISE .....	5
A. VERTRAGS ARZTRECHT .....	6
I. Honorarverteilung .....	6
1. Regelleistungsvolumen/Qualifizierte Zusatzvolumina .....	7
a) Fachgruppenübergreifende Leistungen: Arztgruppe nur äußerst selten .....	7
b) Kardiologen: Fachgruppentypik gastroenterologischer Leistungen .....	7
2. Abrechnung von Anästhesien bei Abrechnung der MKG-Operation über KZV .....	7
3. Vorwegabzug des Grundbetrages „Labor“/Nachfinanzierung von Unterschüssen/Trennungsgebot .....	8
4. Zugangsfiktion eines Bescheides/Bewertung der urologischen Grundpauschalen .....	8
5. Fehlende Bestimmtheit der Bildung eines Vergütungsvolumens (patholog. Leistungen) .....	9
6. KV Schleswig-Holstein/Wachstumsärzte: Ergänzungs-Vb zum HVV v. 03.04.2009 rechtswidrig .....	9
7. Humangenetische Leistungen (KV Hessen) .....	9
a) Quotierung Quartale I/12 bis IV/13 .....	9
b) Quotierung Quartale III/15 bis II/16 .....	10
8. Beendigung einer KV-übergreifenden BAG in der Rechtsform einer GbR .....	10
9. Kein Anspruch auf unbudgetierte Vergütung außerhalb der MGV .....	10
II. Sachlich-rechnerische Berichtigung .....	11
1. Dokumentation/Institutionalisierte Hausbesuchstage/Regelwerksprüfung/Mischpunktwert .....	13
2. Patientenbezogene Plausibilitätsprüfung .....	14
a) Beschränkte Arbeitsteilung in Praxisgemeinschaft .....	14
b) Keine Überschreitung des Auffangkriteriums (Anästhesiologische Praxisgemeinschaft) .....	14
3. Keine Pflicht zur Überprüfung einer Überweisung .....	14
4. Keine Berichtigung bei Zweifeln an der Sinnhaftigkeit von Leistungen der Früherkennung .....	15
5. Zahnärzte: Nr. 2584 GOÄ (Neurolyse mit Nervverlagerung und Neueinbettung) .....	15
III. Notdienst .....	15
1. Neuordnung des ärztlichen Notdienstes (Bereitschaftsdienst KV Sachsen) .....	16
2. Aufhebung aller Befreiungen vom Notdienst durch die Bereitschaftsdienstordnung .....	16
3. Garantiepauschale im Notdienst: Einreichung einer Abrechnung als Voraussetzung .....	16
IV. Wirtschaftlichkeitsprüfung/Arzneikostenregress/Schadensersatz .....	17
1. Vertrag zur integrierten Versorgung: Zuständigkeit der Prüfungsgremien (Immunglobulin/Octagam) .....	17
2. Zahnärzte .....	18
a) Praxisbesonderheiten: Ländlicher Raum/Oralophobiker/Patientenverteilung/Ersparnis ZE .....	18
b) Prothetikmangelverfahren: Erst- und Zweitgutachten .....	18
c) MKG-Chirurg: Statistischer Einzelleistungsvergleich/Vergleichsgruppe .....	19
d) Statistischer Einzelleistungsvergleich: Relation zu einer Bezugsleistung .....	19
V. Zulassungsrecht .....	20
1. Sonderbedarfszulassung .....	21
a) Nachbesetzungsverfahren: Beschränkungen und freie Sitze wegen Nichterfüllung der KJP-Quote .....	21
b) Anordnungsgrund bzgl. Genehmigung zur Anstellung .....	21
2. Auflösung einer BAG während Nachbesetzungsverfahrens .....	22
3. Medizinische Versorgungszentren (MVZ) .....	22
a) Umwandlung einer Angestelltenstelle: Keine Auswahlbefugnis des MVZ .....	22
b) Nachbesetzungsantrag: Frist/Vollständige Antragsunterlagen .....	23
4. Zulassungsentziehung .....	23
a) Abrechnung (noch) nicht erbrachter Leistungen .....	23
b) Abrechnungsmanipulationen und Kenntnis der KV .....	23
5. Defensive Konkurrentenklage gg. Ermächtigung: Substantiiertes Vortrag zur Rechtsverletzung .....	24
VI. Lieferanten von Sprechstundenbedarf/Streitwert .....	24
1. Rechtsbeziehung des Lieferanten von Sprechstundenbedarf .....	25
2. Keine Erhöhung des Auffangstreitwerts .....	25

VII. Erweiterte Honorarverteilung der KV Hessen (EHV)	26
1. Aufhebung bestandskräftiger EHV-Bescheide	26
2. Aufhebung eines EHV-Bescheids: Unzureichende Berücksichtigung des Versorgungsausgleichs	26
VIII. Bundessozialgericht (BSG)	26
1. Honorarverteilung	26
a) Reduzierung des Versorgungsauftrags: Bemessung der RLV-relevanten Fallzahl	26
b) Quotierung von Laborleistungen nach Vorgaben der KBV	26
2. Sachlich-rechnerische Berichtigung	27
a) Zeitbezogene Plausibilitätsprüfung eines Psychotherapeuten	27
b) Leistungsinhalt und Vorgaben einer Qualitätssicherungsvereinbarung	27
c) Richtigstellung nach abgelaufener Ausschlussfrist: Rücknahmeermessen	27
3. Notdienst: Keine Teilnahmepflicht eines ermächtigten Krankenhausarztes	27
4. Zulassungsentziehung	28
a) Gebundene Entscheidung	28
b) Kein strikter Vorrang einer disziplinarischen Ahndung	28
5. Vorverfahrenskosten: Ankündigung einer Verrechnung eines Regresses durch Einbuchung	28
<b>B. KRANKENVERSICHERUNGSRECHT</b>	<b>29</b>
I. Vertrags(zahn)ärztliche Behandlung	29
1. Geltung des Arztvorbehalts: Nadel-Epilationsbehandlung	29
2. Xanthelasma im Bereich der Augen	29
3. Hormonelle Stimulation, Eizellenentnahme und Kryokonservierung	29
4. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden: Einsatz eines Bewegungstrainers „Innowalk“	30
II. Stationäre Behandlung	30
1. Operative Straffung der Bauchhaut nach Magenband-Op	30
2. Liposuktionen bei Lipödem	30
3. Vorsorgliche Entfernung des Brustdrüsengewebes bei Krebsangst	31
4. Geschlechtsangleichende Operation nach Anerkennung des neuen Geschlechts	31
5. Kein Anspruch auf Behandlung in Privatklinik	31
III. Kostenersatzung	31
1. Genehmigungsfiktion	32
a) Fünf-Wochen-Frist und Stellungnahme des MDK	32
b) Schriftform für Fristverlängerung/Off-Label-Use (Botox-Behandlung)	32
c) Versorgung mit einer Iluvien-Injektion	32
d) Subjektive Erforderlichkeit und gerichtlich eingeholte Gutachten	33
e) Genehmigungsfiktion nach § 18 III 1 SGB IX	33
2. Vorherige Zustimmung zu Krankenhausaufenthalt in der Schweiz	33
IV. Hilfsmittel	33
1. GPS Uhr mit Alarmfunktion: Grundbedürfnis auf Mobilität	33
2. Aktivrollstuhl	34
3. Wasserfeste Badeprothese in Modularbauweise anstelle in Schalenbauweise	34
4. Kostenübernahme für eine Sportprothese: Zulassung von Ausnahmen	34
5. Patientenlifter für Heimbewohner	35
6. Aufhebung der Bewilligung eines Blindenführhunds	35
7. Kontinuierliche interstitielle Glukosemessung	35
8. Hörgeräte	36
a) Berücksichtigung der Beurteilungskompetenz der gewerblichen Hörgeräteakustiker	36
b) Besseres Sprachverstehen und Messtoleranzen	36
9. Fingerepithese	36
V. Rehabilitation/Häusliche Krankenpflege/Fahrkosten	36
1. Häusliche Krankenpflege	37
a) Medikamentenabgabe während des täglichen Schulbesuchs	37
b) Kosten für eine selbstbeschaffte Kraft	37
2. Fahrkosten zur ambulanten Untersuchung im Krankenhaus	38
VI. Beziehungen zu Krankenhäusern	38
1. Vergütungsanspruch/Fälligkeit	40
a) Überprüfung einer spezialfachärztlichen Versorgung	40
b) Vertragskrankenhaus/Faktische Abrechnungspraxis und Altvertrag/Vergütungsrückzahlung	40
c) Neue Behandlungsmethode: Renale Denervation	40

d) Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung: Blutbank	41
e) Medizinische Notwendigkeit einer Aachener Aphasiespezialbehandlung	41
f) Vollstationäre Behandlung zur Vorbereitung einer Lebendnierentransplantation	41
g) Widerlegung einer Mindestmengenprognose für komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas	41
h) Prüfverfahren	42
aa) Frist zur Vorlage der Unterlagen (§ 7 II 3 u. 4 PrüfV 2014) keine Ausschlussvorschrift	42
bb) Eingeschränkte Prüfung nach Ablauf der Ausschlussfrist	42
cc) Ausschlussfrist bei verspätetem Zugang der Unterlagen (§ 7 II 6 PrüfV 2016)	42
dd) Frist zur Aufrechnung (PrüfV 2014)/Aufrechnungsverbot (Vertrag NRW)	43
2. Vorlage einer Erklärung über die stationäre Behandlungsnotwendigkeit	43
3. Fallpauschalen	43
a) Kodierung und Funktion der Hauptdiagnose	43
b) Kodierung als Hauptdiagnose auch bei unzureichender Vergütung	44
c) Mehrfachkodierung: Lokale Exzision und Plastische Rekonstruktion der Mamma	44
d) Fallzusammenführung	44
aa) Ausschlussregelung in Fallpauschalenvereinbarung und Wirtschaftlichkeitsgebot	44
bb) Fallzusammenführung mit drittem Krankenhausaufenthalt	45
e) Atemunterstützung eines Erwachsenen über das HFNC-System	45
f) Berechnung einer maschinellen Beatmungszeit	45
g) Intensivmedizinische Komplexbehandlung: Ständige ärztliche Anwesenheit/Kennntisstand	45
h) Neonatologie: Notfallsituation	46
i) Multimodale Schmerztherapie: Einsatz approbierter Psychologen erforderlich	46
j) Seelsorgerische Gesprächszeiten als Teil der Gesamtbehandlungszeit	46
k) Verständnis des Begriffs „Schock“	46
l) Auslegung des Begriffs „akutes Nierenversagen“	47
m) Partielle Maxillektomie	47
n) „Ortsständiges“ Gewebe	47
o) Strahlentherapie: Festgelegte Dosis/Dosiszeitmuster	47
4. Keine Erstattung einer Aufwandspauschale aus dem Jahre 2012: Treu und Glauben	48
5. Einstweiliger Rechtsschutz: Mindestmengenregelung	48
VII. Beziehungen zu Leistungserbringern und Arzneimittelherstellern	49
1. Hörgeräteakustiker: Unterlassen einer Versorgungsanzeige	49
2. Logopäden: Keine Vergütung bei fehlender Zulassung der Praxisräume	50
VIII. Gesundheitskarte/Innovationsfonds/MDK/Kostentragung	50
1. Elektronische Gesundheitskarte mit Lichtbild	51
2. Förderung mit Mitteln des Innovationsfonds	51
3. Abwahl eines MDK-Geschäftsführers	52
4. Kostentragung im sozialgerichtlichen Verfahren	52
IX. Bundessozialgericht (BSG)	53
1. Genehmigungsfiktion: Wohnsitz im Ausland und Bearbeitungsfristen	53
2. Ausschluss von Arzneimitteln zur Raucherentwöhnung	53
3. Vorsorgemaßnahme für Mütter: PKV-versicherte Pflegemutter	53
4. Krankenhäuser: Voraussetzungen einer Aufrechnungserklärung/Aufrechnungsverbot	53
5. Beziehungen zu Leistungserbringern und Arzneimittelherstellern	53
a) Apotheken: Zulässigkeit einer Vereinbarung über Abschlag bei Abgabe von Zytostatika	53
b) Arzneimittelhersteller	54
aa) Erprobung neuer Untersuchungsmethode	54
bb) Festbetragsfestsetzungsverfahren: Bildung von Festbetragsgruppen	54
cc) Abschlagspflicht für Insulinpräparate ohne Patentschutz und Generika/Wirkstoffgleichheit	54
dd) Reduzierung des Herstellerrabatts auf 6 % und Ertragssituation	54
c) Hilfsmittelverzeichnis: Anspruch auf sachgerechte Zuordnung eines Produkts	55
d) Zulassung einer Ergotherapeutin: Weitere Fachkraft ausschließlich für Hausbesuche	55
C. ENTSCHEIDUNGEN ANDERER GERICHTE	56
I. Ärztliches Berufsrecht	56
1. Widerruf/Ruhen/Wiedererteilung der Approbation/Berufserlaubnis	56
a) BVerwG: Betrug zu Lasten der eigenen Krankentagegeldversicherung/Keine Gefahrprognose	56
b) Verlängerung einer Berufserlaubnis über zwei Jahre	56
2. Berufspflichten: Bestimmtheit eines Antrags auf Eröffnung des berufsgerichtlichen Verfahrens	56
3. Strafrecht	57
a) Bundesgerichtshof (BGH)	57
aa) BGH: Unterstützung bei Selbsttötungen	57
bb) Begleitung eines freiverantwortlichen Suizids	57

b) Abrechnungsbetrag gegenüber KV (Behandlung von Feuermalen)	57
c) Angebot zur Vornahme eines Schwangerschaftsabbruches	57
4. Anerkennung von Weiterbildungen: Berufliche Erfahrungen in EU-Staat	58
5. Zulassung zur Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin	58
6. BetäubungsmittelG: Behördliche Einsichtnahme in Patientenakten	58
7. Keine Einsicht in Protokolle vertraulicher Beratungen innerhalb einer KV (Hauptausschuss)	58
8. Poster-Aktion einer KZV im Rahmen von Honorarverhandlungen zulässig	58
9. Vorsorgevollmacht: Einsicht in Behandlungsunterlagen eines Verstorbenen	59
<b>II. Arzthaftung</b>	<b>59</b>
1. BGH: Substantiierungspflichten des Patienten: Behauptung eines Hygieneverstoßes	59
2. Behandlungsfehler	60
a) Ärztliche Dokumentation: Entkräftung durch Behandlungsunterlagen	60
b) Haftung im Falle des Zusammenwirkens mehrerer Ärzte aus verschiedenen Fachgebieten	60
c) Kein fundamentaler Diagnoseirrtum	60
d) Untersuchung des Auges durch den Hausarzt/Überweisung	60
e) Befundung einer Röntgenaufnahme des Thorax durch Pneumologen	61
f) Maßgeblichkeit der Fachkenntnisse des med. Sachgebiets (Befundung einer Mammographie)	61
g) Intramuskuläre Injektion des Medikaments Xylonest in die Schulter	61
h) Substantiierungspflicht des Patienten bei vorliegendem Gutachten	61
i) Verjährung von Arzthaftungsansprüchen	62
3. Aufklärung/Einwilligung	62
a) Möglichkeit eines Aufschiebens oder gänzlichen Unterlassens der Operation	62
b) Aufklärung bei mehreren Behandlungsmöglichkeiten	62
c) Keine weitere Aufklärung bei Fehlen von echten Behandlungsalternativen	62
d) Aufklärungspflichten vor einer operativen Behandlung eines Hirntumors	63
4. Rechtsweg bei behandlungsfehlerhafter durchgangsarztlicher Tätigkeit	63
<b>ANHANG I: BSG - ANHÄNGIGE REVISIONEN VERTRAGS ARZTRECHT</b>	<b>64</b>
<b>ANHANG II: BSG - ANHÄNGIGE REVISIONEN KRANKENVERSICHERUNG</b>	<b>70</b>

## Redaktion

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

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

e-mail: pawlita@web.de;

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

Telefax: 0641/250 2801.

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

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

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

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

## Editorische Hinweise

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

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

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

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

Die Datenbank [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) wird hinsichtlich der Abteilungen Vertragsarztrecht und Krankenversicherung (Leistungsrecht) ausgewertet. Diese Ausgabe berücksichtigt die bis zum 09.11.2019 eingestellten Entscheidungen.

## A. VERTRAGS ARZTRECHT

### I. Honorarverteilung

Nach BSG v. 30.10.2019 - **B 6 KA 21/18 R** - dürfen Ärzte in der **Anfangsphase** ihrer vertragsärztlichen Tätigkeit nicht generell von **Honorarstützungsmaßnahmen** im Rahmen einer **Konvergenzvereinbarung** ausgeschlossen werden. Ein genereller Ausschluss neu zugelassener Ärzte in der auf bis zu fünf Jahre festgelegten Wachstumsphase von Ausgleichszahlungen zum Honorar, sofern die durch eine Neustrukturierung des Vergütungssystems bedingten Honorarverluste einer Praxis im Vergleich zum Vorjahr 7,5 % überschritten, kann im Lichte des Art. 3 I GG keinen Bestand haben. Anfängerpraxen können von den Verwerfungen, die durch eine Umstellung der Honorarsystematik ausgelöst werden, ebenso hart betroffen sein wie bereits etablierte Praxen. Ein schützenswertes Vertrauen darauf, dass sich die Grundlagen für den Honoraranspruch nicht sprunghaft und übergangslos verschlechtern, kann auch schon in den ersten Jahren nach Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit bestehen. Nach BSG, Urt. v. 11.09.2019 - **B 6 KA 13/18 R** - kann ein Rückzahlungsanspruch der KV wegen der **Überzahlung von Honorar** aus der Teilnahme des Klägers an verschiedenen Strukturverträgen zum ambulanten Operieren in 2005 nicht auf § 42 II SGB I gestützt werden. Diese Vorschrift, die sich mit dem Ausgleich von Vorschüssen auf Sozialleistungen befasst, findet auf **vertragsärztliche Honorarzahungen** keine Anwendung. Diese sind **keine Sozialleistungen** und können auch nicht so behandelt werden. Anspruchsgrundlage ist vielmehr der **öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch**. Ein solcher Anspruch besteht, wenn in einer öffentlich-rechtlich geprägten Leistungsbeziehung Zahlungen ohne rechtlichen Grund erbracht worden sind. Insoweit genügt es, wenn nach Abschluss des maßgeblichen Leistungszeitraums feststeht, dass die Behörde mehr gezahlt hat, als sie rechtmäßig hätte zahlen müssen. Welches Honorar dem Kl. für seine Leistungen im Rahmen der Strukturverträge zum ambulanten Operieren zusteht, ergibt sich aus den zwischen 2006 und 2008 erfolgten Endabrechnungen der beteiligten Krankenkassen. Da die Bekl. seinem Honorarkonto einen insgesamt um ca. 3.500 € höheren Betrag zugewiesen hat, muss der Kl. diesen Betrag zurückzahlen. Der öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch **verjährt** innerhalb von vier Jahren, und diese Frist hat die Beklagte mit Erlass des Rückforderungsbescheides in 2011 gewahrt.

Nach BSG, Urt. v. 26.06.2019 - **B 6 KA 1/18 R** - erfüllt die Praxis d. Kl. keinen „besonderen Versorgungsauftrag“ und weist keine „für die Versorgung bedeutsame Spezialisierung“ auf. Ohne ein solches besonderes Versorgungsangebot ist eine Überschreitung des durchschnittlichen **RLV-Fallwertes** von mehr als 15 %, die bei der Klägerin besteht, kein hinreichender Grund für die Anerkennung einer **Praxisbesonderheit**. Die Praxis zeichnet sich dadurch aus, dass sie in unterschiedlichen Bereichen einige Leistungen **häufiger abrechnet** als der Fachgruppendurchschnitt der **Orthopäden**, doch lässt sich daraus kein spezifischer Versorgungsschwerpunkt ableiten. Die **Rheumatologie** gehört zu den typischen Aufgaben einer orthopädischen Praxis; nichts anderes gilt im Ergebnis auch für die **Schmerztherapie**. Die Leistungen, die auf die von d. Kl. benannten Schwerpunkte - Rheumatologie, Schmerztherapie und Chirotherapie - entfallen, können auch nicht **zusammengerechnet** werden, um aus der Summierung einen besonderen Praxischwerpunkt abzuleiten. Anlass für die Anerkennung von Praxisbesonderheiten besteht immer dann, wenn eine Praxis eine untypische Ausrichtung aufweist, wie das der Senat etwa für eine ausschließlich proktologisch tätige Praxis von Chirurgen angenommen hat. Nach BSG, Urt. v. 26.06.2019 - **B 6 KA 66/17 R** - kann die **Bereinigung des RLV** von Vertragsärzten, die im Quartal I/09 zugleich an der selektivvertraglich organisierten **hausarztzentrierten Versorgung** (HzV) von Versicherten der AOK Baden-Württemberg teilnahmen, nicht auf die für den Bezirk der KV am 05.10.2010 abgeschlossene RLV-Bereinigungsvereinbarung gestützt werden. Weder diese regionale Vereinbarung auf Gesamtvertragebene noch die als ihre Ermächtigungsgrundlage herangezogene Öffnungsklausel im (damals sehr umstrittenen und von der KBV zunächst bekl.) Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 22.01.2009 sind wirksam geworden. Jedenfalls der zuletzt genannte Beschluss ist nicht in der vorgeschriebenen Weise veröffentlicht worden, obwohl das für Normen unabdingbar ist. Die Bekl. muss daher auf der Grundlage des ursprünglichen Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 27./28.08.2009 über die HzV-bedingte Bereinigung des RLV der Kl. neu entscheiden. Jener Beschluss war allerdings auf eine weitere Konkretisierung angelegt. Nachdem der Bewertungsausschuss seit 2012 für Vorgaben zur Ermittlung der RLV keine Zuständigkeit mehr besitzt, scheidet eine rückwirkende Ergänzung der Grundsätze zur Bereinigung der RLV für das Jahr 2009 durch dieses Gremium aus. Der Senat entnimmt aber einer Protokollnotiz zum Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 16.12.2009, dass nach dessen Willen die für 2010 anzuwendenden Bereinigungsregelungen rückwirkend auch für das Jahr 2009 herangezogen werden sollten, sofern - wie hier - die regionalen Gesamtvertragspartner bis zum 31.12.2009 keine Einigung erzielen konnten. Die Beklagte ist dem bislang nur für die Quartale III u. IV/09 gefolgt, wird diese Regelungen im Rahmen der Neubescheidung nunmehr aber auch für die übrigen Quartale des Jahres 2009 entsprechend anzuwenden haben. Die Bereinigungsvorgaben für 2010 enthalten nach Ansicht des Senats einen sachgerechten Kompromiss, der die Lasten, die mit der Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung infolge der HzV einhergehen, nicht ausschließlich auf die an der HzV teilnehmenden Ärzte überwälzt und zugleich die Belastung von Ärzten, die nicht an der HzV teilnehmen, auf maximal 2,5 % begrenzt. Sie verwirklichen insoweit bereits das vom Gesetzgeber des GKV-VSG im Jahr 2015 vorgegebene neutrale, d.h. vertragsunabhängige und faire Verfahren der Bereinigung bei allen Ärzten unabhängig von ihrer Teilnahme an einem Selektivvertrag. Nach BSG, Urt. v. 03.04.2019 - **B 6 KA 67/17 R** - sind die **rückwirkenden Neuregelungen** des Bewertungsausschusses ab dem 01.01.2008 zur **Vergütung von Notfallbehandlungen**, mit denen die Notfallbehandlungen in Krankenhäusern und bei Vertragsärzten gleichgestellt wurden, rechtmäßig und wurden bei der Nachvergütung der Klägerin für die streitbefangenen Quartale zutreffend angewandt. In der Senatsrspr. wie der des BVerfG finden sich unterschiedliche **Ansätze zum Gestaltungsspielraum des Normgebers** bei der **Beseitigung normativ induzierter Ungleichbehandlungen in der Vergangenheit**. Im Lichte der Rechtsprechung des BVerfG kann ein gleichheitswidriger Begünstigungsausschluss für den Zeitraum bis zum Inkrafttreten der Neuregelung jedenfalls nicht nur dadurch behoben werden, dass die höheren Leistungen auch der bislang benachteiligten Gruppe gewährt werden, sondern auch dadurch, dass die gleichheitswidrige Begünstigung zwar ganz abschafft wird, aber alle von der Neuregelung Betroffenen wirtschaftlich schlechter gestellt bleiben als die ehemals gleichheitswidrig begünstigte Gruppe. Auch nach BSG, Urt. v. 12.12.2012 - **B 6**

**KA 3/12 R** - SozR 4-2500 § 75 Nr. 13 war der Bewertungsausschuss nicht verpflichtet, für eine Anhebung der Vergütung der Krankenhäuser auf das Niveau der rechtswidrigen Vergütungstatbestände der ursprünglich geltenden Regelung zu sorgen. Daran hält der Senat fest. Um aber eine faktische Benachteiligung für die Vergangenheit soweit wie möglich zu begrenzen, stellt der Senat **für künftige Streitfälle zu Gleichheitsverstößen bei der Notdienstvergütung** klar, dass der Bewertungsausschuss nach der bestandskräftigen gerichtlichen Feststellung des Gleichheitsverstößes durch EBM-Regelungen innerhalb eines Jahres - ab dem Ende des Quartals, in dem das Urteil den Beteiligten zugestellt worden ist - eine Neuregelung (auch) für die Vergangenheit schaffen muss. Zudem sind die KVen ab diesem Zeitpunkt verpflichtet, die Honorarbescheide gegenüber den Angehörigen der begünstigten Gruppe mit einem Vorbehalt zu versehen, der es ermöglicht, die Vergütungsansprüche für die Zeit bis zur Neuregelung auf das Niveau abzusenken, dass sich (rückwirkend) nach Inkrafttreten der Neuregelung ergibt. Nach BSG, Urt. v. 12.12.2018 - **B 6 KA 41/17 R** - ist die Revision gegen die Verurteilung zur Zahlung des **Strukturzuschlags** an eine staatlich anerkannte **Ausbildungsstätte für Psychotherapie** unzulässig, da die Rechtsgrundlage des Vergütungsanspruchs („Vereinbarung gemäß § 120 SGB V“) eine Norm des Landesrechts ist und die bekl. Krankenkasse nicht dargelegt hat, dass und warum diese landesrechtliche Regelung revisibel sein soll. Zur Sache hat der Senat darauf hingewiesen, dass das SG die Vorschrift zu Recht als **dynamische Verweisung** auf die jeweils geltenden Regelungen des EBM ausgelegt und die Bekl. im Grundsatz zu Recht zur Zahlung von Strukturzuschlägen an die Kl. verurteilt hat. Entgegen der Auffassung des SG dürften die Strukturzuschläge jedoch nicht höher bewertet werden als bei Erbringung der entsprechenden Leistungen durch einen voll ausgelasteten Psychotherapeuten. Nachzahlungen von Honorar für Ausbildungsstätten sind aber grundsätzlich **nicht zu verzinsen**, solange keine entsprechende Vereinbarung getroffen worden ist. Die Vertragspartner der Vereinbarung gemäß § 120 II SGB V durften die kostentragenden Krankenkassen ermächtigen, über Vergütungsansprüche des Leistungserbringers durch **Verwaltungsakt** zu entscheiden.

## 1. Regelleistungsvolumen/Qualifizierte Zusatzvolumina

a) Fachgruppenübergreifende Leistungen: Arztgruppe nur äußerst selten

**SG Berlin, Urteil v. 28.08.2019 - S 83 KA 41/18**

**RID 19-04-1**

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

**SGB V § 87b**

**Leitsatz:** Allein dass **fachgruppenübergreifende Leistungen** in einer Arztgruppe durchschnittlich nur äußerst **selten** erbracht werden, hat für denjenigen, der diese Leistungen besonders häufig erbringt, noch nicht die Anerkennung von **Praxisbesonderheiten** zur Folge.

Der kl. Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit der Zusatzbezeichnung Medizinische Tumorthherapie nimmt an der Onkologie-Vereinbarung teil. Er streitet um die Anerkennung von Praxisbesonderheiten (Zusatzpauschalen für Beobachtung und Betreuung, Nr. 01510 und 01511 EBM) für das Quartal III/16. Das **SG** wies die Klage ab.

b) Kardiologen: Fachgruppentypik gastroenterologischer Leistungen

**SG Marburg, Gerichtsbescheid v. 04.09.2019 - S 12 KA 447/16**

**RID 19-04-2**

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

**SGB V § 87b**

**Leitsatz:** Zum Facharztkapitel der **Kardiologen** gehören grundsätzlich alle Leistungen des Abschnitts 13.3.5 EBM (Nr. 13540 bis 13561 EBM) sowie im Kapitel 13 die Leistungen nach Nr. 13250, 13400, 13402, 13421, 13422 und 13423. Insofern handelt es sich bei Nr. 13400 EBM (Zusatzpauschale Ösophago-Gastroduodenoskopie) um einer fachgruppentypische Leistung, unabhängig davon, wie viele Kardiologen diese Leistung erbringen.

Die Beteiligten streiten um die Höhe des Honorars für die fünf Quartale III/14 bis III/15 und hierbei insb. um die Gewährung einer Sonderregelung zum RLV und den QZV. Das **SG** verurteilte zur Neubescheidung, weil eine Sonderregelung auf der Grundlage des aktuellen Quartals zu beurteilen sei, legte aber alle Verfahrenskosten dem Kl. auf.

## 2. Abrechnung von Anästhesien bei Abrechnung der MKG-Operation über KZV

**LSG Schleswig-Holstein, Urteil v. 18.06.2019 - L 4 KA 43/17**

**RID 19-04-3**

*Revision anhängig: B 6 KA 28/19 R*

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

**EBM Ziff. 31.5.3**

Aus grammatikalischen und systematischen Überlegungen folgt, dass die Regelung in Abschnitt 31.5.3 EBM die **Abrechnung von Anästhesien** auch in den Fällen zulässt, in denen der **Operateur**

zwar ein anderer **Vertragsarzt** ist, im konkreten Fall aber nicht über die jeweilige KV vertragsärztlich, sondern über die KZV vertragszahnärztlich abrechnet.

Der kl. Anästhesist führt Narkoseleistungen insb. auch für MKG-Chirurgen durch, die angesichts teilweise höherer Vergütungen für Operationen den Abrechnungsweg über die KZV wählen. In einem Newsletter vom September 2015 wies die bekl. KV ihre Mitglieder darauf hin, dass Anästhesien gem. Abschnitt 31.5.3 EBM nur abgerechnet werden könnten, wenn der Operateur nach Abschnitt 31.2 EBM abrechne. Rechne der Operateur über die KZV nach BEMA-Z ab, könne der Anästhesist seine Leistung nur nach Kap. 5 EBM abrechnen. **SG Kiel**, Urt. v. 09.11.2016 - S 16 KA 72/16 - stellte antragsgemäß fest, dass der Kl. berechtigt ist, bei Vorliegen der Abrechnungsvoraussetzungen im Übrigen Anästhesieleistungen gemäß Kapitel 31 EBM abzurechnen, auch wenn der Operateur zwar mit den Voraussetzungen des Abschnitts 31.2 EBM übereinstimmende Operationsleistungen erbringt, diese jedoch nicht über die Bekl. als vertragsärztliche Leistung abrechnet. Das **LSG** wies die Berufung der Beigel. zurück, fasste lediglich den Urteilstenor klarstellend neu.

### 3. Vorwegabzug des Grundbetrages „Labor“/Nachfinanzierung von Unterschüssen/Trennungsgebot

**SG Berlin, Urteil v. 25.09.2019 - S 83 KA 206/17**

**RID 19-04-4**

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

**SGB V § 87b**

**Leitsatz:** Die im Quartal III/2015 geltenden Regelungen in den KBV-Vorgaben gemäß § 87b Abs. 4 SGB V zur Bildung des **Grundbetrages „Labor“** und zur **Nachfinanzierung** von Unterschüssen verstoßen nicht gegen das **Trennungsgebot**.

Der Kl. ist Facharzt für Allgemeinmedizin. Er wandte sich gegen den Honorarbescheid für das Quartal III/15. Das **SG** wies die Klage ab.

### 4. Zugangsfiktion eines Bescheides/Bewertung der urologischen Grundpauschalen

**LSG Sachsen-Anhalt, Urteil v. 22.08.2019 - L 9 KA 1/16**

**RID 19-04-5**

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

**SGB V §§ 72 II, 87; GG Art. 3**

**Leitsatz:** 1. Die **Zugangsfiktion** eines Bescheides nach § 37 Abs. 2 SGB X greift nur ein, wenn der Tag der **Aufgabe zur Post** in den Behördenakten vermerkt wurde (vgl. BSG, Urt. v. 06.05.2010 - B 14 AS 12/09 R - SozR 4-1300 § 37 Nr. 1, Rn.10).

2. Die **gerichtliche Überprüfung** von Regelungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes-Ärzte (**EBM-Ä**) ist im Wesentlichen auf die Prüfung beschränkt, ob der Ausschuss den ihm zustehenden Entscheidungsspielraum überschritten hat (BSG, Urt. v. 16.05.2001 - B 6 KA 20/00 R - BSGE 88, 126 = SozR 3-2500 § 87 Nr. 29 m.w.N.).

3. Bei der Neuregelung komplexer Materien wie der Leistungsbewertung hat der **Bewertungsausschuss** erweiterte Ermittlungs-, Erprobungs- und Umsetzungsspielräume.

4. Eine gesetzliche Verpflichtung des Bewertungsausschusses zur **jährlichen Evaluierung** besteht nicht.

Der kl. Facharzt für Urologie wandte sich gegen den Honorarbescheid für das Quartal II/11, weil die urologischen Grundpauschalen nach den Nr. 26211 und 26212 EBM jedenfalls seit dem Quartal II/10 in unzulässiger Weise zu niedrig bewertet seien. Die Datengrundlage für diese Bewertung sei fehlerhaft gewesen. Diese Fehlerhaftigkeit sei inzwischen auch erkannt worden, die Neuregelungen seien jedoch erst 2012 in Kraft gesetzt worden. Die Fehlerhaftigkeit der Datengrundlage sei jedoch bereits im Mai 2010 durch den Berufsverband der Deutschen Urologen gerügt worden. Auch im Oktober 2010 sei diese Problematik erneut angesprochen worden. Hier habe der Bewertungsausschuss unverzüglich reagieren und die Bewertung der urologischen Grundpauschalen korrigieren müssen. Der Bewertungsausschuss habe eine kontinuierliche Prüfungspflicht. **SG Magdeburg**, Urt. v. 30.09.2015 - S 13 KA 76/14 - verpflichtete zur Neubescheidung, das **LSG** wies die Klage ab.



## 5. Fehlende Bestimmtheit der Bildung eines Vergütungsvolumens (patholog. Leistungen)

**LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 31.07.2019 - L 7 KA 72/16**

**RID 19-04-6**

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

Die Bildung eines geschlossenen, leistungsbezogenen Honorarkontingents (sog. **Honorartopf**), der das gesamte **pathologische Leistungskapitel** 19 EBM beinhaltet, ist zulässig.

Die Berechnung eines Honorartopfes muss hinreichend **bestimmt vorgegeben** werden. Eine mengenbegrenzende Regelung durch Bildung eines Honorartopfes mit anschließender quotierter Verteilung setzt für ihre Rechtmäßigkeit voraus, dass das zur Verfügung stehende Vergütungsvolumen in einem normierten Verfahren ermittelt wird (vgl. BSG, Ur. v. 19.08.2015 - B 6 KA 34/14 R - BSGE 119, 231 = SozR 4-2500 § 87b Nr. 7, juris Rn 22).

Die kl. BAG, bestehend aus drei Fachärzten für Pathologie, wandte sich gegen die Honorarbescheide für die Quartale II/12 bis I/13. **SG Berlin**, Ur. v. 16.11.2016 - S 87 KA 142/14 - verurteilte die Bekl. zur Neubescheidung, das **LSG** wies die Berufungen der Kl. und der Bekl. zurück.

### Parallelverfahren:

**LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 31.07.2019 - L 7 KA 70/16**

**RID 19-04-7**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

**LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 31.07.2019 - L 7 KA 69/16**

**RID 19-04-8**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

## 6. KV Schleswig-Holstein/Wachstumsärzte: Ergänzungs-Vb zum HVV v. 03.04.2009 rechtswidrig

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

**RID 19-04-9**

*Revision anhängig: B 6 KA 26/19 R*

juris

**SGB V §§ 85 I 2, 87a II, 87b; GG Art. 3 I, 12 I**

Teil A Ziffer 1.1 der 2. Ergänzungsvereinbarung zum HVV v. 03.04.2009 verstößt insoweit auch gegen höherrangiges Recht, als darin geregelt ist, dass **Wachstumsärzte** (hier: in einer BAG) - unabhängig von der Zuweisung einer Obergrenze - von der **Konvergenzregelung** ausgeschlossen sind. Im Hinblick darauf, dass BSG, Ur. v. 24.01.2018 - B 6 KA 2/17 R - SozR 4-2500 § 87b Nr. 13 klargestellt hat, dass ein Wachstumsarzt ebenso wie ein etablierter Arzt der RLV-Systematik unterliegt, gibt es bei der Anwendung der Konvergenzregelung keinen sachlichen Grund für eine Ungleichbehandlung von etablierten Ärzten und Wachstumsärzten (Anschluss an Schleswig-Holstein, Ur. v. 05.02.2019 - L 4 KA 69/15 - RID 19-03-2, Revision anhängig: B 6 KA 20/19 R).

**SG Kiel**, Ur. v. 09.09.2015 - S 16 KA 290/11 - wies die Klage ab, das **LSG** verpflichtete die Bekl., die Kl. wegen des Honorars für das Quartal I/09 nach Maßgabe der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

Nach **BSG** v. 30.10.2019 - **B 6 KA 21/18 R** - zit. n. Terminbericht Nr. 40/19 dürfen Ärzte in der **Anfangsphase** ihrer vertragsärztlichen Tätigkeit nicht generell von **Honorarstützungsmaßnahmen** im Rahmen einer **Konvergenzvereinbarung** ausgeschlossen werden.

## 7. Humangenetische Leistungen (KV Hessen)

a) Quotierung Quartale I/12 bis IV/13

**SG Marburg, Gerichtsbescheid v. 01.10.2019 - S 12 KA 551/17 WA**

**RID 19-04-10**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

**SGB V § 87b**

**Leitsatz:** Die Vergütung von humangenetischen Leistungen im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen ist bei **Auszahlungsquoten** für Leistungen der Abschnitte 11.3 und 11.4 EBM von 74,925 % (I/12), 53,380 % (II/12), 39,657 % (III/12), 40,978 % (IV/12), 69,264 % (I/13) 60,000 % (II/13) und 79,602 % (IV/13) nicht zu beanstanden. Die KV Hessen ist ihrer **Beobachtungs- und Reaktionspflicht** durch Einführung einer **Quotierungsuntergrenze von 60 %** ab dem Quartal

I/13 hinreichend nachgekommen (Festhalten an SG Marburg, Urt. v. 11.04.2018 - S 12 KA 95/15, S 12 KA 114 bis 117 u. 121/15 - juris, RID 18-02-3).

Das *SG* wies die Klagen ab.

b) Quotierung Quartale III/15 bis II/16

**SG Marburg, Gerichtsbescheid v. 01.10.2019 - S 12 KA 833/16**

**RID 19-04-11**

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

**SGB V § 87b**

**Leitsatz:** Die Vergütung von humangenetischen Leistungen im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen ist in den Quartalen III/15 bis II/16 mit den **Vorgaben der KBV** vereinbar. Auszahlungsquoten für Leistungen der Abschnitte 11.3 und 11.4 EBM von 60,563 % (Quartal III/15), 70,098 % (IV/15), 61,0 % (I/16) und 61,1 % (II/16) sind nicht zu beanstanden. Die KV Hessen ist ihrer **Beobachtungs- und Reaktionspflicht** hinreichend nachgekommen.

Das *SG* wies die Klage ab.

## 8. Beendigung einer KV-übergreifenden BAG in der Rechtsform einer GbR

**LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 13.09.2019 - L 24 KA 47/16**

**RID 19-04-12**

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

**SGB V § 87b; BGB §§ 723, 736; Zahnärzte-ZV § 33; BGB § 705 ff.**

Die fristlose **Kündigung** der Gesellschaft durch einen **Gesellschafter** (§ 723 I 2 BGB) führt grundsätzlich zur Auflösung der Gesellschaft. Denn das Gesetz geht für die GbR von der Vorstellung aus, dass diese Personengesellschaft an den jeweiligen Gesellschafterbestand gebunden ist und die Gesellschafter unauswechselbar sind. Grundsätzlich löst deshalb schon der „Wegfall“ auch nur eines Gesellschafters (durch Tod, Kündigung oder Insolvenz) die Gesellschaft auf (vgl. §§ 723 ff. BGB). Die GbR besteht im Anschluss als Liquidationsgesellschaft mit der Folge fort, dass nur diese berechtigt ist, entstandene Honorarforderungen einzuziehen bzw. abzutreten (vgl. OLG Celle, Urt. v. 30.08.2006 - 3 U 54/06 - juris).

Auch bei einer **Fortsetzungsklausel** im Gesellschaftsvertrag im Fall eines Ausscheidens eines Gesellschafters wird eine vormals **KV-übergreifende BAG** nicht als überörtliche BAG fortgeführt, wenn eine Neugründung stattfindet. Eine Fortführung wäre auch nur in dem Bezirk möglich, in dem die verbleibenden Gesellschafter ihren Vertragsarztsitz haben.

Der **Zweck** einer KV-übergreifenden BAG in der Rechtsform einer GbR wird unmöglich, wenn die einzige (Zahn-)Ärztin in dem weiteren KV-Bezirk kündigt.

Der Kl. ist Insolvenzverwalter über das Vermögen einer zahnärztlichen GbR, einer KZV-übergreifenden BAG mit einem Vertragsarztsitz im Zulassungsbezirk der Bekl. Er macht Honoraransprüche aus dem Jahr 2011 geltend. *SG Potsdam*, Urt. v. 06.06.2016 - S 1 KA 55/14 - verurteilte die Bekl. antragsgemäß, an den Kl. einen Betrag in Höhe von insgesamt 169.156,91 € zu zahlen und wies die Klage bzgl. der Nebenforderungen ab. Das *LSG* wies die Klage insgesamt ab.

## 9. Kein Anspruch auf unbudgetierte Vergütung außerhalb der MGV

**LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 26.06.2019 - L 11 KA 15/16**

**RID 19-04-13**

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

**SGB V § 87b**

Grundsätzlich besteht kein Anspruch auf eine **unbudgetierte Vergütung außerhalb der MGV**. Die Entscheidung der **Gesamtvertragspartner**, im RLV-Vertrag für 2010 eine extrabudgetäre Vergütung nicht auch für „Sonstige Hilfen“ zu vereinbaren, kann gerichtlich nicht beanstandet werden. Dies folgt schon daraus, dass die inzidente Prüfung einer Gesamtvergütungsvereinbarung in einem Rechtsstreit über den Honoraranspruch eines Vertragsarztes grundsätzlich ausgeschlossen ist (BSG, Urt. v. 27.04.2005 - B 6 KA 23/04 R - USK 2005-115).

Die Beteiligten streiten über die Vergütung der Leistungen nach den Abschnitten 1.7.5 bis 1.7.7 EBM in den Quartalen III und IV/10. Die Kl. ist eine fachgleiche BAG, die aus zwei Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit einer Angestellten dieses Fachgebiets besteht. *SG Dortmund*, Urt. v. 27.01.2016 - S 16 KA 22/13 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

## II. Sachlich-rechnerische Berichtigung

Nach BSG v. 30.10.2019 - **B 6 KA 9/18 R** - besteht ein Anspruch auf Vergütung nur für vertragsärztliche Leistungen, die in Übereinstimmung mit den maßgebenden rechtlichen Bestimmungen erbracht worden sind. Zu beachten sind dabei auch **Inhalt und Umfang der Anstellungsgenehmigungen**, die einem MVZ personenbezogen und mit festgelegten Wochenstundenzahlen erteilt werden. Daraus folgt im Grundsatz, dass Leistungen, die angestellte Ärzte außerhalb des in der Anstellungsgenehmigung festgelegten zeitlichen Rahmens erbracht haben, nicht rechtmäßig erbracht sind und dass dem MVZ hierfür auch keine Vergütung zustehen kann. Davon sind allerdings folgende **Ausnahmen** zu machen: Nach § 106a II 2 SGB V (alte Fassung; heute unverändert als § 106d II 2 SGB V) sind Vertragsärzte und angestellte Ärzte bezogen auf die Plausibilitätsprüfung entsprechend des jeweiligen Versorgungsauftrages gleich zu behandeln. Ärzte mit voller Zulassung werden bei Überschreitung eines Quartalszeitprofils von 780 Stunden auffällig. Dementsprechend werden **Ärzte mit halber Zulassung** bei Überschreitung von **390 Stunden** auffällig. Obwohl diese Zeitgrenzen wöchentlichen Arbeitszeiten von 60 (volle Zulassung) bzw. 30 Stunden (Zulassung mit halbem Versorgungsauftrag) entsprechen und Angestellte nur bis zu einer Arbeitszeit von wöchentlich 20 Stunden mit dem Bedarfsplanungsfaktor 0,5 berücksichtigt werden können, ist es aufgrund der o.g. gesetzlichen Vorgaben geboten, die **für zugelassene Ärzte geltenden Zeitgrenzen** im Rahmen der Plausibilitätsprüfung **auf angestellte Ärzte zu übertragen**. Darüber hinaus ist dem MVZ die Möglichkeit zu geben, u.a. in Fällen von Krankheit oder Urlaub die Versorgung der Versicherten in **entsprechender Anwendung von § 32 I Ärzte-ZV** auch durch **interne Vertretungen** aufrechtzuerhalten. Bei Vorliegen einer der genannten Verhinderungsgründe bedarf es bis zu einer Vertretungsdauer von drei Monaten innerhalb von 12 Monaten keiner **Genehmigung**. Allerdings ist es Aufgabe des Anstellungsträgers (hier: MVZ), die Umstände darzulegen, die das Vorliegen eines Vertretungsfalles begründen. Außerhalb des genannten zeitlichen Rahmens ist eine über den genehmigten Umfang hinausgehende Beschäftigung von angestellten Ärzten von einer Genehmigung durch die KV abhängig, die nicht rückwirkend erteilt werden kann. Weil für das klagende MVZ eine solche Genehmigung nicht erteilt worden ist, hat die Bkl. hier im Rahmen der Plausibilitätsprüfung zu Recht Vertretungszeiten unberücksichtigt gelassen, die die Dauer von drei Monaten innerhalb von 12 Monaten überschritten. Nach BSG, Urt. v. 11.09.2019 - **B 6 KA 6/18 R** - muss die KV **ambulante Notfallbehandlungen** in einem **Krankenhaus** auch dann vergüten, wenn sich der Patient **anschl. in die stationäre Behandlung eines anderen Krankenhauses** begibt. Zwar besteht kein gesonderter Honorarananspruch für eine ambulante Notfallbehandlung, wenn ein Patient anschließend in das Krankenhaus aufgenommen wird, in dessen Notfallambulanz er unmittelbar davor notfallmäßig versorgt worden ist. Die Untersuchung in der Notfallambulanz bildet in diesem Fall eine Einheit mit der Aufnahmeuntersuchung und der anschließenden stationären Krankenhausbehandlung, die unmittelbar von der Krankenkasse vergütet wird. Der Fall, dass der Patient nach der Notfallbehandlung in ein anderes Krankenhaus aufgenommen wird, ist dem jedoch nicht gleichzustellen. Anderenfalls würde die Behandlung in der Notfallambulanz des ersten Krankenhauses unvergütet bleiben. Die Krankenhausambulanz würde gegenüber einem Arzt, der in einer Notdienstpraxis der KV tätig wird, benachteiligt. Zudem kann in der Notfallambulanz des ersten Krankenhauses noch keine verbindliche Entscheidung über die Aufnahme in ein anderes Krankenhaus getroffen werden. Ob für Notfallbehandlungen in einer Krankenhausambulanz ausnahmsweise dann kein Vergütungsanspruch besteht, wenn ein Patient dort mit dem Rettungswagen so schwer erkrankt oder verletzt eingeliefert wird, dass der Rettungstransport anschließend fortgesetzt werden muss, weil der Patient ohne jeden vernünftigen Zweifel sofort und unmittelbar in einem anderen Krankenhaus behandelt werden muss, bedurfte hier keiner Entscheidung des Senats, da eine solche Fallkonstellation nicht in Rede stand. Nach BSG, Urt. v. 11.09.2019 - **B 6 KA 22/18 R** - ist die **Nr. 27320 EBM** (Elektrokardiographische Untersuchung, obligater Leistungsinhalt - mindestens 12 Ableitungen ...) im Rahmen einer **Notfallbehandlung** (Notfallambulanz eines Krankenhauses) neben der Notfallpauschale nach Nr. 01210 EBM nicht abrechenbar. Wie sich aus der Leistungslegende zur Notfallpauschale nach Nr. 01210 i.V.m. Anhang 1 zum EBM ergibt, ist ein EKG fakultativer Leistungsinhalt dieser Notfallpauschale. Dies gilt unabhängig von der Zahl der Ableitungen und damit auch für das EKG mit mehr als 12 Ableitungen nach Nr. 27320 EBM.

Nach BSG, Urt. v. 26.06.2019 - **B 6 KA 8/18 R** - war eine KV nicht berechtigt, den **zweifachen Ansatz** der Nr. 88740 EBM am **selben Behandlungstag** zu berichtigen, wenn Material desselben Patienten auf das **Virus der „Schweineinfluenza“ mehrfach untersucht** wurde. **Rückwirkende Korrekturen** der Leistungslegenden und vor allem der punktzahlmäßigen Bewertung von Leistungen im EBM sind grundsätzlich nicht zulässig. Die Beschränkung der Berechnungsfähigkeit einer Leistung im EBM auf „einmal am Behandlungstag“ stellt sich grundsätzlich als eine rückwirkende Korrektur einer Gebührenordnungsposition dar und ist nicht rechtmäßig. Eine zweifache Abrechnung der Nr. 88740 EBM kam allerdings nur in Betracht, wenn die Abstriche getrennt und unter Hinweis auf die Entnahmestelle (Nase oder Rachen) dem Labor zugesandt worden sind. Dann stellt die Untersuchung beider Präparate sich als zweimalige Erbringung des Nukleinsäurenachweises der „neuen“ Schweinegrippe dar, die bis zur Ergänzung der Legende auch dann zweimal abgerechnet werden konnte, wenn zwei getrennte und für sich aussagekräftige Untersuchungen durchgeführt worden sind. Nach BSG, Urt. v. 26.06.2019 - **B 6 KA 68/17 R** - ist die KV berechtigt, Abrechnungen von Krankenhäusern über durchgeführte **Notfallbehandlungen** zu berichtigen, wenn Leistungen abgerechnet worden sind, die **nicht zum Spektrum zulässiger Notfallbehandlungen** gehören. Zu den Leistungen, die nach der Rspr. des Senats im Rahmen von Notfallbehandlungen von vornherein nicht erbracht werden können, gehören die hier umstrittenen Labor- und Röntgenleistungen jedoch nicht. Für die **Röntgenleistungen** liegt das auf der Hand, weil sie bei Unfällen sogar zwingender Bestandteil der Erstversorgung sein können. Die Erhebung bestimmter **Laborparameter** kann jedenfalls in Einzelfällen auch im Rahmen einer Notfallbehandlung geboten sein. Zur Erleichterung der Prüfung, ob einzelne Leistungen der Ausrichtung einer Notfallbehandlung auf die Erstversorgung des Versicherten entsprochen haben, können im BMV-Ä, in den Gesamtverträgen, im Honorarverteilungsmaßstab oder auch im EBM selbst für einzelne abgerechnete Leistungen **Begründungsanforderungen** vorgegeben werden, deren Erfüllung jedenfalls generell im Klageverfahren nicht nachgeholt werden kann. Allerdings muss der einzelne Leistungserbringer genau erkennen können, was er auf welchem Vordruck bzw. auf welchem Feld des Abrechnungsscheins angeben muss, um den formalen Begründungsanforderungen gerecht zu werden. Anders als im Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung sind Ärzte und Krankenhäuser im Berichtigungsverfahren nach § 106a I u. II SGB V a.F. (jetzt: § 106d I u. II SGB V) vor Gericht jedenfalls nicht von vornherein mit Erläuterungen und

Begründungen zu ihrer Abrechnung ausgeschlossen, die sie nicht bereits im Verwaltungs- und Widerspruchsverfahren vorgebracht haben. In der für den Senat bindenden Auslegung des § 6 II 2 HVM durch das LSG genügt die Norm den genannten Anforderungen nicht; sie ist zu unbestimmt und schränkt den Anspruch des Klägers auf effektiven Rechtsschutz zu weit ein. Deshalb muss der Kläger im wieder eröffneten Berufungsverfahren Gelegenheit zu Darlegungen erhalten, warum die gestrichenen Leistungen in Notfällen erbracht werden durften. Nach BSG, Urt. v. 15.05.2019 - **B 6 KA 65/17 R** - können **fehlerhafte RLV-Zuweisungsbescheide** auf der **Grundlage des § 106a** (a.F.) bzw. heute § 106d SGB V **korrigiert** werden. Zwar regeln RLV-Bescheide nicht unmittelbar die Abrechnung des Vertragsarztes, doch setzen sie wesentliche Teilelemente des nachfolgenden Honorarbescheides fest. Allerdings genießen RLV-Zuweisungsbescheide einen **höheren Vertrauensschutz** als Honorarbescheide, die innerhalb von vier Jahren ohne wesentliche Einschränkungen korrigiert werden können. Nach dem Wortlaut des § 87b V SGB V a.F. sind **rückwirkende Korrekturen des RLV im Grundsatz ausgeschlossen**. Wie der Senat bereits mit Urteil vom 02.08.2017 entschieden hat, sind davon jedoch **Ausnahmen** etwa dann geboten, wenn das RLV auf Falschabrechnungen des Arztes im maßgeblichen Vorjahresquartal beruht oder wenn sich die KV eine Korrektur des RLV rechtmäßig vorbehalten hat. Zudem kann eine rechtswidrige RLV-Zuweisung bei Vorliegen der in § 45 II 3 SGB X normierten Vertrauensausschlussgründe auch noch nach Beginn ihres Geltungszeitraumes rückwirkend reduziert werden. Die - bedarfsplanungsrechtlich neutrale - Einstellung eines weiteren Arztes auf einer ¾-Stelle bei gleichzeitiger Reduzierung der vollen Anstellung der Ärztin Dr. auf 1/4 kann ersichtlich nicht dazu führen, dass der Bemessung des RLV für die Praxis der Kl. einschließl. der Angestellten nunmehr 2,75 anstelle von zwei Stellen zugrunde zu legen ist. Der Klägerin musste sich daher der Schluss aufdrängen, dass die Bemessung des RLV auf der Grundlage von 2,75 Arztstellen rechtswidrig war (vgl. § 45 II 3 Nr 3 SGB X). Nach BSG, Urt. v. 15.05.2019 - **B 6 KA 63/17 R** - genügt es nicht zur vollständigen Erbringung des Leistungsinhalts nach **Nr. 09315 EBM (Bronchoskopien)**, wenn der Arzt das Endoskop nicht in die Bronchien einführt, sondern nur in die Luftröhre. Das Einsehen der oberen Bronchien genügt nicht zur vollständigen Erbringung des Leistungsinhalts. Dagegen kann der Kl. auch nicht mit Erfolg einwenden, dass die vollständige Erbringung einer Bronchoskopie für ihn als HNO-Arzt fachfremd wäre. Ob Bronchoskopien für HNO-Ärzte **fachfremd** sind, erscheint aus Sicht des Senats angesichts der ausdrücklichen Regelung der entsprechenden GOP im Kapitel für fachärztliche Leistungen der HNO-Ärzte des EBM fraglich, kann jedoch offen bleiben, weil der Kl. unabhängig davon **keine Leistungen abrechnen** kann, die er **nicht vollständig erbracht** hat. Indes entspricht das Vorbringen des K., dass seiner Abrechnung bezogen auf die Nr. 09315 EBM- immer nur in die Luftröhre und nicht in die Bronchien einführt, seinen **eigenen Angaben**. Unter diesen Umständen begegnet es keinen Bedenken, dass die Beklagte die aus der Auswertung von Behandlungsunterlagen des Quartals II/08 gewonnenen Erkenntnisse **auf die Quartale III/08 bis II/12 übertragen** hat, obwohl Abrechnungsauffälligkeiten in Gestalt einer Überschreitung von Tages- oder Quartalszeitprofilen in diesen Folgequartalen nicht vorgelegen haben. Nach BSG, Urt. v. 13.02.2019 - **B 6 KA 58/17 R** - sind bei der **Berechnung der Rückforderung** nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung bereits **zuvor** erfolgte Honorarkürzungen wegen **Überschreitens der Job-Sharing-Obergrenze** nur anteilig und nicht in voller Höhe als Eurobetrag zu berücksichtigen. Ausgangspunkt der Berechnung ist § 106a II 6 (heute § 106d II 6) SGB V. **Danach ist bei den „Prüfungen“ von dem jeweils angeforderten Punktzahlvolumen unabhängig von honorarwirksamen Begrenzungsregelungen auszugehen. Auch die Jobsharing-Obergrenze ist eine „honorarwirksame Begrenzungsregelung“ in diesem Sinne**, die bei der Prüfung der Richtigkeit einer Abrechnung grundsätzlich außer Betracht bleiben muss. Denn sie begrenzt den Umfang der Leistungen, die gegenüber der bekl. KV abrechnungsfähig sind. Dementsprechend kann der Plausibilitätsprüfung nicht nur die Honorarforderung der Kl. zugrunde gelegt werden, die dieser nach Umsetzung der Honorarminderung wegen Überschreitens der Jobsharing-Grenze tatsächlich zusteht. **Allerdings darf** bei der Berechnung der Kürzung der Honorarforderungen der Kl. wegen - von ihr eingeräumter und in der Sache nicht umstrittener - Falschabrechnungen **nicht unberücksichtigt bleiben, dass ihr Honorar schon aufgrund einer Überschreitung der Jobsharing-Grenze vermindert worden ist**. Dem trägt das Vorgehen der Bekl. angemessen Rechnung. Die Bekl. hat für jedes betroffene Quartal berechnet, um welchen Vom-Hundert-Satz das angeforderte Honorar wegen Überschreitung der Jobsharing-Grenze vermindert worden ist. Dabei haben sich Werte zwischen 3,41 % (III/07) und 16,6 % (II/09) ergeben. Diesen Prozentsatz hat die Bekl. bei Ermittlung der jeweiligen Überschreitungen wegen fehlerhafter Abrechnungen bei den einzelnen Leistungspositionen oder Leistungskomplexen in Form eines Abschlags berücksichtigt. Damit hat die Bekl. sichergestellt, dass sich **die wertmäßige Höhe der Kürzung wegen fehlerhafter Abrechnung von Gebühren auch danach richtete, inwieweit das angeforderte Honorar schon im Zuge der Anwendung der Jobsharing-Grenze vermindert war**. Das trägt sowohl dem **Verbot einer doppelten Kürzung** als auch der Vorgabe des § 106a II 6 SGB V (heute § 106d II 6 SGB V) Rechnung; diese Norm zielt darauf ab, dass sich Kürzungen wegen fehlerhafter Abrechnungen auch dann tatsächlich auswirken, wenn das Honorar schon durch Maßnahmen der Honorarverteilung - also der Begrenzung der Honorarforderung für tatsächlich korrekt erbrachte Leistungen - vermindert worden ist oder werden muss. Nach BSG, Urt. v. 13.02.2019 - **B 6 KA 56/17 R** - dürfen die **Nrn. 30790 und 30791 EBM** nach ihrer Leistungslegende nur abgerechnet werden, wenn die Voraussetzungen der **Qualitätssicherungsvereinbarung zur Akupunktur (QV-A)** erfüllt sind. Dazu gehört gemäß § 5 Abs. 1 Nr. 2 QV-A die Überprüfung, dass vor der Akupunktur **ein mindestens sechsmonatiges ärztlich dokumentiertes Schmerzintervall** vorliegt. Das LSG hat diese Vorschrift in Übereinstimmung mit der beigel. Krankenkasse zutreffend in dem Sinne ausgelegt, dass zu Beginn der Akupunktur in der Vergangenheit erstellte ärztliche Dokumentationen - des die Akupunktur durchführenden Arztes oder anderer Ärzte - vorliegen müssen, die ein Schmerzintervall belegen, das mindestens sechs Monate und auch noch aktuell andauert. Es **reicht nicht aus**, dass der die Akupunktur durchführende Arzt **allein aufgrund von Angaben des Patienten in der Eingangsuntersuchung** Schmerzzustände von mehr als sechs Monaten feststellt. Ebenso wenig genügt es, wenn sich aus vorhandenen ärztlichen Dokumentationen ergibt, dass solche Schmerzzustände **irgendwann in der Vergangenheit** vorgelegen haben. Ein Schmerzintervall, das nach der QV-A im Rahmen eines schmerztherapeutischen Gesamtkonzepts den Einsatz von Akupunktur rechtfertigt, muss unmittelbar vor Beginn der Behandlung mindestens sechs Monate bestanden haben. Das ergibt sich aus einer systematischen Interpretation der einschlägigen Regelungen der QV-A, deren Ergebnisse durch Dokumente aus der Entstehungszeit der Vorschrift gestützt werden.

## 1. Dokumentation/Institutionalisierte Hausbesuchstage/Regelwerksprüfung/Mischpunktwert

SG Kiel, Urteil v. 16.10.2019 - S 2 KA 118/18

RID 19-04-14

juris  
SGB V § 106a

Die **einjährige Tätigkeitsfrist des § 45 IV 2 SGB X** ist weder direkt noch indirekt als einjährige Tätigkeitsfrist auch für sachlich-rechnerische Berichtigungen innerhalb der **vierjährigen Ausschlussfrist** zu beachten.

Allein aus der Notiz einer EBM-Position in der Karteikarte lässt sich nicht entnehmen, dass alle Leistungsvoraussetzungen tatsächlich vorgelegen haben. Wenn der EBM keine Dokumentationspflicht als obligaten Leistungsinhalt einer GOP festlegt, kann zwar eine fehlende **Dokumentation** allein nicht dazu führen, dass eine sachlich-rechnerische Korrektur vorgenommen werden kann. Die Dokumentationspflicht des § 57 BMV-Ä gilt jedoch unabhängig von der Frage, ob eine Dokumentation obligater bzw. fakultativer Leistungsinhalt ist oder von einer EBM-Ziffer gar nicht gefordert wird. Wenn Zweifel daran bestehen, dass alle Abrechnungsvoraussetzungen vorliegen, hat der Arzt diese anhand der Dokumentationen im Sinne von § 57 BMV-Ä nachzuweisen.

Wenn die **Nr. 35110 EBM** abgerechnet wird, ist die **Dokumentation** zu erwarten, welche Beschwerden als psychosomatisch identifiziert wurden und welche Gesprächstechnik angewandt wurde, um verbal zu intervenieren. Diese Erwartungshaltung liegt in den Regelungen in der Psychotherapierichtlinie (§§ 24, 25) und der nach §§ 5 VI der Psychotherapie-Vereinbarung erforderlichen Weiterbildung für die Durchführung der verbalen Intervention bei **psychosomatischen Krankheitszuständen** mit den dort genannten Weiterbildungsinhalten begründet.

Melden sich die Patienten regelmäßig am Montag oder am Mittwoch, weil diese Tage zu Hausbesuchstagen institutionalisiert wurden und diese allen bekannt sind, wird der Besuch zwar noch am Tag der Bestellung ausgeführt. Der **Besuch** wird aber nicht dadurch **dringend**, dass die Patienten um die **institutionalisierten Hausbesuchstage** wissen und daher erst am Montag oder Mittwoch anrufen, um ihren Bedarf oder Wunsch für diesen Tag anzukündigen.

Eine **Prüfung vorheriger Quartale** verbunden mit einer Korrektur für diese Quartale führt nicht dazu, dass nachfolgende Quartale nur bezogen auf bestimmte Leistungen des EBM geprüft und korrigiert werden dürfen. Der Verbrauch einer Korrekturmöglichkeit bezieht sich lediglich auf ein bestimmtes Quartal (BSG, Urt. v. 12.12.2001 - B 6 KA 3/01 R - BSGE 89, 90 = SozR 3-2500 § 82 Nr. 3, Rn. 35).

Es ist nicht zu beanstanden, wenn bei Festsetzung des **Kürzungsbetrags** ein **praxisindividueller Mischpunktwert** aus dem Quotienten aller erbrachten budgetrelevanten Leistungen in Punkten und dem Honorar ermittelt und dieser mit dem Kürzungsvolumen in Punkten multipliziert wird.

Es besteht keine Verpflichtung, mittels der Regelwerksprüfung neben der Kontrolle der Abrechnung fachfremder Leistungen, der Beachtung der Abrechnungsausschlüsse für die gleichzeitige Abrechnung bestimmter Leistungen nach dem EBM und weiterer pauschalisierender Abrechnungshindernisse (z.B. fehlende Genehmigung) auch für andere **EBM-Leistungen** das Regelwerk so zu programmieren, dass auch die Einhaltung obligater Leistungsinhalte sogleich mit der **Regelwerksprüfung** geprüft werden kann, wenn dies zu Ungenauigkeiten und ungerechtfertigten Kürzungen bereits im Honorarbescheid führen würde.

Der Kl. ist Facharzt für Allgemeinmedizin. Die Honorarabrechnungen I/09 bis IV/12 wurden einer Plausibilitätsprüfung und anschließenden sachlich-rechnerischen Korrektur in Höhe von insgesamt 168.739,68 € unterzogen. Korrigiert wurden die abgerechneten Nr. 03212 („Chronikerziffer“) und 35110 EBM (verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen). Nach erfolglosem Widerspruch hob SG Kiel, Urt. v. 07.11.2018 den Bescheid auf, da die Mischpunktwertberechnung fehlerhaft gewesen sei. Dagegen wird ein Berufungsverfahren geführt. Die Bekl. nahm mit Bescheid v. 04.05.2017 eine weitere sachlich-rechnerische Korrektur für die Quartale I/13 bis I/16 in Höhe von insgesamt 97.287,11 € vor. Sie kürzte die Nr. 35110 EBM im Quartal I/13 auf den Durchschnitt, die Nr. 03212 EBM in den Quartalen I/13 bis III/13 auf den Durchschnitt und wandelte in allen Quartalen Besuchsleistungen um mit einer Kürzung von 76.956,03 €, weil normale Besuche lediglich in geringem Umfang, dringende Besuche nach der Nr. 01411 bzw. 01415 EBM zwischen 99 und 226 Mal im Quartal und dann vorwiegend an den gleichen Wochentagen abgerechnet worden seien. Das **SG** wies die Klage ab.

## 2. Patientenbezogene Plausibilitätsprüfung

### a) Beschränkte Arbeitsteilung in Praxisgemeinschaft

**SG Marburg, Gerichtsbescheid v. 01.10.2019 - S 12 KA 2/18**

**RID 19-04-15**

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

**SGB V a.F. § 106a**

**Leitsatz:** Ist für die Behandlung innerhalb einer **Praxisgemeinschaft** die fachliche Qualifikation oder der gewählte Schwerpunkt des jeweiligen Arztes maßgeblich und wird die Betreuung der Patienten während der OP-Tätigkeit eines Kollegen von den anderen Kollegen vertretungsweise übernommen, so spricht dies für das Führen der Praxis wie eine Berufsausübungsgemeinschaft. Solche Formen der **Arbeitsteilung** sind nur innerhalb einer Berufsausübungsgemeinschaft möglich.

Die Beteiligten streiten um Honorarrückforderungen in Höhe von 61.256,40 € aufgrund von patientenbezogenen Plausibilitätsprüfungen der Honorarabrechnungen der fünf Quartale I/13 bis II/14 mit Ausnahme des Quartals III/13, die die Bekl. insb. mit Hilfe eines Praxisabgleichs innerhalb der Praxisgemeinschaft der Kl., einer BAG mit einem Facharzt für Chirurgie/Unfallchirurgie, einem Facharzt für Chirurgie und einem Facharzt für Chirurgie/Plastische, mit Herrn Dr. B, Facharzt für Chirurgie/Unfallchirurgie, mit einem Anteil gemeinsamer Patienten von 13,40 % und 17,87 % durchgeführt hat. Das **SG** wies die Klage ab.

### b) Keine Überschreitung des Auffangkriteriums (Anästhesiologische Praxisgemeinschaft)

**SG Berlin, Urteil v. 25.09.2019 - S 83 KA 23/18**

**RID 19-04-16**

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

**SGB V a.F. § 106a**

**Leitsatz:** Auch bei **Nichtüberschreitung des Auffangkriteriums** nach § 11 Abs. 2 der Abrechnungsprüfungsrichtlinie ist grundsätzlich die Beanstandung des **Missbrauchs der Kooperationsform** möglich.

Die Kl. ist seit Okt. 2003 als Fachärztin für Anästhesiologie zugelassen. Es bestand eine Praxisgemeinschaft mit Frau Dr. F., ebf. Fachärztin für Anästhesiologie. Die Kl. wandte sich gegen eine Honorarrückforderung für insgesamt 15 Quartale (I/10 bis IV/11 und II/12 bis IV/13) in Höhe von 30.056,42 € Hintergrund ist der Vorwurf des Missbrauchs der Kooperationsform sowie die Falschabrechnung der anästhesiologischen Grundpauschale in einigen Fällen. Das **SG** beschränkte für einen Teil der Quartale die Rückforderung und wies im Übrigen die Klage ab.

## 3. Keine Pflicht zur Überprüfung einer Überweisung

**SG Düsseldorf, Urteil v. 31.07.2019 - S 2 KA 114/17**

**RID 19-04-17**

*Berufung anhängig: LSG Nordrhein-Westfalen - L 11 KA 49/19 -*

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

**SGB V § 106a; BMV-Ä § 24**

Bei der **Überweisung** zur Konsiliaruntersuchung, zur Mitbehandlung und zur Weiterbehandlung obliegt die Bestimmung der Art und des **Umfangs** der im Rahmen der Überweisung durchzuführenden Leistungen ausschließlich dem Arzt, an den die Überweisung gerichtet ist. In diesen Fällen sieht der BMV-Ä auch keine Rückspracheverpflichtung mit dem überweisenden Arzt vor (LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 09.07.2014 - L 11 KA 142/11 - RID 15-01-21).

Dem beauftragten Arzt ist es nicht zumutbar, in jedem Fall der **Überweisung eines ermächtigten Arztes** oder einer ermächtigten ärztlichen Einrichtung zunächst bei der KV eine Auskunft darüber einzuholen, ob und ggf. welche Hinderungsgründe einer Erbringung der beauftragten Leistungen entgegenstehen, und dann diese Auskunft ggf. rechtsanwaltlich überprüfen zu lassen. Das gilt auch in Fällen einer fachgleichen Überweisung.

Das **Risiko**, dass sich bei einer rechtlichen Bewertung ex post erweisen sollte, dass eine Überweisung unzulässigerweise ausgestellt war, trägt nicht der beauftragte Vertragsarzt. Es handelt sich auch nicht um einen Fall der sachlich-rechnerischen Berichtigung. Vielmehr liegt es in der **Zuständigkeit der Prüfungsgremien** gemäß § 106c SGB V, Fehler des Arztes bzw. der ermächtigten Einrichtung bei der Verordnung von Arznei- oder Heilmitteln oder der Ausstellung von Überweisungen, die nicht schon Gegenstand der Wirtschaftlichkeitsprüfung im engeren Sinne sind, im Rahmen der Feststellung

„sonstiger Schäden“ gemäß § 48 I BMV-Ä zu prüfen und ggf. zu sanktionieren (dazu näher BSG, Urt. v. 20.03.2013 - B 6 KA 17/12 R - SozR 4-5540 § 48 Nr. 2).

Die Kl. ist ein MVZ, in dem u.a. zahlreiche Fachärzte für Psychiatrie, psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten tätig sind. Das *SG* verurteilte die Bekl., der Kl. das Honorar für die aufgrund des Überweisungsscheins vom 19.09.2016 bei dem Patienten D erbrachten Leistungen nachzuvergüten.

#### 4. Keine Berichtigung bei Zweifeln an der Sinnhaftigkeit von Leistungen der Früherkennung

**SG Düsseldorf, Urteil v. 30.01.2019 - S 33 KA 393/15**

**RID 19-04-18**

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)  
**SGB V § 106d**

Zweifel an der medizinischen **Sinnhaftigkeit** der Erbringung von Leistungen der **Früherkennung** neben solchen der **Palliativversorgung**, vergleichbar der Erbringung kurativer Leistungen ohne entsprechende Indikation, berechtigen nicht zu einer sachlich-rechnerischen Berichtigung. Es handelt sich um eine **unwirtschaftliche** Leistungserbringung.

Kl. ist eine BAG, der ein hausärztlich tätiger Facharzt für Innere Medizin und eine Fachärztin für Allgemeinmedizin angehören. Das *SG* hob den Berichtigungsbescheid für das Quartal I/15 auf. *LSG Nordrhein-Westfalen*, Beschl. v. 11.09.2019 - L 11 KA 25/19 NZB - [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) = juris wies die Nichtzulassungsbeschwerde zurück.

#### 5. Zahnärzte: Nr. 2584 GOÄ (Neurolyse mit Nervverlagerung und Neueinbettung)

**SG Berlin, Urteil v. 23.10.2019 - S 83 KA 43/19**

**RID 19-04-19**

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) = juris  
**SGB V § 106d; GOÄ Nr. 2584**

**Leitsatz:** Die Abrechnung der Neurolyse (GOÄ 2584) erfordert die Neueinbettung des Nervs in ein neues oder neu gestaltetes Bett.

Die Beteiligten streiten u.a. über die Absetzung der Nr. 2584 GOÄ (Neurolyse mit Nervverlagerung und Neueinbettung) im Rahmen der sachlich-rechnerischen Richtigstellung im Quartal IV/17. Das *SG* wies die Klage ab.

### III. Notdienst

Nach BSG, Urt. v. 03.04.2019 - **B 6 KA 64/17 R** - gilt die bisherige Rspr. zur Regelung in § 4 Ib der Anl. 9.1 zum BMV-Ä (Dialyse-Vereinbarung), nach der der einer BAG erteilte **Versorgungsauftrag** bei der BAG verbleibt, auch wenn der Arzt, der ihn bisher wahrgenommen hat, die BAG verlässt, auch für eine **überörtliche BAG**, die das Recht hat, den ausgeschiedenen Arzt durch einen anderen Arzt zu ersetzen. Könnte der ausscheidende Arzt den von ihm wahrgenommenen Auftrag ohne Weiteres „mitnehmen“ und an seinem bisherigen Standort die Dialyseversorgung in Einzelpraxis fortführen, würde das zu einer nicht vom Bedarf abhängigen Vermehrung von Versorgungsaufträgen führen. Eine **Anfechtungsberechtigung** steht aber nur der BAG zu, die selbst zur Erbringung von Dialyseleistungen berechtigt ist. Gerade weil die Versorgungsaufträge zur Dialyse der BAG und nicht den einzelnen ihr angehörenden Ärzten rechtlich zugeordnet sind, kommt auch nur der BAG das Recht zu, die Erteilung weiterer Versorgungsaufträge an Konkurrenten gerichtlich überprüfen zu lassen. Nach BSG, Urt. v. 13.02.2019 - **B 6 KA 51/17 R** - SozR 4-2500 § 75 Nr. 20 kann ein Arzt nicht ohne Anrechnung auf den bereits am Hauptsitz der Praxis zu leistenden Bereitschaftsdienst zusätzlich mit einem Anrechnungsfaktor von 0,5 der Bereitschaftsdienstgruppe am Sitz der Zweigpraxis zugeordnet werden. Eine solche Regelung in einer **Bereitschaftsdienstordnung (BDO) ist mit dem allgemeinen Gleichheitssatz aus Art. 3 I GG nicht vereinbar**. Es unterliegt keinem Zweifel, dass der Kl. am Bereitschaftsdienst mitwirken muss und dass der bekl. KV bei der Ausgestaltung des Dienstes ein weiter Gestaltungsspielraum zukommt. Dieser deckt auch die Heranziehung von Ärzten zum **Dienst am Ort ihrer Zweigpraxis**: Zweigpraxen sind Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung, und je stärker ein bestimmter Bezirk tatsächlich durch Zweigpraxen versorgt wird, desto größer kann das Bedürfnis sein, die in diesem Bezirk praktizierenden Ärzte in den Bereitschaftsdienst einzubeziehen, auch um eine Überlastung der Ärzte mit Hauptpraxen dort zu vermeiden. Das ändert aber nichts daran, dass **Ärzte mit Zweigpraxen hinsichtlich des Umfangs ihrer Verpflichtung zur Teilnahme am Dienst nicht anders behandelt werden dürfen als andere Ärzte**. Die BDO der Bekl. differenziert im Ausgangspunkt sachgerecht, indem sie den Umfang der Teilnahme am Bereitschaftsdienst an den Umfang der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung knüpft. **Der Umfang des Versorgungsauftrags ändert sich jedoch durch den Betrieb einer Zweigpraxis nicht**. Auch die in der BDO der Beklagten geregelte Unterscheidung danach, ob der Standort der Zweigpraxis im selben Bereitschaftsdienstbezirk wie die Hauptpraxis gelegen ist, ist jedenfalls, soweit es um den Umfang der Verpflichtung und nicht nur darum geht, wo der Dienst zu verrichten ist, nicht zu rechtfertigen. Nach BSG, Urt. v. 12.12.2018 - **B 6 KA 50/17 R** - SozR 4-2500 § 95 Nr. 35 kann ein **ermächtigter Arzt** nicht aufgrund der

Bereitschaftsdienstordnung der bekl. KV zum **ärztlichen Bereitschaftsdienst (Notdienst)** herangezogen werden. Dies ist mit höherrangigem Recht unvereinbar. Bzgl. der Pflicht zur Teilnahme am Notdienst ist an den **Zulassungsstatus** und nicht an die **Mitgliedschaft** in der KV anzuknüpfen. Der ermächtigte Arzt ist nicht zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen, sondern für bestimmte Leistungen zur Deckung eines qualitativen Bedarfs in der ambulanten Versorgung der Versicherten ermächtigt. Die **Ermächtigung** stellt einen grundsätzlich anderen Grad der Einbeziehung in die vertragsärztliche Versorgung dar als die Zulassung. Ermächtigungen kommen - ausnahmsweise und subsidiär - immer erst dann in Betracht, wenn die gebotene Versorgung von den vorrangig niedergelassenen Vertragsärzten und MVZ nicht gewährleistet werden kann. Ermächtigungen werden nach Inhalt und Umfang beschränkt und grundsätzlich nur befristet erteilt. Die Ermächtigungen dienen allein dazu, Lücken in der vertragsärztlichen Versorgung zu schließen. Die Ermächtigung nach § 116 S. 1 SGB V wird nur mit Zustimmung des Krankenhausträgers erteilt und ihre Ausübung stellt nur eine „Nebenfunktion“ zur hauptberuflichen Tätigkeit des Arztes im Krankenhaus dar. Eine „Rund um die Uhr“-Verfügbarkeitsverpflichtung für die Sicherstellung der vertragsärztlichen ambulanten Versorgung trifft den ermächtigten Krankenhausarzt gerade nicht. Der ermächtigte Krankenhausarzt könnte am Notdienst nur in Abstimmung mit seinem Arbeitgeber mitwirken. Der Dienstplan des Krankenhauses und der Notfalldienstplan müssten koordiniert werden. Demgegenüber tritt die Erwägung der bekl. KV zurück, jeder Arzt, der zur ambulanten Versorgung berechtigt ist, müsse auch deren Pflichten - hier die Mitwirkung am Bereitschaftsdienst - mittragen. Schon berufsrechtlich greift die Idee der Belastungsgleichheit nicht: Nach § 26 der Berufsordnung für Ärzte in Hessen sind (nur) die niedergelassenen Ärzte zur Teilnahme am Notdienst verpflichtet, Krankenhausärzte dagegen nicht.

### 1. Neuordnung des ärztlichen Notdienstes (Bereitschaftsdienst KV Sachsen)

**LSG Sachsen, Beschluss v. 18.02.2019 - L 1 KA 11/18 B ER**

**RID 19-04-20**

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

**SGB V §§ 75 Ib 1, 81 I 1 Nr. 10; SGG §§ 86a II Nr. 5, 86b I 1 Nr. 2**

**Leitsatz:** Aufgrund des weiten Gestaltungsspielraums der Kassenärztlichen Vereinigung hinsichtlich der Organisationsform des **Notdienstes** (Bereitschaftsdienstes) begegnet es keinerlei Bedenken, allen Vertragsärzten eine Pflicht zur Anwesenheit in den bei den Krankenhäusern eingerichteten **Bereitschaftspraxen** aufzuerlegen. Dasselbe gilt für die satzungsmäßige Verpflichtung, einen **zentralen Fahrdienst** für Hausbesuche im jeweiligen Bereitschaftsdienstbereich zu nutzen.

Die Beteiligten streiten um die Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung der Klage der Ast., Fachärztin für Allgemeinmedizin, gegen deren Verpflichtung zur Teilnahme am Bereitschaftsdienst in seiner neustrukturierten Form ab 02.07.2018. **SG Dresden**, Beschl. v. 17.07.2019 - S 18 KA 112/18 ER - lehnte den Antrag auf Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung und Aufhebung der durch die neue Dienstpläneinteilung begonnenen Vollziehung des Bescheides der Ag. ab, das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

### 2. Aufhebung aller Befreiungen vom Notdienst durch die Bereitschaftsdienstordnung

**SG Mainz, Beschluss v. 12.09.2018 - S 3 KA 170/17**

**RID 19-04-21**

juris

**SGB X §§ 44 ff.; Bereitschaftsdienstordnung RLP**

**Leitsatz:** Die Vorschrift des **§ 9 Abs. 10 BDO**, wonach ausnahmslos alle in der Vergangenheit bewilligten Befreiungen vom Bereitschaftsdienst zum 31.12.2016 von Gesetzes wegen ihre Wirksamkeit verlieren, ist wegen des Verstoßes gegen höherrangiges Recht nichtig. Die Vorschrift hebt die **Bestimmungen der §§ 44 ff. SGB X** und die in diesen zum Ausdruck kommenden Wertungen des unmittelbar demokratisch legitimierten Gesetzgebers aus, ohne dass eine gesetzliche Ermächtigung hierzu ersichtlich wäre.

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

### 3. Garantiepauschale im Notdienst: Einreichung einer Abrechnung als Voraussetzung

**SG Marburg, Urteil v. 06.11.2019 - S 12 KA 319/18**

**RID 19-04-22**

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

**SGB V § 75 Ib 1; Bereitschaftsdienstordnung KV Hessen**

**Leitsatz:** Der Anspruch eines Arztes, der am Notdienst der KV Hessen teilnimmt, auf die Stundenpauschalen setzt die Abrechnung des Arztes und den Erlass eines Honorarbescheides voraus. Die Vergütung erfolgt auf der Grundlage der Honorarabrechnung des Arztes, wobei die Stundenpauschale eine Mindest- bzw. Garantievergütung darstellt.

Die Beteiligten streiten um die Rückforderung der Stundenpauschalen im Quartal I/16 für die Teilnahme am Notdienst (ärztlichen Bereitschaftsdienst) in Höhe von 3.968,60 €, weil der Kl. für dieses Quartal keine Honorarabrechnung nachgewiesen hat. Das **SG** wies die Klage ab.



#### IV. Wirtschaftlichkeitsprüfung/Arzneikostenregress/Schadensersatz

Nach BSG, Urt. v. 11.09.2019 - **B 6 KA 21/19 R, B 6 KA 22/19 R** u. **B 6 KA 23/19 R** - ist in Einzelfallregressen wegen der Verordnung von TNF-Alpha-Inhibitoren und Teriparatid von folgenden Grundsätzen auszugehen:

- **Einzelfallregresse** wegen unzulässiger Verordnungen können auch für Zeiträume festgesetzt werden, in denen die Verordnungsweise einer Praxis anhand von Richtgrößen geprüft wird. Allerdings ist diese Prüfung auf die arzneimittelrechtliche oder vertragsarztrechtliche **Unzulässigkeit von Verordnungen** beschränkt; neben der Richtgrößenprüfung darf einzelfallbezogen nur untersucht werden, **ob Arzneimittel außerhalb ihrer Zulassungsindikation oder im Widerspruch zu gesetzlichen Vorgaben oder solchen in den Richtlinien des GBA erfolgt sind**. Ist das nicht der Fall, ist für die einzelfallbezogene Prüfung der Wirtschaftlichkeit neben einer Richtgrößenprüfung kein Raum.

- **Leitlinien oder Verordnungsempfehlungen** der medizinischen Fachgesellschaften stehen **Verordnungseinschränkungen im Gesetz oder in Richtlinien des GBA nicht gleich**. Selbst wenn ein Therapiehinweis des GBA inhaltlich einer älteren Leitlinienempfehlung der Fachgesellschaft entspricht, sind Verordnungen aus der Zeit vor Inkrafttreten des Therapiehinweises **nicht vertragsarztrechtlich unzulässig**, sondern **allenfalls unwirtschaftlich** und können deshalb neben einer Richtgrößenprüfung nicht einzelfallbezogen regressiert werden.

- Darf ein Medikament arzneimittelrechtlich ohne vorangegangenen Behandlungsversuch mit anderen Präparaten nur unter engen Voraussetzungen - z.B. schwere, chronische oder progrediente Erkrankung - eingesetzt werden, führt die **Nichtbeachtung dieser Einschränkung zur Unzulässigkeit der Verordnung**. Das ist im Streitfall **im gerichtlichen Verfahren** zu klären.

- Tritt während der laufenden Behandlung eines Patienten mit einem bestimmten Arzneimittel ein **Therapiehinweis des GBA** in Kraft, dass der Einsatz dieses Mittels unzulässig ist, **kann die Fortführung der Therapie für einen begrenzten Zeitraum gleichwohl zulässig sein, wenn aus medizinischen Gründen ein sofortiges Absetzen des betroffenen Medikaments nicht vertretbar war**. Dem müssen die Prüfungsgremien und - im Streitfall - die Gerichte auf entsprechenden Vortrag des Arztes nachgehen.

- Das für den Bezirk der beigeladenen KÄV im Zusammenhang mit der Richtgrößenprüfung vereinbarte „Zweitmeinungsverfahren“, das mit der klagenden BAG im Jahr 2010 durchgeführt worden ist, hat keinen Einfluss auf die Beurteilung der arzneimittel- und vertragsarztrechtlichen Zulässigkeit von Verordnungen aus den Jahren 2007 und 2008.

Nach BSG, Urt. v. 11.09.2019 - **B 6 KA 15/18 R** - hindert der Umstand, dass eine **Krankenkasse einzelfallbezogen Regressanträge** wegen der Unzulässigkeit von Arzneverordnungen stellt, die Durchführung der - zum damaligen Zeitpunkt - gesetzlich vorgeschriebenen **Richtgrößenprüfung** nicht. Solche Anträge und das damit verbundene Verordnungsvolumen müssen bei der Richtgrößenprüfung berücksichtigt werden, weil nach der gesetzlichen Konzeption grundsätzlich zulässige - aber möglicherweise unwirtschaftliche - Verordnungen am Maßstab der Richtgröße auf Wirtschaftlichkeit untersucht werden sollen. Eine **Sperrewirkung** von Regressanträgen wegen unzulässiger Verordnungen für das Richtgrößenverfahren tritt aber nicht ein, schon weil die Verfahren wegen unzulässiger Verordnungen nur auf Antrag der jeweils betroffenen Krankenkasse durchgeführt werden und der Antrag einer Krankenkasse nicht für oder gegen alle anderen Krankenkassen wirken kann. Der Beklagte war nicht gehindert, die Unzulässigkeit und - soweit eine solche nicht vorlag - Unwirtschaftlichkeit der Verordnungen festzustellen. Unzulässige oder unwirtschaftliche Verordnungen begründen für sich genommen keine **Praxisbesonderheit**.

#### 1. Vertrag zur integrierten Versorgung: Zuständigkeit der Prüfungsgremien (Immunglobulin/Octagam)

**LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 28.08.2019 - L 3 KA 110/16**

**RID 19-04-23**

*Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 35/19 B*

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

**SGB V §§ 2 Ia 1, 72 II 1 Nr. 7, 75 I, 106 II, 140a 1, 140b I**

**Leitsatz:** Durch eine als „**Vertrag zur integrierten Versorgung**“ bezeichnete Vereinbarung kann die **Zuständigkeit der Prüfungsstelle** bzw. des Beschwerdeausschusses zur Wirtschaftlichkeitsprüfung nur ausgeschlossen sein, wenn eine überschlägige Prüfung ergibt, dass die Vereinbarung auch in der Sache die Grundvoraussetzungen eines Vertrags über die integrierte Versorgung erfüllt.

Die Beteiligten streiten über Arzneimittelregresse (47.890 €) wegen der Verordnung intravenöser Immunglobuline (IVIG) in den Quartalen II/08 bis IV/09. Die Kl. sind als Ärztin für Neurologie, Psychiatrie und Physikalische und Rehabilitative Medizin bzw. als Arzt für Neurologie zugelassen. **SG Hannover**, Urt. v. 21.09.2016 - **S 78 KA 148/13** - gab der Klage statt, das **LSG** wies die Klage ab.

## 2. Zahnärzte

### a) Praxisbesonderheiten: Ländlicher

Raum/Oralophobiker/Patientenverteilung/Ersparnis ZE

#### SG München, Urteil v. 29.01.2019 - S 38 KA 5170/16

RID 19-04-24

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

SGB V § 106a

Eine Praxislage im **ländlichen Raum** führt nicht grundsätzlich und nicht automatisch zu einem besonderen Patientengut, das als Praxisbesonderheit zu berücksichtigen wäre. Denn es gibt keine Erkenntnisse darüber, dass die Landbevölkerung weniger Wert auf Zahngesundheit legt als die Stadtbevölkerung, weniger oft Zahnarztpraxen aufsucht und dadurch ein „Mehr“ an bestimmten Leistungen bedingt ist.

„**Oralophobiker**“ sind Patienten, die eine krankhaft übersteigerte Angst (Phobie) vor einer Behandlung beim Zahnarzt haben. Es wird davon ausgegangen, dass etwa 15 % der Bevölkerung an einer wechselnd schweren Oralophobie leiden. Angstpatienten treten in jeder Zahnarztpraxis mehr oder weniger gehäuft auf. Sie sind nicht automatisch mit Patienten gleichzusetzen, bei denen ein großer überdurchschnittlicher Behandlungsaufwand besteht.

Die **Patientenverteilung** ist im Zusammenhang mit den Kürzungen der Leistungen nach den Bema-Nrn. 13d und 25 nicht als Praxisbesonderheit anzuerkennen. Aus dem Umstand, dass **Rentnerversicherte** unterdurchschnittlich vertreten sind, können nicht extrem hohe Überschreitungswerte bei den Leistungen nach den Bema-Nrn. 13d und 25 erklärt werden. Füllungsleistungen, insb. wie hier 4-flächige Füllungen, werden nicht nur bei einem jüngeren Patientenkollektiv, sondern auch bei älteren Patienten erbracht, zumal insgesamt die Zahnerhaltung bei der zahnärztlichen Behandlung im Vordergrund steht.

Ein Zusammenhang zwischen **Füllungsleistungen** einerseits und **Zahnersatzleistungen** andererseits besteht nicht. Ein „Weniger“ an Zahnersatzleistungen rechtfertigt deshalb nicht ein „Mehr“ an Füllungsleistungen.

Der Kl. wandte sich gegen eine Kürzung in Höhe von 4.268,49 € im Quartal I/14 betreffend die Leistungen nach den Nr. 13d (Kürzung um 25 %) und 25 (Kürzung um 20 %). Das SG wies die Klage ab.

### b) Prothetikmangelverfahren: Erst- und Zweitgutachten

#### SG München, Urteil v. 24.07.2019 - S 38 KA 5008/17

RID 19-04-25

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

SGB V §§ 82 I, 83, 136a IV 3; 137 IV 3; BMV-Z § 24

**Leitsatz:** 1. Im **Prothetikmangelverfahren** gebührt dem Erstgutachten gegenüber den nachfolgenden **Gutachten** durch die Ausschüsse grundsätzlich kein Vorrang, auch wenn dieses zeitnäher zum Zeitpunkt der Eingliederung des Zahnersatzes erfolgt. Hierfür fehlt eine rechtliche Grundlage. Dem Erstgutachten einen Vorrang einzuräumen, wäre mit Sinn und Zweck des gestuften Gutachterverfahrens (§ 3 der Anl 4b zu § 11 Gesamtvertrag-Zahnärzte i.V.m. § 24 BMV-Z) nicht zu vereinbaren. Außerdem ist mit der Besetzung der Ausschüsse mit mehreren Zahnärzten vermutlich auch ein „Mehr“ an fachlicher Kompetenz verbunden, was einer in jeder Weise ausgewogenen umfassenden Beurteilung zugutekommen kann.

2. Erfolgt die Begutachtung durch die Ausschüsse erst **nach Ablauf des zweijährigen Gewährleistungszeitraums** (§ 137 Abs. 4 S. 3 SGB V a.F.; § 136a Abs. 4 S. 3 SGB V n.F.), wird die Aussagekraft des Erstgutachtens auf jeden Fall höher einzuschätzen sein, wenn dieses Gutachten plausibel erscheint.

3. Die **Pflichtverletzung** ist dann dem Behandler nicht zuzurechnen, wenn zwischenzeitlich durch einen **anderen Behandler** wesentliche **Änderungen an der Prothetik** vorgenommen wurden und/oder der Mangel in der **Sphäre des Patienten** liegt (z.B. gesundheitliche Umstände, die sich auf die Funktionsfähigkeit der Prothetik auswirken können, oder Verhaltensweisen des Patienten, die zur Funktionsuntüchtigkeit der Prothetik führen).

Gegen den Kl. wurde ein Regress in Höhe von 2.716,70 € einschließl. der Gutachterkosten festgesetzt. Das SG wies die Klage ab.

c) MKG-Chirurg: Statistischer Einzelleistungsvergleich/Vergleichsgruppe

**SG München, Urteil v. 24.07.2019 - S 38 KA 5036/19**

**RID 19-04-26**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris  
SGB V §§ 83, 87 II, III, 106

**Leitsatz:** 1. Grundsätzlich ist der Vertragsarzt mit der **Fachgruppe** zu vergleichen, für die er zugelassen ist. Das bedeutet, dass ein **MKG-Chirurg** mit der Gruppe der MKG-Chirurgen zu vergleichen ist und nicht mit der Gruppe der Allgemeinzahnärzte, da er eine entsprechende Zulassung beantragt hat und auch besitzt.

2. Mit der Prüfmethode „Prüfung nach Durchschnittswerten“ ist es unvereinbar, einen MKG-Chirurgen bei einzelnen Leistungen mit der Fachgruppe der MKG-Chirurgen, bei anderen mit der Fachgruppe der Allgemeinzahnärzte zu vergleichen. Ein solches Splitting wäre überdies nicht nur unpraktikabel, sondern würde dem Kläger gegenüber anderen, bei denen nur **eine Vergleichsgruppe** herangezogen wird, unangemessen zum Vorteil gereichen.

3. Ist ein MKG-Chirurg **schwerpunktmäßig allgemeinzahnärztlich** tätig, ist dies als **Praxisbesonderheit** zu werten und zu berücksichtigen. In dem Zusammenhang kann das Vorliegen dieser Praxisbesonderheit durch einen Vergleich mit den Allgemeinzahnärzten festgestellt werden. Liegt ein MKG-Chirurg aber auch deutlich über den Werten der Allgemeinzahnärzte, besteht keine Veranlassung, seine Praxisausrichtung als Praxisbesonderheit anzuerkennen.

4. Es gibt keinen Erfahrungssatz des Inhalts, dass eine vom Durchschnitt abweichende **Patientenverteilung** (Mitgliederversicherte, Familienversicherte, Rentnerversicherte) einen **Mehraufwand** bei bestimmten Leistungen nach sich zieht.

Die Wirtschaftlichkeitsprüfungen bezogen sich auf die Leistungen nach den Bema-Nrn. 04, 10, 25 und 105 BEMA. Das **SG** wies die verbundenen Klagen gegen Prüfbescheide für die Quartale I bis III/16 in Höhe von 2.234,16 € 2.312,87 € und 2.530,34 € ab.

d) Statistischer Einzelleistungsvergleich: Relation zu einer Bezugsleistung

**LSG Hessen, Urteil v. 12.06.2019 - L 4 KA 62/16**

**RID 19-04-27**

SGB V § 106

Die **Widerspruchseinlegung durch die Verbände der Krankenkassen** mit dem Ziel, den Bescheid im Hinblick auf eine Verschärfung der Entscheidung zu überprüfen, führt dazu, dass das Verbot der **reformatio in peius** außer Kraft gesetzt wird (vgl. BSG, Urte. v. 18.08.2010 - B 6 KA 14/09 R - SozR 4-2500 § 106 Nr. 29, Rn. 42).

Die Prüfung nach Durchschnittswerten bzw. die **statistische Vergleichsprüfung** ist auch nach Inkrafttreten des GMG eine zulässige Prüfmethode (BSG, Urte. v. 09.04.2008 - B 6 KA 34/07 R - SozR 4-2500 § 106 Nr. 18 = BeckRS 2008, 54147, Rn. 18).

Bei den **Leistungen** nach Nr. Ä1 (Beratung), Ä925B (Röntgendiagnostik), Ä935D (Orthopantomogramm), 8 (Vitalitätsprüfung), 23 (Entfernen einer Krone), 25 (indirekte Überkappung der Pulpa), 32 (Aufbereiten des Wurzelkanals), 106 (Beseitigung scharfer Zahnkanten) handelt es sich um für die Vergleichsgruppe **prägende Leistungen**, die von einem größeren Teil der Vergleichsgruppenmitglieder regelmäßig in nennenswerter Zahl erbracht wird und die jeweils durch einen **statistischen Vergleich** geprüft werden können.

Ein offensichtliches Missverhältnis kann auch in **Relation zu einer Bezugsleistung** festgestellt werden. Soweit Bedenken dahingehend formuliert werden könnten, dass diese Betrachtungsweise einer ausdrücklichen Ermächtigung in der Prüfvereinbarung bedarf (vgl. SG München, Urte. v. 26.11.2015 - S 21 KA 5121/13 - juris), geht der Senat davon aus, dass die Honorarkürzungen bzgl. des Vergleichs von Nr. Ä1 (Ber) BEMA mit Nr. 01 (U) BEMA und von Nr. 35 (WR) BEMA-Z und Nr. 32 (WK) BEMA-Z nicht auf einem Prüfmethodenwechsel beruhen. Vielmehr hat der Beklagte im Rahmen der zu fordernden **intellektuellen Prüfung** eine Verfeinerung der Grenze des offensichtlichen Missverhältnisses vorgenommen.

Wird die Grenze des **offensichtlichen Missverhältnisses** auf **1,4 WK zu 1 WF** festgesetzt, d.h. bei einer Unterschreitung der Abfüllquote von 71 %, so ist dies nicht zu beanstanden.

Die Beteiligten streiten um eine Honorarberichtigung wegen unwirtschaftlicher Behandlungsweise und eine sachlich-rechnerische Berichtigung in den Quartalen IV/10 und I/11 in Höhe von insgesamt 3.345,10 € **SG Marburg**, Urte. v. 14.09.2016 -S 12 KA 534/15 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

## V. Zulassungsrecht

Nach BSG v. 30.10.2019 - **B 6 KA 14/18 R** - ist eine **Klage** direkt gegen den Bescheid des **Zulassungsausschusses** zu richten, in dem eine Durchführung des Nachbesetzungsverfahrens aufgrund einer Entziehung wegen Nichtausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit abgelehnt wird. Liegt einer **Zulassungsentziehung** zugrunde, dass der Vertragsarzt allenfalls einen **halben Versorgungsauftrag** tatsächlich ausfüllt, fehlt es hinsichtlich der entzogenen Hälfte der Zulassung damit an der für jede Nachbesetzung erforderlichen fortführungsfähigen Arztpraxis. **Verzichtet** der Vertragsarzt nach Bestandskraft der hälftigen Zulassungsentziehung auf die verbliebene halbe Zulassung, um **in MVZ als angestellter Arzt** tätig zu werden, so bestimmt für eine solche Fallgestaltung § 103 IV a 1 SGB V ausdrücklich, dass eine Fortführung der Praxis nach Abs. 4 nicht möglich ist. Nach BSG, Urt. v. 11.09.2019 - **B 6 KA 2/18 R** - kann der Gesellschafter einer GmbH, die ein MVZ betreibt, nach seinem Ausscheiden aus der Gesellschaft im Rahmen eines Gesellschafterwechsels die Rückgabe einer von ihm dem Zulassungsausschuss vorgelegten Bürgschaftsurkunde verlangen. Sowohl die Verpflichtung als auch die damit verbundenen Rechte aus der noch von der Altgesellschafterin abgegebenen Bürgschaftserklärung sind **mit der Ausgliederung und Übernahme des Großteils ihres Vermögens nach dem Umwandlungsgesetz ab Eintragung in das Handelsregister im Wege der partiellen Gesamtrechtsnachfolge auf die Neugesellschafterin übergegangen**. Für eine solche Konstellation regelt § 133 III UmwG eine auf **fünf Jahre beschränkte Nachhaftung der Altgesellschafterin unmittelbar**; sie gilt auch für Verpflichtungen aus Bürgschaftserklärungen nach § 95 II 6 SGB V. Die Neugesellschafterin ist aber nicht nur als Rechtsnachfolgerin der Altgesellschafterin aus der noch von dieser abgegebenen Bürgschaftserklärung verpflichtet, sondern hat bei ihrem Eintritt zudem eine eigene Bürgschaftserklärung abzugeben, welche auch bereits zuvor beim Betrieb des MVZ entstandene Forderungen von KV und Krankenkassen umfasst. Nach Ablauf des fünfjährigen Nachhaftungszeitraums besteht kein Grund mehr dafür, dass KV und Krankenkassen auch noch auf die von der Altgesellschafterin ausgestellte Bürgschaftserklärung zugreifen können. Diese ist deshalb an die Neugesellschafterin als Schuldnerin der übergebenen Bürgschaftsverpflichtung bzw. - nach Abtretung - nunmehr an die Klägerin herauszugeben.

Nach BSG, Urt. v. 15.05.2019 - **B 6 KA 5/18 R** - trifft es nicht zu, dass die **Regelung zu „Konzeptbewerbungen“ im Nachbesetzungsverfahren** nach § 103 IV 10 SGB V a.F. (seit 11.5.2019: § 103 IV 5 Nr. 9 SGB V n.F.) bei Auswahlentscheidungen über die Besetzung eines nach Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen zusätzlich zur Verfügung stehenden Vertragsarztsitzes generell nicht **anwendbar** sei. Die Unterschiede zwischen Nachbesetzungen einerseits und der Besetzung von zusätzlichen Vertragsarztsitzen **nach partieller Entsperrung** andererseits stehen einer **entsprechenden Anwendung** der Vorschrift auch in den zuletzt genannten Zulassungsverfahren nicht entgegen. Allerdings können **derzeit in beiden Konstellationen** nur Bewerbungen von MVZ oder Vertragsärzten berücksichtigt werden, in denen neben dem geplanten Versorgungskonzept **konkret der Arzt benannt wird**, der auf dem Vertragsarztsitz tätig werden soll. Zwar wollte der Gesetzgeber für MVZ und Vertragsärzte die Möglichkeit eröffnen, sich auch ohne Benennung eines Arztes nur mit einem Versorgungskonzept um einen zu vergebenden Vertragsarztsitz bewerben zu können. Hierfür **bedarf es zusätzlicher Regelungen**, die bisher noch fehlen. Mit der Auswahlentscheidung zugunsten einer Konzeptbewerbung **würde** eine bislang weder im SGB V noch in der Ärzte-ZV auch nur ansatzweise konturierte **Sonderform einer „arztlosen Anstellungsgenehmigung“ geschaffen**. Diese müsste später in einem weiteren Verfahren mit einer Anstellungsgenehmigung für einen bestimmten Arzt ausgefüllt werden, wobei die Zulassungsgremien prüfen müssten, ob der anzustellende Arzt nach seiner persönlichen Befähigung in der Lage ist, den besonderen Versorgungsauftrag umzusetzen, mit dem sich das MVZ erfolgreich um den Sitz beworben hat. Andere Bewerber um den freien Sitz müssen es unter bestimmten Voraussetzungen hinnehmen, dass ein geringer qualifizierter Arzt auf dem zu vergebenden Sitz tätig wird, wenn das im Rahmen eines vorzugswürdigen Versorgungskonzepts erfolgt. Dann muss aber auch **sichergestellt werden, dass das MVZ dieses Konzept zeitnah umsetzt**. Das erfordert u.a. **Regelungen zu den Anforderungen an Anstellungsgenehmigungen in Ausfüllung eines Versorgungskonzepts** sowie Bestimmungen zum weiteren Bestand oder Fortfall des Sitzes, falls das Konzept nicht mehr verfolgt wird oder nicht realisiert werden kann, und schließlich auch **Regelungen zur Beteiligung der im Auswahlverfahren unterlegenen Bewerber an den nachfolgenden Verfahrensschritten**. Die Ausgestaltung einer solch komplexen, z.T. grundrechtlich determinierten Rechtslage kann nicht durch die höchstrichterliche Rechtsprechung erfolgen; sie muss aus kompetenziellen Gründen unter Beachtung der Gewaltenteilung durch den Gesetzgeber bzw. den Normgeber der Ärzte-ZV vorgenommen werden. Die Grundrechte der Träger von MVZ aus Art 12 I GG werden dadurch nicht verletzt. Nach BSG, Urt. v. 03.04.2019 - **B 6 KA 4/18 R** - können Gerichte sich bei der **Ermittlung** des entscheidungserheblichen Sachverhaltes **auf die vom Amtsgericht getroffenen Feststellungen oder die Ergebnisse des staatsanwaltschaftlichen Ermittlungsverfahrens stützen**, auch wenn das Strafverfahren nach § 206a StPO wegen Eintritts eines Verfahrenshindernisses eingestellt wurde. Es liegt eine gröbliche Verletzung vertragszahnärztlichen Pflichten vor, wenn ein Vertragszahnarzt vor Ende 2007 bis zum Jahr 2012 in seiner Praxis eine Überwachungsanlage installiert hat, mit deren Hilfe er Aufnahmen seiner Helferinnen in unbedecktem Zustand beim Umziehen erstellen konnte und erstellt hat, die dann in sein Büro überspielt und dort aufgezeichnet worden sind. In der **über Jahre fortgesetzten massiven Verletzung der Privat- und Intimsphäre der Mitarbeiterinnen** liegt eine Pflichtverletzung im Sinne des § 95 VI 1 SGB V. Strafandrohung und Strafraum des § 201a StGB lassen hinreichend deutlich erkennen, welchen Unrechtsgehalt der Gesetzgeber Verletzungen der Intimsphäre zuweist. Gerade die Übertragungen der Bilder aus dem Umkleieraum in das Büro des KI. und die Speicherung mit dem ausdrücklich eingeräumten Ziel, entsprechende Bilder öfter anzusehen, machen deutlich, dass der KI. die Intimsphäre der Mitarbeiterinnen zum Objekt seiner besonderen Interessen gemacht hat, was geeignet ist, die Betroffenen nachhaltig zu traumatisieren. Mit einem Zahnarzt, der sich über Jahre so verhalten hat, müssen die Träger der vertragszahnärztlichen Versorgung nicht länger zusammenarbeiten. Nach BSG, Urt. v. 13.02.2019 - **B 6 KA 62/17 R** - ist die Anstellung eines bisher fachärztlich-internistisch tätigen Arztes auf einer halben hausärztlich-internistischen und einer halben fachärztlich-internistischen Arztstelle (eines MVZ) **mit der gesetzlichen Zuordnung von Arztgruppen entweder zur hausärztlichen oder zur fachärztlichen Versorgung nicht vereinbar**. Jedenfalls kann ein Arzt im Rahmen seines Anstellungsverhältnisses bei einem Arzt, bei einer Berufsausübungsgemeinschaft, bei einem MVZ oder ein und derselben Zulassung **nur entweder hausärztlich oder fachärztlich tätig** sein. Die Trennung von hausärztlicher und fachärztlicher Versorgung bei Zulassungen oder Anstellungsgenehmigungen wird durch die Einführung hälftiger Versorgungsaufträge nicht

obsolet. Die Erfüllung der besonderen Aufgaben von Hausärzten soll nach dem Willen des Gesetzgebers nicht durch die Möglichkeit gleichzeitiger fachärztlicher Tätigkeit beeinträchtigt werden.

## 1. Sonderbedarfszulassung

a) Nachbesetzungsverfahren: Beschränkungen und freie Sitze wegen Nichterfüllung der KJP-Quote

**LSG Bayern, Urteil v. 26.06.2019 - L 12 KA 22/18**

**RID 19-04-28**

*Revision anhängig: B 6 KA 27/19 R*

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

**SGB V §§ 92, 101, 103 IV**

Nach § 37 I 2 BedarfsPIRL in der bis 03.07.2013 geltenden Fassung (a.F.) endeten **Beschränkungen einer Sonderbedarfszulassung**, wenn der Landesausschuss für den entsprechenden Planungsbereich feststellt, dass eine Überversorgung gemäß § 103 I u. III SGB V nicht mehr besteht. Diese Regelung ist auf die **Feststellung freier Sitze wegen Nichterfüllung der Quote** nach § 101 IV 5 SGB V auf der Grundlage von § 25 I Nr. 5 BedarfsPIRL a.F. analog anzuwenden. In einem **Nachbesetzungsverfahren** ist dann nicht mehr zu prüfen, ob weiterhin ein Sonderbedarf besteht, und können Beschränkungen nicht auferlegt werden.

Bei **Nachbesetzung** eines Vertragsarztsitzes, der auf einer Sonderbedarfszulassung beruht, ist zu berücksichtigen, dass mit dem **Verzicht** der Praxisvorgängerin auf ihre Sonderbedarfszulassung die **Mindestquote** nach § 101 IV 5 SGB V von mindestens 20 % Leistungserbringern, die ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch behandeln, nicht mehr erfüllt wird. Ein „Nachfolger“ hat dann eine reguläre Zulassungsmöglichkeit.

Der Zulassungsausschuss ließ C im November 2007 im Rahmen eines Sonderbedarfs unter der Maßgabe zu, dass für die Dauer der Zulassung nur die ärztlichen Leistungen abrechnungsfähig sind, welche im Zusammenhang mit dem Ausnahmetatbestand tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen stehen. Im November 2017 beantragte C erfolgreich die Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens. Der Zulassungsausschuss ließ die Kl. im Juni 2015 zu, aber wiederum mit gleicher Beschränkung. Die Kl. beantragte im August 2015 erfolglos festzustellen, dass die der C auferlegte Beschränkung zum 01.07.2013 geendet habe und sie Nachfolgerin einer Praxis ohne Zulassungsbeschränkungen geworden sei. Mit Beschluss vom 10.06.2013 habe der Landesausschuss festgestellt, dass für Leistungserbringer ihrer Fachgruppe noch insgesamt 3,5 Zulassungen erteilt werden könnten. Damit hätten die Beschränkungen geendet. **SG München**, Urt. v. 13.04.2018 - S 43 KA 557/16 - wies die Klage ab, das **LSG** verurteilte zur Neubescheidung.

b) Anordnungsgrund bzgl. Genehmigung zur Anstellung

**LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 06.05.2019 - L 11 KA 51/18 B ER**

**RID 19-04-29**

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

**SGB V § 101 I 1 Nr. 3; SGG § 86b II; Ärzte-ZV § 19 I 2; BedarfsPIRL § 36**

Auf eine sich ggf. **verändernde Versorgungslage** hat sich jeder Marktteilnehmer einzustellen. Das rechtfertigt keine den aktuellen Zustand perpetuierende einstweilige Anordnung, sofern nicht nachhaltige wirtschaftliche Beeinträchtigungen drohen.

Die Versagung der **Genehmigung zur Anstellung** eines Arztes im Rahmen des Sonderbedarfs kommt keinesfalls einer **Berufszulassungsbeschränkung** gleich.

Selbst eine **rechtswidrige Zulassungsentscheidung** begründet allein noch keinen Anspruch auf Erlass einer einstweiligen Anordnung. Die Voraussetzungen des § 86b II SGG müssen zusätzlich erfüllt sein.

Der Ast. ist als Facharzt für Innere Medizin - Schwerpunkt Pneumologie - zugelassen. In seiner Praxis sind im sog. Jobsharing Frau Q und Dr. X angestellt. Mit Schreiben vom 23.02.2017 beantragte er erfolglos, die Anstellung von Dr. X (Facharzt für Innere Medizin - Schwerpunkt Pneumologie) im Umfang einer bedarfsplanerischen Anrechnung von 1,0 Vertragsarztstellen im Sonderbedarf zu genehmigen. **SG Duisburg**, Beschl. v. 25.04.2018 - S 19 KA 2/18 ER - wies den Antrag, den Ag. im Wege der einstweiligen Anordnung zu verpflichten, seinen Sonderbedarfsanstellungsantrag vom 21.02.2017 auf Genehmigung der Beschäftigung von Dr. X im Rahmen des Sonderbedarfs im Umfang einer bedarfsplanerischen Anrechnung von 1,0 Vertragsarztstellen unter Beachtung der Rechtsauffassung des angerufenen Gerichts innerhalb einer von diesem festzusetzenden, angemessenen Bescheidungsfrist von ca. sechs Wochen neu zu bescheiden, ab. Das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

## 2. Auflösung einer BAG während Nachbesetzungsverfahrens

LSG Sachsen, Urteil v. 13.03.2019 - L 1 KA 17/18

RID 19-04-30

Rechtskräftig

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 103 IV, IVc 3, 4

**Leitsatz:** 1. Für die Beurteilung der Frage, ob eine für die Nachbesetzung eines Vertragsarztsitzes in einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) **fortführungsfähige Praxis** besteht, ist auf den **Zeitpunkt** abzustellen, in dem die Nachbesetzung beantragt wurde. Dies gilt auch dann, wenn die BAG während des Nachbesetzungsverfahrens aufgelöst wird. In diesem Fall sind allerdings bei der Bewerberauswahl Interessen im Sinne von § 103 Abs. 6 Satz 2 SGB V nicht zu berücksichtigen.

2. Bewirbt sich im Nachbesetzungsverfahren gemäß § 103 Abs. 4 SGB V ein Träger eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) und gibt dieser zunächst an, dass ein bestimmter Arzt in dem MVZ angestellt werden soll, kann grundsätzlich im Laufe des Verfahrens **die Person des Anzustellenden ausgetauscht** werden.

3. Der **Bestandsschutz eines MVZ** nach § 103 Abs. 4c Satz 4 SGB V entfällt nicht dadurch, dass sich nach dem 31.12.2011 der Gesellschaftszweck seiner Trägergesellschaft ändert (hier: vom Betrieb eines MVZ auf den Betrieb mehrerer MVZ).

4. Dem **Fortführungswillen** eines sich im Nachbesetzungsverfahren bewerbenden Arztes steht es nicht von vornherein entgegen, wenn dieser gemeinsam mit einem am Vertragsarztsitz schon vorhandenen **MVZ eine BAG gründen** will und hierzu Absprachen mit dem MVZ-Träger zur Finanzierung erforderlicher Investitionen getroffen hat. Ob dadurch einer Konzentration von Kapitalgesellschaften Vorschub geleistet wird, kann im Rahmen der Auswahlentscheidung berücksichtigt werden. Ebenso ist bei der Genehmigung der BAG nach § 33 Abs. 3 Ärzte-ZV zu berücksichtigen, ob eine Scheinselbständigkeit des zugelassenen Bewerbers entstände.

Dres. V, U u. G. bildeten über 25 Jahre eine radiologische BAG. Nach dem Tod von Dr. G bewarben sich im Wege des Nachbesetzungsverfahrens der Kl. und die Beigel. zu 6, beide Fachärzte für Radiologie, sowie die Beigel. zu 11 mit einem von ihr betriebenen MVZ. Die Beigel. zu 6 war seit dem 01.09.2006 als Oberärztin in der radiologischen Abteilung des Krankenhauses der Herzzentrum S GmbH und ist seit dem 01.01.2016 im MVZ S tätig. Trägergesellschaft des MVZ S ist die MVZ Management GmbH Ost, deren Alleingesellschafterin wiederum die Herzzentrum S GmbH ist. Alleingesellschafterin der Herzzentrum S GmbH ist die O Kliniken GmbH. Der Zulassungsausschuss ließ die Beigel. zu 6 zu, wofür sich auch die BAG ausgesprochen hatte. SG Dresden, Beschl. v. 21.12.2016 - S 18 KA 398/16 ER - ordnete die sofortige Vollziehung an. Der Bekl. wies die Widersprüche der Mitbewerber zurück. Das MVZ Management GmbH Ost beantragte die Zulassung eines von ihr betriebenen MVZ. Diesem Antrag gab der Zulassungsausschuss statt; zugleich stellte er fest, dass Dres. V u. U auf ihre Zulassung zugunsten einer Anstellung in dem MVZ verzichtet haben. Ferner genehmigte er eine BAG zwischen der Beigel. zu 6 und der MVZ Management GmbH Ost. SG Dresden, Beschl. v. 16.10.2017 - S 11 KA 243/17 ER - ordnete auf Antrag des Kl. die aufschiebende Wirkung der Klage an. Nachdem der Bekl. „angesichts des Beschlusses des [SG] vom 16.10.2017“ im Klageverfahren den Anspruch des Kl. auf Neubescheidung anerkannt hat, hat dieser beantragt, den Bekl. entsprechend dem Teilanerkennnis zu verurteilen, und abgesehen davon an seiner Klage, da eine Ermessensreduzierung auf null vorliege, festgehalten. **SG Dresden**, Gerichtsbes. v. 21.09.2018 - S 11 KA 116/17 - verpflichtet den Bekl. - entsprechend dem Teilanerkennnis - zur Neubescheidung und wies die Klage im Übrigen ab, das **LSG** die Berufung zurück.

## 3. Medizinische Versorgungszentren (MVZ)

a) Umwandlung einer Angestelltenstelle: Keine Auswahlbefugnis des MVZ

LSG Sachsen, Beschluss v. 13.08.2019 - L 1 KA 5/19 B ER

RID 19-04-31

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 95 IXb, 97 IV, 103 IV, IVa, VI 2; SGG § 86b I 1 Nr. 2

**Leitsatz:** Hat sich ein Medizinisches Versorgungszentrum entschieden, eine genehmigte Arztstelle gemäß § 103 Abs. 4a S. 4 i.V.m. § 95 Abs. 9b Halbs. 1 SGB V im Wege einer Nachbesetzung nach § 103 Abs. 4 SGB V in eine Zulassung umzuwandeln, sind im Nachbesetzungsverfahren wie bei jedem anderen Praxisabgeber nur die wirtschaftlichen Interessen gemäß § 103 Abs. 4 S. 8 SGB V zu berücksichtigen.

Die Beigel. zu 8 betreibt ein MVZ. Sie beantragte erfolgreich die Umwandlung von zwei halben Anstellungen in eine Zulassung im Gebiet Haut- und Geschlechtskrankheiten. Die Ast. erhielt die Zulassung für einen etwa 1,5 km entfernten Vertragsarztsitz wegen des längeren Eintrags in die Warteliste unter der Bedingung, dass die Beigel. zu 8 schriftlich gegenüber dem Zulassungsausschuss auf die Zulassung verzichte; die Beigel. zu 7 und Dr. M., die sich beide bereit erklärt hatten, ihren Vertragsarztsitz in den von der Beigel. zu 8 angemieteten Räumen des MVZ zu nehmen, wurden abgelehnt. Die Ast., die Beigel. zu 7 u. 8 sowie Dr. M. legten Widerspruch ein. Der Bekl. ließ die Beigel. zu 7 zu und ordnete die sofortige Vollziehung des Beschlusses an. Entscheidend stellte er auf den Fortführungswillen ab, der auch im Rahmen einer Nachbesetzung umgewandelter Arztanstellungen und vor dem Hintergrund, dass ein Patientenstamm (nach einem Jahr) nicht mehr existiere, relevant bleibe. In analoger Betrachtung des § 103 VI 2 SGB V seien auch die Interessen der Beigel. zu 8 bei der Bewerberauswahl angemessen zu berücksichtigen. Die Fortführung eines Praxissitzes umfasse nicht nur den Patientenstamm, sondern auch die räumlichen und personellen Gegebenheiten. Hiergegen erhob die Ast. Klage (S 25 KA 65/19). *SG Dresden*, Beschl. v. 16.04.2019 - S 25 KA 55/19 ER - RID 19-03-38 stellte die aufschiebende Wirkung der Klage der Ast. gegen den Beschluss des Ag. wieder her und lehnte im Übrigen den Antrag auf vorläufigen Rechtsschutz ab. Die Beigel. zu 8 und der Ag. erklärten den Rechtsstreit in der Hauptsache für erledigt. Das *LSG* legte der beschwerdeführenden Beigel. zu 8 die Kosten des Beschwerdeverfahrens mit Ausnahme der außergerichtlichen Kosten der übrigen Beigeladenen auf.

b) Nachbesetzungsantrag: Frist/Vollständige Antragsunterlagen

**LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 28.08.2019 - L 3 KA 12/18**

**RID 19-04-32**

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

**SGB V §§ 95 II, 103 IVa; GG Art. 12, 14**

**Leitsatz:** 1. Die Rechtsprechung des BSG, dass ein **MVZ** einen **Nachbesetzungsantrag** nach § 103 Abs. 4a S. 3 SGB V nur innerhalb einer Frist von sechs Monaten (bzw.: höchstens einem Jahr) stellen kann, steht mit dem GG in Übereinstimmung.

2. Ein Antrag nach § 103 Abs. 4a S. 3 SGB V ist erst dann in **vollständiger Form** gestellt, wenn ihm alle notwendigen Unterlagen (einschließlich des Anstellungsvertrags) beigefügt worden sind.

*SG Hannover*, Urt. v. 28.02.2018 - S 20 KA 222/16 - verpflichtete den Bekl., der Kl. die Anstellung des Pathologen J. K. für ihren MVZ-Standort F. mit einem Genehmigungsumfang von 11 Wochenstunden (Anrechnungsfaktor 0,5) zu genehmigen. Das *LSG* wies auf Berufung der KV die Klage ab.

#### 4. Zulassungsentziehung

a) Abrechnung (noch) nicht erbrachter Leistungen

**LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 14.11.2018 - L 11 KA 14/16**

**RID 19-04-33**

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

**SGB V § 95 VI**

Verletzt eine Vertragszahnärztin ihre vertragszahnärztlichen Pflichten durch **Abrechnung (noch) nicht erbrachter Leistungen, Unterlassen der Dokumentation** abgerechneter Leistungen und **Beantragung von Leistungen ohne Wissen der Patienten**, dann kann die Zulassung wegen gröblicher Pflichtverletzung entzogen werden.

Allein aus der Tatsache, dass eine im Verhältnis zu anderen Zahnärzten hohe Anzahl an **Planungsgutachten abgelehnt** oder zurückgezogen wurde, lässt sich kein Verstoß gegen die Behandlungsrichtlinie herleiten.

*SG Düsseldorf*, Urt. v. 03.02.2016 - S 2 KA 165/15 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung, *BSG*, Beschl. v. 11.09.2019 - B 6 KA 1/19 B - die Nichtzulassungsbeschwerde zurück.

b) Abrechnungsmanipulationen und Kenntnis der KV

**LSG Hessen, Urteil v. 24.07.2019 - L 4 KA 24/17**

**RID 19-04-34**

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

**SGB V § 95 VI**

Es ist unerheblich, wo die einzelnen **Mitglieder des Berufungsausschusses** ihren **Wohnsitz** haben.

Bei **Rückzahlungen** nach betrügerischem Abrechnungsverhalten handelt es sich lediglich um die Erfüllung einer **Rechtspflicht**, die die jahrelang andauernde Begehung von Straftaten nicht in der Weise aufwiegen kann, dass ein milderes Mittel geboten wäre.

Ob den Verwaltungen im Zusammenhang mit dem Entziehungsverfahren **Versäumnisse** anzulasten sind, etwa wegen zu zögerlicher Bearbeitung, wegen unzureichender Ermittlungen oder bewusster ermittlungstaktischer Rücksichtnahme auf die Strafverfolgungsbehörden, ist für die Frage der **Zumutbarkeit der Fortsetzung der Zusammenarbeit** ohne Bedeutung (ähnlich LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 14.08.2013 - L 7 KA 24/12 - RID 14-01-55, juris Rn. 49, damals im Rahmen der Prüfung des sog. Wohlverhaltens).

**Rechtsgrundlage zur Feststellung der Beendigung einer BAG** ist nicht eine Annexkompetenz zur Ermächtigung zur **Entziehung der Zulassung**, denn die beabsichtigten Rechtswirkungen zielen auf die Aufhebung der Wirkungen der Genehmigung der BAG, da die Genehmigung wegen der Entziehung rechtswidrig geworden ist. Insoweit wäre zu erwägen, dass sich jedenfalls im Verhältnis zu dem Arzt, dem die Zulassung entzogen wurde, der Verwaltungsakt der Genehmigung der BAG durch die Entziehung der Zulassung **erledigt** hat. Folgt man diesem Gedanken nicht, so wäre Rechtsgrundlage der Feststellung § 48 SGB X.

Zum Sachverhalt ausf. RID 17-03-60. Das **Landgericht** verurteilte den Kl. im Mai 2015 wegen gemeinschaftlichen Betruges in 14 Fällen sowie des versuchten gemeinschaftlichen Betruges in 7 Fällen zu einer **Gesamtfreiheitsstrafe von zwei Jahren**, deren Vollstreckung zur Bewährung ausgesetzt wurde. BGH, Beschl. v. 26.04.2016 - 2 StR 357/15 - verwarf die Revision der beiden Ärzte als unbegründet. Die KV beantragte die Zulassungsentziehung. Der Zulassungsausschuss gab dem Antrag statt, der Bekl. wies den Widerspruch im Februar 2017 zurück. **SG Marburg**, Gerichtsbb. v. 24.05.2017 - S 12 KA 137/17 - RID 17-03-60 wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

## 5. Defensive Konkurrentenklage gg. Ermächtigung: Substantiiertes Vortrag zur Rechtsverletzung

**SG München, Beschluss v. 10.10.2019 - S 28 KA 339/19 ER**  
SGB V § 116; SGG § 86a, 86b I 1 Nr. 2

**RID 19-04-35**

Fehlt es an einem substantiierten **Vortrag**, dass die eigenen Erwerbsmöglichkeiten durch eine Ermächtigung eingeschränkt werden (können), dann kann die Ermächtigung nicht zu einer möglichen **Rechtsverletzung** der Ast. führen. Eine Klage- und somit auch eine Antragsbefugnis liegen somit nicht vor.

Die Ast. sind Fachärzte für Orthopädie bzw. für Orthopädie und Unfallchirurgie. Sie betreiben jeweils in E eine Einzelpraxis. Die Beigel. zu 1. ist Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie mit der Zusatzbezeichnung Kinderorthopädie. Sie ist als Oberärztin in den Kliniken in E beschäftigt. Der Zulassungsausschuss ermächtigte sie in E und einem weiteren Tätigkeitsort der Klinik in K. Der Widerspruch der Ast. war erfolglos. Der Ag. ordnete die sofortige Vollziehung an. Das **SG** lehnte die Anträge auf Aufhebung der sofortigen Vollziehung der Ermächtigung der Beigel. zu 1. vom 27.06.2019 und Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung der Anfechtungsklage der Ast. (Az. S 28 KA 334/19) ab.

## VI. Lieferanten von Sprechstundenbedarf/Streitwert

Nach BSG, Urt. v. 11.09.2019 - **B 6 KA 17/18 R** - hat die Kl. als **Herstellerin und Anbieterin eines diagnostischen Verfahrens** - Urin-Proteomanalyse (UPA) zur Klärung einer diabetischen Nephropathie - weder einfachrechtlich noch grundrechtlich einen Anspruch auf **Aufnahme eines von ihr angebotenen Verfahrens in die Richtlinie Methoden Vertragsärztliche Versorgung** (MVV-RL) des bekl. GBA. Über die Anwendung des § 135 I SGB V entscheidet der GBA unter Berücksichtigung der Belange der Versicherten sowie der Leistungserbringer und der Kostenträger; die Klägerin als Herstellerin eines neuen Diagnoseverfahrens ist nach § 135 I SGB V nicht antragsberechtigt. Sie kann deshalb auch nicht verlangen, dass über einen von ihr gestellten Antrag auf Aufnahme in die MVV-RL in der Sache entschieden wird. Die Hilfsanträge sind dagegen zulässig, soweit sie auf eine Erprobung des Verfahrens nach § 137e VII SGB V gerichtet sind. Über solche Anträge entscheidet der GBA durch Bescheid, und einen solchen Bescheid kann der Antragsteller gerichtlich überprüfen lassen. Die Klage bleibt aber ohne Erfolg, weil der bekl. GBA das die UPA betreffende Bewertungsverfahren nach § 135 I SGB V **aussetzen** durfte. Der Beklagte hat auf den Antrag der KBV das Verfahren nach § 135 I SGB V formell eingeleitet, das IQWiG beteiligt und das Verfahren mit Beschl. v. 15.09.2016 ausgesetzt. Das IQWiG hatte keine klaren Nutzenbelege des neuen Verfahrens finden können, aber auf eine groß angelegte Studie (PRIORITY) verwiesen, von der künftig Ergebnisse zu erwarten seien. Daraufhin hat der GBA die UPA in die Anlage III der MVV-RL aufgenommen, in der Methoden aufgeführt werden, deren Bewertung beantragt, das jeweilige Verfahren aber ausgesetzt ist. Dieser Aussetzungsbeschluss für ein Verfahren nach § 135 I SGB V „sperrt“ hier die Durchführung eines Verfahrens nach § 137e



SGB V im Hinblick auf dieselbe Methode. Von der PRIORITY-Studie sind wichtige Erkenntnisse zum Nutzen und zur Aussagekraft der UPA zu erwarten; es erscheint im Hinblick auf die Studienlage, die das IQWiG beschrieben hat, zumindest vertretbar, vor Vorlage der PRIORITY-Studie keine Erprobungsrichtlinie nach § 137e SGB V zu erlassen. Die Klägerin hat keinen Anspruch darauf, dass der Beklagte eine isolierte Feststellung zum „Potenzial“ einer Methode trifft, solange der Erlass einer Erprobungsrichtlinie selbst nicht in Betracht kommt.

Nach BSG, Urt. v. 15.05.2019 - **B 6 KA 57/17 R** - kann aus dem **Grundsatz der Spiegelbildlichkeit** kein Anspruch darauf abgeleitet werden, dass alle Listen, die in die (bekl.) **Vertreterversammlung** gewählt worden sind, auch in den **Ausschüssen** und im **Beirat** vertreten sein müssen. Die Rechte der über die Liste „Ärztinnen und Ärzte pro EHV“ in die VV gewählten Kläger werden dadurch, dass sie nicht in diese beiden Ausschüsse und auch nicht in den o.g. Beirat gewählt worden sind, nicht verletzt. Etwas anderes könnte nur gelten, wenn sie Angehörige einer **Fraktion** wären und wenn die **Satzung der Beigeladenen die Bildung von Fraktionen für die VV vorsehen würde**. Das ist jedoch nicht der Fall. Listen für die Wahl zur VV können Fraktionen innerhalb der VV nicht gleichgestellt werden. Die in der Satzung der Beklagten geregelten Vorgaben zur Zusammensetzung der o.g. Ausschüsse und des Beirats knüpfen weder an eine Fraktions- noch an eine Listenzugehörigkeit an, sondern an die Zugehörigkeit zum hausärztlichen oder fachärztlichen Versorgungsbereich und -bezogen auf den o.g. Beirat - auch an den Status als aktiver Vertragsarzt oder als Bezieher von Leistungen aus der Altersversorgung der Beigeladenen (sog. Erweiterte Honorarverteilung - EHV). Dass diese Gruppen in den Ausschüssen nicht angemessen berücksichtigt worden seien, machen die Kläger nicht geltend und dafür ist auch nichts ersichtlich. Nach BSG, Urt. v. 12.12.2018 - **B 6 KA 52, 54 u. 55/17 R u. B 6 KA 53/17 R** - SozR 4-2500 § 87b Nr. 19- hat die **KV Hessen** im Rahmen der ihr als Normgeber der GEHV zustehenden Gestaltungsfreiheit für einen angemessenen Ausgleich der gegenläufigen Interessen der aktiven und der ehemaligen Vertragsärzte gesorgt. Die rechtlich geschützten **Belange der ehemaligen Vertragsärzte** sind durch die **Neuregelung der GEHV nicht verletzt**. Der **Fehler bei der Beschlussfassung** über die GEHV anlässlich der Sitzung der Vertreterversammlung (VV) führt nicht zur Nichtigkeit der Neufassung der GEHV. Die Ausrichtung der Anpassung der Zahlungen aus der EHV an der Entwicklung der Bezugsgröße für die Sozialversicherung hält sich im Rahmen der der Bekl. zukommenden Gestaltungsfreiheit. Die Bekl. war nicht gehalten, die **Einnahmen der aktiven Vertragsärzte aus Selektivverträgen** zum Anlass einer Erhöhung der Zahlungen aus der EHV zu nehmen. Über den Mechanismus des paritätischen Defizitausgleichs kommt das auch den ehemaligen Vertragsärzten zu Gute. Soweit die Bekl. die Anpassung der Zahlungen aus der EHV weitgehend von den Honorareinnahmen der aktiven Vertragsärzte abkoppelt, ist sie allerdings nicht berechtigt, die Zahlungen aus der EHV auch mit der **Umlage für die ärztliche Weiterbildung** zu belasten. Für den **Abzug der allgemeinen Verwaltungskosten** gilt das nicht; an den Verwaltungskosten müssen sich alle Ärzte beteiligen, die von den Leistungen der KV profitieren. Eine Differenzierung des maßgeblichen Prozentsatzes der Verwaltungskosten je nach tatsächlichem oder vermeintlichem Nutzen der Tätigkeit der KV für den einzelnen Arzt hat der Senat stets abgelehnt. Daran hält er fest.

## 1. Rechtsbeziehung des Lieferanten von Sprechstundenbedarf

**SG Dortmund, Gerichtsbescheid v. 12.09.2019 - S 16 KA 71/19**

**RID 19-04-36**

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

**BGB § 433; Sprechstundenbedarfsvereinbarung**

Zwar mag es sein, dass durch Einlösung eines Rezepts grundsätzlich ein Vertrag zwischen Krankenkasse und Leistungserbringer zustande kommt (LSG Hamburg, Urt. v. 24.02.2011 - L 1 KR 32/08 - juris Rn. 16 f., RID 11-02-182). Dies gilt aber jedenfalls dann nicht, wenn nach der **Sprechstundenbedarfsvereinbarung** der Arzt im eigenen Namen einen Vertrag über die Lieferung von SSB abzuschließen hat und den Rechnungsbetrag anschließend von der Krankenkasse erstattet erhält.

Die Kl. betreibt einen Fachhandel für Arzt- und Klinikbedarf, jedoch keinen Großhandel. Sie begehrt von der bekl. Krankenkasse eine höhere Vergütung für gelieferten Sprechstundenbedarf. Das **SG** wies die Klage ab.

## 2. Keine Erhöhung des Auffangstreitwerts

**SG Marburg, Beschluss v. 31.07.2019 - S 11 KA 68/18 WA**

**RID 19-04-37**

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

**GKG § 52 II**

**Leitsatz:** Der **Auffangstreitwert** des § 52 Abs. 2 GKG ist ein feststehender Pauschalbetrag, den das Gericht nicht nach seinem **Ermessen** herabsetzen oder erhöhen kann. Das gilt auch im Fall einer objektiven Klagehäufung.

Der Kl. hat mit seiner auf Neubescheidung durch die Bekl. gerichteten kombinierten Anfechtungs- und Verpflichtungsklage in der Sache höhere vertragsärztliche Honorare für die vier Quartale des Jahres 2011 geltend gemacht. Streitgegenständlich waren zwei Honorarbescheide der Bekl. und vier Bescheide, mit denen sie über Anträge des Kl. auf Sonderregelungen des jeweiligen quartalsbezogenen RLV entschieden hatte. In welcher Höhe dem Kläger im Erfolgsfall von der Beklagten Nachzahlungen zuerkannt worden wären, ließ sich für die Kammer nach Aktenlage nicht einmal annäherungsweise schätzen. Das **SG** setzte den Streitwert auf 5.000 € fest.

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

### 1. Aufhebung bestandskräftiger EHV-Bescheide

**LSG Hessen, Urteil v. 10.09.2019 - L 4 KA 29/17**

**RID 19-04-38**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

**SGB V § 85 IV; SGB I § 11; SGB X § 44; KVHG § 8; GG Art. 14 I; VO (EG) 883/2004 Art. 3 I lit. d**

**Leitsatz:** Nach § 44 Abs. 1 SGB X besteht kein Anspruch auf Aufhebung und Neufeststellung der Leistungen aus der Erweiterten Honorarverteilung, da diese keine Sozialleistungen im Sinne des § 44 Abs. 1 SGB X darstellen. Die Überprüfung erfolgt allein auf der Grundlage von § 44 Abs. 2 SGB X.

**SG Marburg**, Urt. v. 31.05.2017 - S 12 KA 775/16 - RID 17-03-91 wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

### 2. Aufhebung eines EHV-Bescheids: Unzureichende Berücksichtigung des Versorgungsausgleichs

**SG Marburg, Urteil v. 26.06.2019 - S 12 KA 34/18**

**RID 19-04-39**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

**SGB X § 45**

**Leitsatz:** Werden Regelungen aus dem **Versorgungsausgleich** bei der Festsetzung des EHV-Anspruchssatzes unzureichend berücksichtigt, ist davon auszugehen, dass bei **großen Unterschieden** zur EHV-Anwartschaft vor und nach dem Versorgungsausgleich (hier: bezogen auf den Zeitpunkt für den Versorgungsausgleich 31.12.2010 eine Verminderung der EHV-Anwartschaft von 2.293,48 € bzw. 14,8153 % auf 1.471,54 € bzw. 8,2073 %) der Fehler angesichts der Bedeutung der Alterssicherung erkennbar ist. **Vertrauensschutz** liegt dann nicht vor.

Das **SG** wies die Klage ab.

## VIII. Bundessozialgericht (BSG)

### 1. Honorarverteilung

a) Reduzierung des Versorgungsauftrags: Bemessung der RLV-relevanten Fallzahl

**BSG, Urteil v. 24.10.2018 - B 6 KA 28/17 R**

**RID 19-04-40**

SozR 4-2500 § 87b Nr. 18 = GesR 2019, 98 = KrV 2019, 21 = ZMGR 2019, 23

**Leitsatz:** Die Kassenärztliche Vereinigung darf die auf der Grundlage der Abrechnung eines Arztes im entsprechenden Vorjahresquartal ermittelte **Fallzahl** als Grundlage der Bemessung des **Regelleistungsvolumens** nicht allein deshalb halbieren, weil der Arzt seinen Versorgungsauftrag halbiert hat.

b) Quotierung von Laborleistungen nach Vorgaben der KBV

**BSG, Beschluss v. 11.09.2019 - B 6 KA 3/19 B**

**RID 19-04-41**

juris

**SG Mainz**, Urt. v. 01.06.2016 - S 8 KA 164/14 - NZS 2016, 672, RID 16-03-1 wies die Klage ab, **LSG Rheinland-Pfalz**, Urt. v. 17.01.2019 - L 5 KA 30/16 - die Berufung, das **BSG** die Nichtzulassungsbeschwerde zurück.

**BSG**, Urt. v. 08.08.2018 - B 6 KA 26/17 R - SozR 4-2500 § 87b Nr. 17 (vorgesehen) hat entschieden, dass die Leistungen für **Laboratoriumsuntersuchungen** nach dem Kapitel 32 EBM-Ä einer **Quotierung** zugänglich sind. Der Senat hat dort insb. ausgeführt, dass die Vorgabe einer Quotierung der Vergütung von Laboratoriumsuntersuchungen durch die KBV von der Ermächtigungsgrundlage des § 87b IV 2 SGB V umfasst und rechtmäßig ist (Rn. 12). Wenn der Senat keine vertieften Ausführungen zur diesbezüglichen **Kompetenz der KBV** gemacht hat, beruhte dies darauf, dass insofern keine Zweifel bestehen.

## 2. Sachlich-rechnerische Berichtigung

### a) Zeitbezogene Plausibilitätsprüfung eines Psychotherapeuten

#### **BSG, Urteil v. 24.10.2018 - B 6 KA 42/17 R**

**RID 19-04-42**

BSGE = SozR 4-2500 § 106a Nr. 19 = GesR 2019, 244 = ZMGR 2019, 89

**Leitsatz:** 1. Nur soweit sich die **Plausibilitätsprüfung** auf das gesamte Abrechnungsquartal und nicht auf einzelne Tage bezieht, dürfen die **Prüfzeiten für psychotherapeutische Einzelbehandlungen** mit 70 Minuten höher bemessen werden als die der Bewertung dieser Leistungen zugrunde liegenden Kalkulationszeiten von 60 Minuten.

2. Aus einer **Überschreitung** der von den Bundesmantelvertragspartnern festgelegten Zeitgrenzen für **Tages- oder Quartalszeitprofile** kann auf einen Verstoß gegen das Gebot der persönlichen Leistungserbringung geschlossen werden, wenn keine Gründe erkennbar sind, die die Überschreitung erklären.

#### **Parallelverfahren:**

#### **BSG, Urteil v. 24.10.2018 - B 6 KA 43/17 R**

**RID 19-04-43**

MedR 2019, 598

### b) Leistungsinhalt und Vorgaben einer Qualitätssicherungsvereinbarung

#### **BSG, Urteil v. 16.05.2018 - B 6 KA 16/17 R**

**RID 19-04-44**

SozR 4-5531 Nr. 33076 Nr 1 = USK 2018-51

**Leitsatz:** Der notwendige **Leistungsinhalt** einer Gebührenordnungsposition des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs für die ärztlichen Leistungen bestimmt sich auch nach den normativen Vorgaben der **Bundesmantelvertragspartner** zur Qualitätssicherung (hier: Vereinbarung zur Ultraschalldiagnostik, B-Mode-Verfahren als notwendiger Bestandteil einer Untersuchung der Extremitätenver- und/oder -entsorgenden Gefäße mittels Duplex-Verfahren).

### c) Richtigstellung nach abgelaufener Ausschlussfrist: Rücknahmeermessen

#### **BSG, Urteil v. 24.10.2018 - B 6 KA 34/17 R**

**RID 19-04-45**

BSGE = SozR 4-2500 § 106d Nr. 2 = GesR 2019, 299 = MedR 2019, 685 = KHE 2018/90

**Leitsatz:** 1. **Rechtsgrundlage** für die sachlich-rechnerische Richtigstellung eines vertragsärztlichen Honorarbescheids ist auch nach Ablauf der Ausschlussfrist und bei Vorliegen von Vertrauensausschlussstatbeständen die bereichsspezifische Sondervorschrift des Vertragsarztrechts in **§ 106d SGB V** (§ 106a SGB V a.F.).

2. Die Kassenärztliche Vereinigung muss bei der Entscheidung über die Rücknahme eines rechtswidrigen Honorarbescheids **kein Ermessen** ausüben.

3. Wird ein **Anhörungs-mangel** im Widerspruchsverfahren **geheilt**, ist auch bei einer nachfolgenden **Kostenentscheidung** des Gerichts die Regelung zur Tragung der Aufwendungen des Widerspruchsverfahrens durch die Behörde für den Fall einer unbeachtlichen Verletzung von Verfahrensvorschriften anzuwenden.

## 3. Notdienst: Keine Teilnahmepflicht eines ermächtigten Krankenhausarztes

#### **BSG, Urteil v. 12.12.2018 - B 6 KA 50/17 R**

**RID 19-04-46**

BSGE = SozR 4-2500 § 95 Nr. 35 = PaPfleReQ 2019, 36 = ArztR 2019, 93 = GesR 2019, 248 = ZMGR 2019, 83 = KRS 2019, 184 = MedR 2019, 585 = NZS 2019, 661 = KHE 2018/95

**Leitsatz:** **Ermächtigte Krankenhausärzte** können auf der Grundlage einer allein von der Kassenärztlichen Vereinigung erlassenen Bereitschaftsdienstordnung nicht verpflichtet werden, am **Notdienst** teilzunehmen.

#### 4. Zulassungsentziehung

##### a) Gebundene Entscheidung

###### **BSG, Beschluss v. 11.09.2019 - B 6 KA 10/19 B**

RID 19-04-47

juris

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Bayern*, Urt. v. 28.11.2018 - L 12 KA 127/16 - RID 19-02-43 wird zurückgewiesen.

Bei der **Zulassungsentziehung** handelt es sich nicht um eine Ermessensentscheidung, sondern um eine **gebundene Entscheidung** (BSG, Beschl. v. 27.06.2001 - B 6 KA 5/01 B - juris Rn. 7; ebenso bereits zur Vorgängerregelung in § 368a VI RVO: BSG, Urt. v. 15.04.1986 - 6 RKa 6/85 - BSGE 60, 76 = SozR 2200 § 368a Nr. 15, juris Rn. 9). Selbst bei einem **Begründungsmangel** kann die Entscheidung nicht nach § 42 S. 1 SGB X aufgehoben werden.

##### b) Kein strikter Vorrang einer disziplinarischen Ahndung

###### **BSG, Beschluss v. 11.09.2019 - B 6 KA 14/19 B**

RID 19-04-48

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris = SozR 4

Es besteht **kein strikter Vorrang** einer **disziplinarischen Ahndung** vor der Beantragung der Entziehung der Zulassung (zuletzt BSG, Urt. v. 03.04.2019 - B 6 KA 4/18 R - BSGE <vorgesehen> = SozR 4 <vorgesehen> Rn. 37).

Eine disziplinarische Ahndung macht nur Sinn, wenn davon auszugehen ist, dass sich der Betroffene die Maßnahme zur Warnung dienen lässt und sein Verhalten danach ausrichtet. Angesichts der seit nunmehr über mehr als 20 Jahre immer weiter fortgesetzten, sich immer weiter steigenden **Beleidigungen** durch den Kl. spricht nichts gegen die Einschätzung der KZV, dass der Kl. sein Verhalten ihr gegenüber nicht ändern wolle oder möglicherweise auch nicht ändern könne.

*SG Mainz*, Urt. v. 21.03.2018 - S 2 KA 126/17 - wies die Klage gegen die Zulassungsentziehung ab, *LSG Rheinland-Pfalz*, Urt. v. 04.04.2019 - L 5 KA 24/18 - die Berufung, das *BSG* die Beschwerde gegen die Nichtzulassung der Revision zurück.

#### 5. Vorverfahrenskosten: Ankündigung einer Verrechnung eines Regresses durch Einbuchung

###### **BSG, Entscheidung v. 11.09.2019 - B 6 KA 24/18 B**

RID 19-04-49

juris

SGB V § 106a; SGB X § 31

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Rheinland-Pfalz*, Urt. v. 24.05.2018 - L 5 KA 9/18 - wird zurückgewiesen.

Der Senat hat bereits entschieden, dass die **Mitteilung der Belastung des Honorarkontos** eines Kassenzahnarztes im Einzelfall als Rückforderung bereits gezahlten Honorars und somit als **Verwaltungsakt** anzusehen sein kann (BSG, Urt. v. 20.11.1986 - 6 RKa 14/85 - juris Rn. 10). Entsprechendes gilt für die Festsetzung eines Schadensersatzanspruchs durch Belastung des Honorarkontos (BSG, Urt. v. 10.04.1990 - 6 RKa 11/89 - SozR 3-5555 § 12 Nr. 1 juris Rn. 11). Ebenso kann die Ankündigung einer Belastung des Honorarkontos bei der nächstfolgenden Honorarabrechnung mit einem bestimmten Betrag zugleich die Rückforderung dieses Betrags nach § 50 I SGB X enthalten (BSG, Urt. v. 29.11.2017 - B 6 KA 33/16 R - SozR 4-2500 § 106a Nr. 17 Rn. 15). Die zuletzt genannte Entscheidung legt aber auch nahe, dass die **Aufrechnung** als Maßnahme des „außergerichtlichen Selbsthilfzugriffs“ in der Regel noch nicht mit der bloßen Ankündigung der Einstellung einer bestimmten Forderung in das Honorarkonto, sondern erst mit einer **verbindlichen Mitteilung der in das Honorarkonto tatsächlich eingestellten Buchungsposten** (im Rahmen des nächsten Quartalshonorarbescheids) als außenwirksame Regelung umgesetzt wird (zur Regelung einer Aufrechnung durch Verwaltungsakt s. auch BSG, Beschl. v. 29.08.2011 - B 6 KA 18/11 R - SozR 4-1500 § 86a Nr. 2 Rn. 16).

## B. KRANKENVERSICHERUNGSRECHT

### I. Vertrags(zahn)ärztliche Behandlung

Nach BSG, Urt. v. 18.12.2018 - **B 1 KR 34/17 R** - SozR 4-2500 § 28 Nr. 9 besteht lediglich Anspruch auf (vertrags-)ärztliche Behandlung, nicht aber auf **podologische Behandlung** als vertragsärztlich verordnetes Heilmittel, als Leistungsgegenstand im Rahmen von Modellvorhaben oder zur Schließung einer Versorgungslücke, auch wenn eine podologische Heilpraktikerin die Leistung erbringt. Werden keine Vertragsärzte gefunden, die eine Orthonyxibehandlung erbringen wollen, begründet dies keinen Anspruch auf Verschaffung einer **Behandlung durch einen Nichtarzt**.

#### 1. Geltung des Arztvorbehalts: Nadel-Epilationsbehandlung

**LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 15.08.2019 - L 1 KR 558/16**

**RID 19-04-50**

*Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 62/19 B*

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

**SGB V §§ 15 I, 27 I, 32, 124**

Der in §§ 15 I, 27 I SGB V geregelte **Arztvorbehalt** setzt mit der Bezugnahme auf den Arzt den **approbierten Heilbehandler** voraus. Dieser Arztvorbehalt beinhaltet einen generellen Ausschluss nichtärztlicher Heilbehandler von der selbstständigen und eigenverantwortlichen Behandlung der Versicherten (BSG, Urt. v. 18.12.2018 - B 1 KR 34/17 R - SozR 4-2500 § 28 Nr. 9 Rdnr. 14 – mit Bezugnahme auf BSG, Urt. v. 13.12.2016 - B 1 KR 4/16 R - KrV 2017, 27, juris Rn. 16).

**Hilfsleistungen anderer Personen** können der ärztlichen Behandlung als ärztlich angeordnet und verantwortet nur dann zugerechnet werden, wenn der Arzt bei ihrer Durchführung selbst anleitend, mitwirkend oder beaufsichtigend tätig wird (BSG, Urt. v. 25.07.1979 - 3 RK 45/78 - SozR 2200 § 182 Nr. 48, juris Rn. 20 m.w.N.).

Die Elektro-Epilation ist kein verordnungsfähiges **Heilmittel**.

Ein **Systemversagen** aus dem Umstand, dass die Kl. keine Vertragsärzte findet, welche die Nadelepilation bei ihr erbringen können und wollen, und die Bekl. ihr auch weder leistungsbereite Vertrags- noch Privatärzte benennen kann, begründet keinen Anspruch auf die Verschaffung einer als ärztliche Leistung gebotenen Behandlung durch einen Nichtarzt.

**SG Berlin**, Urt. v. 28.10.2016 - S 71 KR 294/15 - verurteilte die Bekl., die Kosten für eine dauerhafte Entfernung der Barthaare der Kl. im sichtbaren Gesichts- und Halsbereich mittels Nadel-Epilation durch einen nichtärztlichen Leistungserbringer, der eine im Vergleich zu einem ärztlichen Leistungserbringer für die genannte Nadel-Epilationsbehandlung gleichwertige Versorgung hinsichtlich der Qualität und Behandlung, der persönlichen Qualifikation und der technischen Ausstattung gewährleisten kann, zu übernehmen. Das **LSG** wies die Klage ab.

#### 2. Xanthelasmen im Bereich der Augen

**SG Osnabrück, Urteil v. 28.05.2019 - S 42 KR 489/17**

**RID 19-04-51**

juris

**SGB V § 27 I 1**

Mit **Xanthelasmen im Bereich der Augen** liegt **kein regelwidriger Körperzustand** vor. Xanthelasmen sind gutartige Hautveränderungen/Fetteinlagerungen in der Haut der Ober- oder Unterlider, die einer medikamentösen Behandlung nicht zugänglich sind. Eine chirurgische Entfernung ist zwar möglich, stellt aber keine kausale Behandlung dar; die Rückfallwahrscheinlichkeit beträgt grds. 40 bis 60%.

Das **SG** wies die Klage ab.

#### 3. Hormonelle Stimulation, Eizellenentnahme und Kryokonservierung

**LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 06.09.2019 - L 9 KR 130/16**

**RID 19-04-52**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

**SGB V §§ 13 III 1, 27**

Eine Versicherte hat keinen Anspruch auf Erstattung der ihr entstandenen Kosten für **eine hormonelle Stimulation, Eizellenentnahme und Kryokonservierung der befruchteten Eizellen** nach § 27 SGB V a.F. § 27 SGB V a.F. erfasst nur Maßnahmen, die dem einzelnen natürlichen Zeugungsakt

entsprechen und unmittelbar der Befruchtung dienen, nicht aber Kryokonservierung und Lagerung (BSG, Urt. v. 25.05.2000 - B 8 KN 3/99 KR R - BSGE 86, 174 = SozR 3-2500 § 27a Nr. 1).

*SG Cottbus*, Urt. v. 22.01.2016 - S 12 KR 161/13 - verurteilte die Bekl., der Kl. 4.351,48 € zu erstatten, das *LSG* wies die Klage ab.

#### 4. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden: Einsatz eines Bewegungstrainers „Innowalk“

**SG Darmstadt, Urteil v. 24.09.2019 - S 8 KR 116/18**

**RID 19-04-53**

*Rechtskräftig*

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

**SGB V §§ 13 IIIa, 27, 33, 135**

**Leitsatz:** 1. Der Einsatz des **Bewegungstrainers** „Innowalk“ erfolgt vorrangig zur Sicherung des **Erfolgs der Krankenbehandlung** (§ 33 Abs. 1 Satz 1 1. Alt. SGB V).

2. Es handelt sich bei dem Bewegungstrainer um eine **neue Behandlungsmethode**, für die noch keine positive Empfehlung des Gemeinsamen Bundesausschusses vorliegt.

3. Der Bewegungstrainer „Innowalk“ dient nicht dem **Ausgleich einer bestehenden Behinderung**.

4. Die **Ablehnung** eines Leistungsantrags kann auch **mündlich** erfolgen. Sofern diese Ablehnung innerhalb der Fristen des § 13 Abs. 3a SGB V erfolgt, tritt keine **Genehmigungsfiktion** ein.

Das *SG* wies die Klage ab.

## II. Stationäre Behandlung

Nach BSG, Urt. v. 27.08.2019 - **B I KR 37/18 R** - hat der Gesetzgeber mit der Verpflichtung der Krankenkassen, **Versicherte** in angemessener Höhe an den **Behandlungskosten** von Krankheiten zu **beteiligen**, die sie sich aufgrund **medizinisch nicht indizierter ästhetischer Operationen** zugezogen haben, in verhältnismäßiger Weise den **Bereich der Eigenvorsorge** umrissen. Sollten tatsächlich **Frauen** zu einem höheren Prozentsatz als Männer **Schönheitsoperationen** in Anspruch nehmen, beruht dies nicht auf struktureller Benachteiligung. Soweit die Entscheidung Betroffener für ästhetische Operationen auf einem überkommenen Rollenbild aufbaut, gibt die Verfassung keinen Anlass, dieses zu verfestigen. Die Ungleichbehandlung der Kostenbeteiligungsfälle gegenüber bloß abstrakt risikobehaftetem Verhalten ohne Kostenbeteiligung - wie ungesunder Ernährung - ist sachlich gerechtfertigt. Abstrakt risikobehaftetes Verhalten tastet nicht unmittelbar die körperliche Integrität an und ist nur schwer zu erfassen.

### 1. Operative Straffung der Bauchhaut nach Magenband-Op

**LSG Mecklenburg-Vorpommern, Urteil v. 04.07.2019 - L 6 KR 55/15**

**RID 19-04-54**

juris

**SGB V §§ 13 IIIa, 27 I**

**Leitsatz:** Zum Anspruch auf Versorgung mit einer **operativen Straffung der Bauchhaut** im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung.

Auch nach einer vom Krankenversicherungsträger gewährten **Magen-OP** gelten für die Prüfung und Bewertung einer Entstellung **keine modifizierten Maßstäbe**; die körperliche Auffälligkeit muss in einer Ausprägung vorhanden sein, dass sie sich schon bei flüchtiger Begegnung in alltäglichen Situationen, quasi „im Vorbeigehen“ bemerkbar macht und regelmäßig zur Fixierung des Interesses anderer auf den Betroffenen führt (BSG Urt. v. 28.02.2008 - B 1 KR 19/07 R - BSGE 100, 119 = SozR 4-2500 § 27 Nr. 14).

*SG Schwerin*, Urt. v. 30.06.2015 - S 20 KR 328/13 - verurteilte die Bekl., der Kl. eine Abdomino-Plastik zu gewähren, das *LSG* wies die Klage ab.

### 2. Liposuktionen bei Lipödem

**LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 17.09.2019 - L 11 KR 10/17**

**RID 19-04-55**

*Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 72/19 B*

www.sozialgerichtsbarkeit.de

**SGB V §§ 13 III, 27 I, 39, 137c**

Es besteht kein Anspruch auf eine Versorgung mit unter stationären Bedingungen durchzuführenden **Liposuktionen bei Lipödem**.

*SG Düsseldorf*, Urt. v. 01.12.2016 - S 8 KR 148/16 - verurteilte die Bekl., die Kosten einer stationären Liposuktion an Oberschenkel, Unterschenkel und Gesäß zu übernehmen. Im Übrigen wies es die Klage ab. Das *LSG* wies auf die Berufung der Bekl. die Klage ab.

### 3. Vorsorgliche Entfernung des Brustdrüsengewebes bei Krebsangst

**LSG Niedersachsen-Bremen, Beschluss v. 05.09.2019 - L 16 KR 73/19**

RID 19-04-56

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris  
SGB V §§ 12, 27

**Leitsatz:** Keine Kostenübernahme einer vorsorglichen beidseitigen **Entfernung** des **Brustdrüsengewebes** bei **Krebsangst**, wenn ein deutlich erhöhtes Brustkrebsrisiko wegen gehäufter familiärer Erkrankungen oder Genmutation nicht nachgewiesen ist.

*SG Stade*, Urt. v. 28.01.2019 - S 29 KR 160/18 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

### 4. Geschlechtsangleichende Operation nach Anerkennung des neuen Geschlechts

**SG Nürnberg, Urteil v. 08.08.2019 - S 7 KR 37/19**

RID 19-04-57

juris  
SGB V § 27

Mit BVerfG, Beschl. v. 11.01.2011 - 1 BvR 3295/07 - BVerfGE 128, 109 änderte sich der zwingende **Begutachtungszeitpunkt** zu den **Voraussetzungen einer Geschlechtsumwandlung**, da die Personenstandsänderung auch dann durchgeführt werden kann, wenn (noch) keine geschlechtsangleichende Operation stattgefunden hat. Die Entscheidung über die notwendigen Maßnahmen zum Erlangen der „passenden“ Geschlechtsidentität sollten den Betroffenen nämlich gerade nicht mehr vorgeschrieben werden, sondern letztlich sollte der Betroffene selbst entscheiden dürfen, wie sein gefühltes Geschlecht in Einklang mit seinem Körper zu bringen sein soll. Nach einem **feststellenden Beschluss des Amtsgerichts**, dass die Kl. dem weiblichen Geschlecht als zugehörig anzusehen ist, besteht ein Anspruch auf eine geschlechtsangleichende Operation.

Das *SG* verurteilte die Bekl., die Kosten einer geschlechtsangleichenden Operation der Kl. zu übernehmen.

### 5. Kein Anspruch auf Behandlung in Privatklinik

**SG Aachen, Urteil v. 22.10.2019 - S 13 KR 168/19**

RID 19-04-58

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

Für Leistungen in einer **Privatklinik** besteht - abgehen von Notfällen - kein Anspruch auf Kostenerstattung.

Die Kosten für eine **selbstbeschaffte Leistung** sind grundsätzlich nur zu ersetzen, wenn die Krankenkasse die Leistungsgewährung vorher abgelehnt hat.

Das *SG* wies die Klage ab.

### III. Kostenerstattung

Nach BSG, Urt. v. 27.08.2019 - B 1 KR 9/19 R - ist der doppelte Festzuschuss das Höchstmaß dessen, was ein Versicherter beanspruchen kann. **Zahnersatz** kann seiner Art nach zwar der **Genehmigungsfiktion** unterfallen. Das Begehren auf eine die Regelleistung übersteigende Versorgung überschreitet indes Grenzen, die jedem Versicherten geläufig sein müssen. Die Klägerin kann ihr Leistungsbegehren zudem nach Ablauf von sechs Monaten ab Eintritt einer fingerten Bewilligung von Zahnersatz aufgrund eines eingereichten Heil- und Kostenplans auch nicht mehr auf den Eintritt einer Genehmigungsfiktion stützen. Nach BSG, Urt. v. 27.08.2019 - **B 1 KR 14/19 R** - gilt die **Genehmigungsfiktion** nach § 13 IIIa SGB V nach den Regeln des intertemporalen Rechts erst für **ab dem 26.02.2013 gestellte Anträge**. Nach BSG, Urt. v. 27.08.2019 - **B 1 KR 8/19 R** - erfasst die **Genehmigungsfiktion** nach § 13 IIIa SGB V nicht auch medizinische Maßnahmen zur **Herbeiführung einer Schwangerschaft** nach § 27a SGB V nach **Überschreitung der Altersgrenze**. Eine Genehmigung erledigt sich aber jedenfalls mit Vollendung des 40. Lebensjahres der Versicherten. Denn die beantragte Leistung liegt ab diesem Zeitpunkt nach der klaren gesetzlichen Altersgrenze offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs der GKV. Das muss jedem Versicherten klar sein. Nach BSG, Urt. v. 27.08.2019 - **B 1 KR 1/19 R** - setzt die **Fiktion der Genehmigung** einer nicht rechtsmissbräuchlich beantragten Leistung nicht zusätzlich voraus, dass der Ast. darauf vertrauen darf, die Krankenkasse werde den Antrag **ohne weitere Ermittlungen** bewilligen. Nach BSG, Urt. v. 27.08.2019 - **B 1 KR 36/18 R** - gelten die Bearbeitungsfristen des **§ 13 IIIa 1 SGB V** auch bei Versicherten, die ihren Wohnsitz im Ausland haben. Auch bei

einer geplanten Behandlung in einem anderen **Mitgliedstaat der Europäischen Union** bleibt der Antrag grundsätzlich auf eine Versorgung mit der begehrten Behandlung als Naturalleistung gerichtet. Die Frist verlängert sich nicht bei einem Wohnsitz in Großbritannien. Nach BSG, Urt. v. 28.05.2019 - **B 1 KR 32/18 R** - besteht kein Anspruch auf Regelversorgung mit einer **stationären Liposuktion**, weil die Behandlungsmethode nicht den Anforderungen des **Qualitätsgebots** entspricht. Nach Wortlaut, Regelungssystem und -zweck senkt auch die Norm des § 137c III SGB V nicht die Qualitätsanforderungen für den Anspruch auf stationäre Versorgung auf Methoden mit dem bloßen Potential einer Behandlungsalternative, wie der erkennende Senat bereits entschieden hat. Ob ein Naturalleistungsanspruch aus einem Recht auf Teilnahme an dem Erprobungsverfahren nach der am 10.04.2018 in Kraft getretenen **Richtlinie des GBA** zur Erprobung der Liposuktion zur Behandlung des Lipödems besteht, bedarf es der Feststellung, dass die Kl. die Einschluss- und nicht die Ausschlusskriterien erfüllt. Soweit die Zahl der geeigneten Bewerber für eine Teilnahme diejenige der Teilnahmeplätze übersteigt, besteht jedenfalls ein **Anspruch auf ermessensfehlerfreie Berücksichtigung** beim Auswahlverfahren. Das LSG wird die noch gebotenen Feststellungen zu treffen haben.

## 1. Genehmigungsfiktion

### a) Fünf-Wochen-Frist und Stellungnahme des MDK

**SG Mainz, Urteil v. 03.07.2019 - S 3 KR 816/19**

**RID 19-04-59**

juris  
SGB V § 13 IIIa

**Leitsatz:** Die **Fünf-Wochen-Frist** des § 13 Abs. 3a S. 1 Fall 2 wird bereits durch die **Beauftragung des MDK** ausgelöst.

Ob der Krankenkasse zum Zeitpunkt des ablehnenden Bescheides die in Auftrag gegebene **Stellungnahme des MDK vorliegt**, ist für die Frage nach der maßgeblichen Frist unbeachtlich.

Es bedarf keines **Kausalzusammenhangs** zwischen der Stellungnahme des MDK und des ablehnenden Bescheides.

Das **SG** wies die Klage ab.

### b) Schriftform für Fristverlängerung/Off-Label-Use (Botox-Behandlung)

**LSG Sachsen, Urteil v. 02.07.2019 - L 9 KR 424/18**

**RID 19-04-60**

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

**Leitsatz:** 1. Der Wirkstoff **Botulinumtoxin**, der in verschiedenen Fertigarzneimitteln vorhanden ist (z. B. in Botox® von Pharm Allergan, Azzalure® von Galderma, Bocouture® von Merz etc.), ist für die **Behandlung einer Hyperhidrosis palmaris** in Deutschland nicht zugelassen.

2. Die rechtlichen Voraussetzungen für einen **Off-Label-Use** des Arzneimittels Botox® gegen Hyperhidrosis palmaris liegen nicht vor.

3. Für eine wirksame **Verlängerung der Fünf-Wochen-Frist** gemäß 13 Abs. 3a Satz 1 Fall 2 SGB V ist **Schriftform** erforderlich. Die nur telefonische Mitteilung des hinreichenden Grundes und der prognostizierten Dauer der Fristüberschreitung erfüllt nicht die vorgeschriebene Schriftform. Die Nichtbeachtung dieser Form hat die Nichtigkeit der telefonischen Mitteilung, die nach ihrer Wirkung (Frist-, „Verlängerung“) rechtsgeschäftlichen Charakter hat, zur Folge (§ 125 Satz 1 BGB).

4. Die Botox®-Behandlung durfte die Klägerin subjektiv **für geeignet und erforderlich halten**, ohne Einzelheiten zu den Voraussetzungen der arzneimittelrechtlichen Zulassung der Anwendungsgebiete von Botox® wissen zu müssen, weil bisherige Therapieversuche fehlschlugen, der behandelnde Arzt sie fachlich befürwortete und die Krankenkasse selbst medizinisch ermittelte.

**SG Leipzig**, Urt. v. 26.09.2018 - S 3 KR 647/15 - wies die Klage ab, das **LSG** verurteilte die Bekl., der Kl. die Kosten für die Botox®-Behandlung der Hyperhidrosis palmaris in 2016 in Höhe von 443,53 € zu erstatten, und wies im Übrigen die Berufung zurück.

### c) Versorgung mit einer Iluvien-Injektion

**LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 10.07.2019 - L 11 KR 287/17**

**RID 19-04-61**

www.sozialgerichtsbarkeit.de  
SGB V § 13 IIIa

Ein Anspruch auf Versorgung mit einer **Iluvien-Injektion** kann aus § 13 IIIa 6 SGB V folgen. Eine Iluvien-Injektion liegt nicht offensichtlich außerhalb des **Leistungskatalogs der GKV**.



*SG Köln*, Urt. v. 21.03.2017 - S 34 KN 137/16 KR - verurteilte die Bekl., dem Kl. eine zulassungsüberschreitende intravitreale Injektionstherapie mit Iluvien am rechten Auge als Sachleistung zu gewähren, das *LSG* wies die Berufung zurück.

#### d) Subjektive Erforderlichkeit und gerichtlich eingeholte Gutachten

##### **LSG Bayern, Urteil v. 05.06.2019 - L 5 KR 502/16**

RID 19-04-62

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

Gerichtlich eingeholte **Gutachten** haben keinen Einfluss auf die **subjektive Erforderlichkeit** nach § 13 IIIa 7 SGB V. Die Genehmigungsfiktion kann nicht den vom Gesetzgeber gewollten Effekt erzielen, wenn sie in ihren Auswirkungen durch eine - überflüssige und zudem zu diesem Zeitpunkt noch nicht abgeschlossene - gerichtliche Beweisaufnahme ausgehebelt werden könnte.

*SG München*, Urt. v. 01.09.2016 - S 3 KR 590/14 - gab der Klage statt und verurteilte die Bekl. zur Kostenerstattung in Höhe von 4.767,14 € sowie zur Naturalleistungspflicht hinsichtlich der beantragten Operationen von Oberarmen, Brust und Oberschenkeln. Das *LSG* wies die Berufung, *BSG*, Beschl. v. 11.10.2019 - B 1 KR 66/18 B - die Nichtzulassungsbeschwerde zurück.

#### e) Genehmigungsfiktion nach § 18 III 1 SGB IX

##### **SG Frankfurt, Beschluss v. 18.07.2019 - S 6 R 283/19 ER**

RID 19-04-63

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris  
SGB V § 13 IIIa; SGB IX §§ 18 III

§ 18 III 1 SGB IX titulierte parallel zu § 13 IIIa SGB V eine kraft **Fiktion** genehmigte Leistung, die nach § 18 IV SGB IX u.a. zu einem Erstattungsanspruch unter den Einschränkungen des § 18 V SGB IX führt. Des § 18 III 1 SGB IX hätte es nicht bedurft, wenn ausschließlich ein **Erstattungsanspruch** hätte geregelt werden sollen. Denn dann hätte ohne Eintritt einer Fiktion der Erstattungsanspruch in § 18 IV 1 SGB IX derart formulieren werden können, dass der Erstattungsanspruch nach Fristablauf nach § 18 I SGB IX automatisch besteht. Der Gesetzgeber hat zudem § 18 III 1 SGB IX bewusst nach dem Vorbild des § 13 IIIa SGB V eingeführt.

Das *SG* verpflichtete die Ag. vorläufig, der Ast. eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme in dem Kinder-Reha-Zentrum für den Zeitraum 18.09. bis 15.10.2019 zu bewilligen.

## 2. Vorherige Zustimmung zu Krankenhausaufenthalt in der Schweiz

##### **LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 23.07.2019 - L 11 KR 498/19**

RID 19-04-64

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

**Leitsatz:** § 13 Abs. 5 SGB V vollzieht die Rechtsprechung des EuGH nach und verstößt weder gegen die **Freizügigkeit** noch gegen die **Dienstleistungsfreiheit**. Die vorherige Zustimmung der Krankenkasse zu einem **Krankenhausaufenthalt in der Schweiz** ist nicht deshalb entbehrlich, weil sich der Gesundheitszustand der Versicherten erst während des (ohne vorherige Zustimmung begonnenen) Krankenhausaufenthaltes im Ausland verschlechtert.

*SG Freiburg*, Gerichtsbb. v. 31.01.2019 - S 16 KR 4514/17 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

## IV. Hilfsmittel

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

### 1. GPS Uhr mit Alarmfunktion: Grundbedürfnis auf Mobilität

##### **LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 17.09.2019 - L 16 KR 182/18**

RID 19-04-65

Revision anhängig: B 3 KR 15/19 R

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

**SGB V § 33 I**

Ein an **Trisomie 21 (Down Syndrom)** leidender Versicherter mit einer stark ausgeprägten geistigen Behinderung, die mit **Weglaufftendenz** und **Orientierungslosigkeit** einhergeht, hat einen Anspruch auf Versorgung mit einer **GPS Uhr mit Alarmfunktion** für geistig behinderte Menschen mit Weglaufneigung, weil sie zum Ausgleich der Folgen der geistigen Behinderung in dem Sinne erforderlich ist, als sie deren Auswirkungen im täglichen Leben zwar nicht beseitigt, aber jedenfalls abmildert und damit ein Grundbedürfnis des täglichen Lebens eröffnet. Betroffen von den Folgen der geistigen Behinderung ist im Falle des geistig behinderten Klägers das **Grundbedürfnis auf Mobilität**, das ohne die begehrte GPS Uhr mit Alarmfunktion faktisch aufgehoben ist.

*SG Oldenburg*, Gerichtsbb. v. 18.04.2018 - S 63 KR 363/15 - wies die Klage ab, das **LSG** verurteilt die Bekl., die Kosten für eine Guard2me Uhr zu übernehmen.

## 2. Aktivrollstuhl

**LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 18.09.2019 - L 1 KR 288/19 B ER**

**RID 19-04-66**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

**SGB V § 33; SGB XI § 40**

Das angenommene Risiko (zu häufiger) Stürze durch ein Überschlagen bei Unebenheiten stellt eine **zu abstrakte Gefahr** dar, um davon auszugehen, dass der Ast. den begehrten **Aktivrollstuhl** gar nicht sinnvoll nutzen kann. Gerade angesichts des mutmaßlich progredienten Verlaufs seiner Erkrankung ist es geboten, ihm den Aktivrollstuhl samt Wheel-Drive für einen ausreichend langen Zeitraum zur Verfügung zu stellen, da nur so die Alltagstauglichkeit festgestellt werden kann.

*SG Berlin*, Beschl. v. 02.07.2019 - S 89 KR 612/19 ER - lehnte den Antrag ab, das **LSG** verpflichtete die Ag., dem Ast. vorläufig bis zum rechtskräftigen Abschluss des Hauptsacheverfahrens, längstens jedoch bis 18.03.2020 mit einem Aktivrollstuhl Easy Life samt Zusatzantrieb Wheel Drive Restkraftverstärker gem. Kostenvoranschlägen zu versorgen, und wies im Übrigen die Beschwerde zurück.

## 3. Wasserfeste Badeprothese in Modularbauweise anstelle in Schalenbauweise

**LSG Rheinland-Pfalz, Urteil v. 26.09.2018 - L 5 KR 49/18**

**RID 19-04-67**

juris

**SGB V §§ 2 I 1, 12 I, 33 I**

Ein rechtsseitig unterschenkelamputierte Versicherter hat keinen Anspruch auf Versorgung mit einer **wasserfesten Unterschenkelprothese in Modularbauweise** anstelle einer Prothese in **Schalenbauweise**, da wesentliche Gebrauchsvorteile einer Prothese in Modularbauweise nicht feststellbar sind. Zur Verringerung eines möglichen Auftriebs im Wasser kann die Prothese in Schalenbauweise mit sog Flutlöchern ausgestattet werden. Die Prothese in Modularbauweise kann auch im Hinblick auf eine Wechserversorgung nicht begehrt werden.

*SG Trier*, Urt. v. 11.01.2018 - S 1 KR 254/16 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung, **BSG**, Beschl. v. 23.07.2019 - B 3 KR 70/18 B - juris die Nichtzulassungsbeschwerde als unzulässig zurück

## 4. Kostenübernahme für eine Sportprothese: Zulassung von Ausnahmen

**LSG Bayern, Urteil v. 30.04.2019 - L 4 KR 339/18**

**RID 19-04-68**

Revision zugelassen

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

**SGB V § 33 I**

**Leitsatz:** 1. Die Förderung des **Freizeitsports** und des Vereinssports gehört grundsätzlich nicht zu den Aufgaben der Krankenkassen bei der Hilfsmittelversorgung.

2. Ein wesentlicher **Gebrauchsvorteil** und damit ein Anspruch auf Versorgung mit **Sportprothesen** ist aber jedenfalls nicht ausgeschlossen, wenn normale Laufprothesen **keine sportliche Betätigung** ermöglichen, insbesondere wenn im konkreten Einzelfall die Klägerin aufgrund körperlicher Einschränkungen an den oberen und unteren Extremitäten nicht in der Lage ist, eine Sportart (hier außer Dressurreiten ohne Beinprothesen) auszuüben.

3. Der durch das Bundesteilhabegesetz geänderte **Behinderungsbegriff** in § 2 SGB IX gebietet die Zulassung von Ausnahmen von dem Rechtssatz, die Förderung des Freizeitsports und des Vereinssports gehöre nicht zu den Aufgaben der Krankenkassen bei der Hilfsmittelversorgung.

4. Damit ist bei der Prüfung von Ansprüchen nach § 33 SGB V nach aktuellem Recht **individuellen Wünschen** größeres Gewicht beizumessen als nach der früheren Rechtslage, die dem Urteil des BSG vom 21.03.2013 zu Grunde lag.

*SG München*, Urt. v. 12.04.2018 - S 7 KR 306/15 - verurteilte die Bekl., die Kl. mit den beantragten Oberschenkel-Sportprothesen als Sachleistung zu versorgen. Das *LSG* wies die Berufung zurück.

## 5. Patientenlifter für Heimbewohner

**SG Konstanz, Gerichtsbescheid v. 02.04.2019 - S 8 KR 756/18**

**RID 19-04-69**

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

**Leitsatz:** Handelsübliche **Patientenlifter** sind nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung zur Verfügung zu stellen, wenn Versicherte vollstationär in einem **Heim** gepflegt werden. Bei vollstationärer Pflege hat der Träger des Heimes für die im Rahmen des üblichen Pflegebetriebs notwendigen Hilfsmittel, wozu auch handelsübliche Lifter gehören, zu sorgen.

Das *SG* wies die Klage ab.

## 6. Aufhebung der Bewilligung eines Blindenführhunds

**LSG Baden-Württemberg, Beschluss v. 11.07.2019 - L 11 KR 1470/19 ER-B**

**RID 19-04-70**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris  
**SGB V § 33; SGB X § 48**

**Leitsatz:** Die Entscheidung der Krankenkasse, einen Versicherten mit einem Blindenführhund zu versorgen, ist ein Verwaltungsakt mit **Dauerwirkung**. Die Bewilligungsentscheidung kann nach § 48 SGB X mit Wirkung für die Zukunft aufgehoben werden, wenn aufgrund objektiv feststellbarer Tatsachen erhebliche Zweifel bestehen, ob die Eignung des Versicherten zum Führen eines Blindenführhundes noch gegeben ist.

*SG Reutlingen*, Beschl. v. 10.04.2019 - S 10 KR 463/19 ER - stellte die aufschiebende Wirkung des Widerspruchs des Ast. gegen den Bescheid der Ag. v. 08.02.2019 mit der Folge wieder her, dass der Blindenführhund „Z.“ vorläufig, längstens jedoch bis zur Entscheidung des Hauptsacheverfahrens bei dem Ast. verbleiben darf und die Ag. im bisherigen Umfang die mit der Überlassung des Hundes verbundenen Kosten zu erstatten hat. Das *LSG* lehnte den Antrag ab.

## 7. Kontinuierliche interstitielle Glukosemessung

**SG Landshut, Urteil v. 23.01.2019 - S 6 KR 161/18**

**RID 19-04-71**

juris  
**SGB V §§ 33 I, 139**

Bei dem **System Eversense** zur **kontinuierlichen interstitiellen Glukosemessung** mit Realtime-Messgerät (rt-CGM), dessen **Sensor** als wesentliche Teilkomponente nur von Ärzten **implantiert** werden kann, handelt es sich um ein Hilfsmittel gem. § 33 I SGB V. Auch handelt es sich nicht mehr um eine **neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode**, da der GBA mit Beschl. v. 16.06.2016 die Versorgung mit der kontinuierlichen interstitiellen Glukosemessung mit Real-Time-Messgeräten anerkannt hat.

Das *SG* verurteilte die Bekl., den Kl. mit dem Hilfsmittel kontinuierliches Glukosemonitoring-System Eversense nebst dem erforderlichen Zubehör als Sachleistung zu versorgen.

## 8. Hörgeräte

a) Berücksichtigung der Beurteilungskompetenz der gewerblichen Hörgeräteakustiker

**SG Berlin, Urteil v. 31.08.2019 - S 71 KR 945/16**

**RID 19-04-72**

juris  
SGB V §§ 2 I 3, 13 III 1, 33 I 1

Der Umstand, dass die Krankenkassen und anderen Sozialleistungsträger entgegen § 4 SGB IX systematisch und somit letztlich im Rahmen eines **sog. Systemversagens** keine eigenständige Untersuchung und Beratung der Versicherten bei der Hörgeräteauswahl mit dem Ziel eines weitest möglichen Behinderungsausgleichs anbieten, kann die Gerichte nicht von ihrer Verpflichtung entbinden, eine effektive Durchsetzung der Hilfsmittelansprüche der Versicherten zu bewirken. Die **Krankenkassen** haben sich mit der **Bauftragung der gewerblichen Hörgeräteakustiker** von der Erwartung leiten lassen, dies werde jedenfalls im Regelfall zu einer im Rahmen der sog. Festbetragsgeräte optimierten Versorgung führen. An dieser eigenen **Einschätzung** müssen sich die Krankenkassen festhalten lassen, soweit sie nicht im jeweiligen Einzelfall anderweitig verlässliche Feststellungen hinsichtlich des Rehabilitationsbedarfs gewährleisten. Unter Berücksichtigung des aufgezeigten Systemversagens ist diese Zuweisung der erforderlichen Fachkunde und Beurteilungskompetenz an die gewerblichen Hörgeräteakustiker im Rahmen der gebotenen **Gesamtwertung** auch bei der Beurteilung der Frage zu berücksichtigen, ob im Einzelfall eine aufwändigere als eine zum Festbetrag erforderliche Versorgung zum weitest möglichen Ausgleich der Behinderung erforderlich ist (vgl. LSG Hessen, Ur. v. 24.07.2014 - L 8 KR 352/11 - juris, RID 14-04-107).

Das **SG** verurteilte die Bekl., dem Kl. auch die Mehrkosten für die selbst beschafften Hörgeräte ReSound Enya 362 in Höhe von insgesamt 680,00 € zu erstatten.

b) Besseres Sprachverstehen und Messtoleranzen

**LSG Mecklenburg-Vorpommern, Beschluss v. 09.07.2019 - L 6 KR 62/19 B ER**

**RID 19-04-73**

juris  
SGB V §§ 33, 36, 91 I 2 Nr. 6

**Leitsatz:** Ein um 5 Prozentpunkte **besseres Sprachverstehen** im Vergleich zu zuzahlungsfrei angebotenen Hörgeräten bewegt sich innerhalb der **Messtoleranzen** und ist daher nicht geeignet, einen messbaren Gebrauchsvorteil hinreichend zu belegen und einen Anordnungsanspruch glaubhaft zu machen.

**SG Schwerin**, Beschl. v. 14.03.2019 - S 25 KR 188/18 ER - wies den Antrag ab, das **LSG** die Beschwerde zurück.

## 9. Fingerepithese

**SG Mannheim, Urteil v. 04.04.2019 - S 15 KR 3170/17**

**RID 19-04-74**

Berufung anhängig: LSG Baden-Württemberg - L 5 KR 1875/19 -  
juris  
SGB V § 33 I

Eine **Fingerepithese** für den **Zeigefinger** der linken Hand dient weder dem Ausgleich einer Behinderung noch der Sicherung des Erfolgs einer Krankenbehandlung.

Das **SG** wies die Klage ab.

## V. Rehabilitation/Häusliche Krankenpflege/Fahrkosten

Nach BSG, Ur. v. 28.05.2019 - **B 1 KR 4/18 R** - hängt der Anspruch der in der GKV versicherten Kl. auf eine **Mutter-Kind-Maßnahme** in Begleitung ihrer beiden Kinder (ohne eigene medizinische Behandlung; sog. **Begleitkinder**) als stationäre Vorsorgeleistung in einer Einrichtung des Müttergenesungswerks oder einer gleichartigen Einrichtung nicht vom **Versichertenstatus der Kinder** ab. Krankenkassen müssen die Kosten der Begleitkinder auch dann tragen, wenn die Begleitkinder nicht in der GKV versichert sind. Der Zweck der Mitaufnahme der Kinder in die Einrichtung besteht darin, der Mutter die Teilnahme an der stationären Vorsorgemaßnahme zu ermöglichen oder ihr die Entscheidung dafür zumindest zu

erleichtern. Dementsprechend sieht das Gesetz eine Vollfinanzierung der als Rechtsanspruch ausgestalteten Mutter-Kind-Maßnahme vor, ohne nach der Art der Versicherung der Kinder zu unterscheiden. Es muss nur ein Mutter-Kind-Verhältnis bestehen. Nach BSG, Urt. v. 28.05.2019 - **B 1 KR 14/18 R** - hat ein nicht selbst versorgeleistungsbedürftiges GKV-versichertes Pflegekind einer PKV-versicherten Pflegemutter, die Vorsorgeleistungen im Rahmen einer Kur erhält, als **Begleitkind** keinen Anspruch auf **Mutter-Kind-Maßnahme**-Leistungen gegen seine Krankenkasse. Das Recht der GKV gibt nur versicherten Müttern und Vätern einen eigenen Anspruch auf eine Mutter-Kind- bzw. Vater-Kind-Maßnahme als einheitlichen Gesamtanspruch. Die Leistungen für Begleitkinder werden als bloßer Annex zu den medizinischen Vorsorgeleistungen für in der GKV versicherten Mütter und Väter erbracht. Erst recht besteht kein Anspruch des in der GKV versicherten Begleitkinds, wenn - wie hier - die die stationäre Vorsorgemaßnahme in Anspruch nehmende (Pflege-)Mutter nur über das Beihilferecht für Beamte und ergänzend durch eine private Krankenversicherung (PKV) abgesichert ist. Die gesetzliche Regelung ist mit den Grundrechten des Kl. vereinbar. Der Gesetzgeber ist in seinem Gestaltungsspielraum bei der Schaffung und Ausgestaltung von sozialen Rahmenbedingungen für die medizinische Behandlung weitgehend frei. Unterschiedliche Leistungen in der GKV, der PKV und dem Beihilferecht verstoßen nicht gegen den allgemeinen Gleichheitssatz.

## 1. Häusliche Krankenpflege

### a) Medikamentenabgabe während des täglichen Schulbesuchs

**SG Dresden, Beschluss v. 02.07.2019 - S 47 KR 1602/19 ER**

**RID 19-04-75**

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) = juris  
**SGB V § 37 II 1; StGB § 323c**

**Leitsatz:** **Lehrer** und Erzieher, auch an Förderschulen, können nicht zur regelmäßigen **Medikamentenabgabe** verpflichtet werden. Die allgemeine Hilfspflicht in Notfällen kann jedoch auch die Abgabe von Notfallmedikamenten, die nicht der Anwendung durch medizinische Fachkräfte vorbehalten sind, umfassen. Ist Lehrern und Erziehern die Abgabe einer **Bedarfsmedikation nach Absprache** mit den Sorgeberechtigten oder den behandelnden Ärzten zumutbar, besteht kein Anspruch auf häusliche Krankenpflege während des Schulbesuchs allein zur Medikamentenabgabe bei Eintritt eines Notfalls (hier: Zumutbarkeit der Anwendung durch Betreuungspersonen bejaht für ein krampflösendes Medikament zur Anwendung in der Mundhöhle).

Das **SG** lehnte den Antrag auf vorläufigen Rechtsschutz ab.

### b) Kosten für eine selbstbeschaffte Kraft

**SG Kassel, Beschluss v. 29.10.2019 - S 7 KR 31/19 ER**

**RID 19-04-76**

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) = juris  
**SGB V § 37 IV**

Die Möglichkeit, für häusliche Krankenpflege Kostenerstattung nach § 37 IV SGB V zu verlangen, setzt nicht voraus, dass die **selbstbeschaffte Kraft** bestimmte **formale Voraussetzungen** erfüllt, wie für von der Kasse gestellte Pflegekräfte. Sie muss deshalb weder eine bestimmte Ausbildung absolviert noch eine entsprechende Pflege bereits vorher durchgeführt haben. Allerdings wird man zu fordern haben, dass die selbstbeschaffte Kraft die persönliche Eignung für die fachgerechte Pflege des Versicherten mitbringt. Sie muss in der Lage sein, die für die Behandlung des konkreten Krankheitsfalles notwendigen Maßnahmen durchzuführen, sofern sie Behandlungspflege leistet. Für die Leistungen der Grundpflege wird sie zumindest in der Lage sein müssen, durch Pflegemaßnahmen die Krankheit nicht negativ zu beeinflussen und den Grundbedürfnissen des Versicherten gerecht zu werden. Insb. kann die Krankenkasse die Erstattung von Kosten nicht mit der Begründung verweigern, der Versicherte habe sich keinen geeigneten Pflegedienst gesucht, wenn sie selbst die Leistung nicht stellen kann und auf Nachfrage oder bei offensichtlichem Beratungsbedarf ihren Beratungspflichten (§ 14 SGB I) nicht ausreichend nachgekommen ist.

Das **SG** verpflichtete die Ag. vorläufig im Wege der einstweiligen Anordnung, der Ast. für die Zeit v. 22.10.2019 bis 30.11.2019 die Kosten für ihre Versorgung mit häuslicher Krankenpflege (Intensivbehandlungspflege mit Trachealkanüle und spezieller Krankenbeobachtung bis zu max. 24 Stunden täglich) in Höhe von höchstens 38,50 €pro Stunde zu erstatten. Im Übrigen lehnte es den Antrag ab.

## 2. Fahrkosten zur ambulanten Untersuchung im Krankenhaus

SG Nürnberg, Beschluss v. 08.10.2018 - S 5 KR 648/18 ER

RID 19-04-77

juris  
SGB V §§ 60 I 3 u. 4, 92 I 2 Nr. 12; SGG § 86b II

Es besteht kein Anspruch auf Übernahme der **Fahrkosten** für eine Fahrt zur **ambulanten Untersuchung** im Krankenhaus.

## VI. Beziehungen zu Krankenhäusern

Nach BSG, Urt. v. 19.11.2019 - **B I KR 13/19 R** - wird ein nicht zugelassenes Krankenhaus, wenn ein in der GKV versicherter Patient als Notfall aufgenommen wird, für die Dauer der Notfallbehandlung in das öffentlich-rechtliche Naturalleistungssystem der GKV einbezogen und erbringt seine Leistungen nach denselben Grundsätzen, die für zugelassene Krankenhäuser gelten. Diese Rechtsgrundsätze gelten entsprechend auch in Notfällen, in denen Versicherte Anspruch auf **stationäre medizinische Reha** haben, aber **nicht zeitgerecht erhalten**. Dies schließt die unbewusste Regelungslücke in SGB V und SGB IX hinsichtlich stationärer medizinischer Reha im Notfall. Die Kl. handelte als nicht zugelassener Reha-Leistungserbringer im Notfall, da kein zugelassener Leistungserbringer für die unmittelbar im Anschluss an die Krankenhausbehandlung erforderliche Leistung verfügbar war. Der Vergütungsanspruch richtet sich nach den Sätzen für Krankenhausvergütung gegen die Bekl. als Reha-Trägerin. Es kann dem Krankenhaus nicht zugemutet werden, anstelle seiner durch den Versorgungsauftrag bestimmten Leistungsstruktur im Notfall hiervon abweichende spezifische stationäre medizinische Reha-Leistungen anzubieten. Nach BSG, Urt. v. 19.11.2019 - **B I KR 33/18 R** - ist in die Prüfung der Abrechnung auf sachlich-rechnerische Richtigkeit ein nach Beanstandung um eine Wundrandmobilisation **ergänzter und nachgereichter Operationsbericht** einzubeziehen. Anders als bei Ausschlussfristen wie in der später geltenden PrüfvV existiert für den betroffenen Behandlungsfall (hier: 2012) keine gesetzliche oder vertragliche Grundlage, nach der das Krankenhaus im Rechtsstreit über eine weder verjährte noch verwirkte Vergütungsforderung mit tatsächlichem Vorbringen nach Ablauf bestimmter Fristen ausgeschlossen wäre. Nach BSG, Urt. v. 19.11.2019 - **B I KR 6/19 R** - begrenzt das **Wirtschaftlichkeitsgebot** den Vergütungsanspruch eines Krankenhauses. Das Krankenhaus musste bei Behandlung der Versicherten prüfen, ob verschiedene gleich zweckmäßige und notwendige Behandlungsmöglichkeiten bestanden. In Betracht kam hier statt der zwischenzeitlichen Entlassung der Versicherten die **Beurlaubung** oder **ununterbrochene Fortsetzung der stationären Behandlung** bis zum Vorliegen des zeitnah zu erwarteten **histologischen Befundes** und der dann wenige Tage später durchgeführten Operation. Hiergegen sprachen nach dem Gesamtzusammenhang der Feststellungen des LSG keine medizinischen Gründe. Nach BSG, Urt. v. 19.11.2019 - **B I KR 10/19 R** - hat ein Krankenhaus keinen weiteren Vergütungsanspruch auf der Grundlage einer um einen Tag gekürzten Verweildauer aber unter Einbeziehung eines Zusatzentgelts für den Einsatz eines Excimer-Lasers gem. einer **korrigierten Schlussrechnung**, wenn die ursprüngliche Schlussrechnung nicht unschlüssig war und die fehlende Kodierung des Zusatzentgelts für den Einsatz eines Excimer-Lasers auch unter Berücksichtigung der Behandlungsdaten nicht offensichtlich ins Auge sprang. Der weitere Vergütungsanspruch ist **verwirkt**, nachdem die Kl. eine Nachforderung weder im laufenden noch nachfolgenden vollen Haushaltsjahr der Krankenkasse geltend machte. Nach BSG, Urt. v. 08.10.2019 - **B I KR 2/19 R** - ist eine **neue Behandlungsmethode** (Lungenvolumenreduktion mittels Implantation von Coils) nicht erforderlich, wenn sie weder dem bei gesetzestreuer Auslegung zu beachtenden **Qualitätsgebot** genügt noch der Versicherte einen Anspruch hierauf aus **grundrechtsorientierter Leistungsauslegung** hat. **NUB-Vereinbarungen** begründen für solche Fälle keinen Anspruch. Sie regeln lediglich den Preis von Zusatzentgelten für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden für Fälle, in denen irgendein Krankenhausnutzer mit beliebigem rechtlichen Status hierauf Anspruch haben kann. Nach BSG, Urt. v. 08.10.2019 - **B I KR 3/19 R** - fällt eine Vergütung für eine **experimentelle Behandlung** (Stammzelltransplantation <SZT>) an, wenn mit der SZT ein Behandlungsanspruch der Versicherten aus **grundrechtsorientierter Auslegung** des Leistungsrechts erfüllt wird. Hierbei ist eine **kurative Behandlung ausnahmsweise nicht vorrangig**, wenn die **palliative Behandlung** einen zeitlich größeren Überlebensvorteil eröffnet, weil der kurative Behandlungsansatz ein hohes Mortalitätsrisiko aufweist - hier operationsbedingt 30 v.H. nebst einem tödlichen Rückfallrisiko von 35 v.H. - und die vorläufige palliative Behandlung die Erfolgsaussichten der kurativen Behandlung für die Zukunft nicht zunichtemacht. Da das LSG hierzu keine Feststellungen getroffen hat, wird es dies nachzuholen haben. Auch fehlt es an hinreichenden Feststellungen dazu, ob die Versicherte - als weitere vergütungsrechtliche Voraussetzung - wirksam in die SZT **einwilligte**. Die dafür erforderliche **Aufklärung** erforderte, dass der Kl. der Versicherten die palliative Behandlung und deren relativen Überlebensvorteil im Vergleich zur vagen Heilungsaussicht der SZT deutlich vor Augen führte. Hierbei unterliegt der Nachweis gebotener Aufklärung gegenüber Routinefällen gesteigerten Anforderungen. Nach BSG, Urt. v. 08.10.2019 - **B I KR 4/19 R** - fällt eine Vergütung für eine **experimentelle Behandlung** (Fremd-allogene Stammzelltransplantation <STZ>) an, wenn mit der SZT der Behandlungsanspruch der Versicherten aus **grundrechtsorientierter Auslegung** des Leistungsrechts erfüllt wird. Der Senat kann nicht entscheiden, ob die Behandlung hierbei unwirtschaftlich war, weil sie sich weniger eignete als eine Alternative. Ist nach dem Stand der medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnis die eine **Behandlung im Rahmen einer klinischen Studie** geeigneter als die andere und dem Versicherten **faktisch zugänglich**, besteht nur Anspruch auf die geeignetere Behandlung. Das Krankenhaus hat den Versicherten auch über das Erfordernis einer Behandlung im Rahmen einer klinischen Studie und die Möglichkeiten einer Einbeziehung **aufzuklären**, um eine **wirksame Einwilligung** als weitere Vergütungsvoraussetzung zu ermöglichen. Das LSG hat weder Feststellungen zu diesem während des gesamten Verfahrens streitigen Erfordernis noch zur Möglichkeit der Einbeziehung des Versicherten in die CLL3X-Studie noch zu seiner gegebenenfalls gebotenen Aufklärung hierüber getroffen. Nach BSG, Urt. v. 08.10.2019 - **B I KR 35/18 R** - liegt eine **implantierte Brehmprothese** im Sinne des Zusatzkodes **OPS 5-829.k** bereits dann vor, wenn die gelenkbildende Implantatkomponente aus drei metallischen

Einzelbauteilen besteht, von denen ein Einzelbauteil eine Schraube ist, die die mechanische Funktionsfähigkeit der Endoprothese gewährleistet. Auf eine eigenständige modulare Wertigkeit jedes Einzelbauteils kommt es nicht an. Das LSG wird nun die - nach seiner Rechtsauffassung folgerichtig - nicht getroffenen Feststellungen zu den weiteren Anspruchsvoraussetzungen nachzuholen haben.

Nach BSG, Urt. v. 30.07.2019 - **B I KR 31/18 R** - ist eine **Aufrechnungserklärung** unter Berücksichtigung der Anforderungen der Prüfverfahrensvereinbarung (PrüfvV) wirksam, wenn sie insb. „die Leistungsforderungen“, die Vergütungsansprüche des Krankenhausträgers, gegen die sie aufrechnen will, genau i.S.d. § 9 S. 2 PrüfV benennt. Die **genaue Benennung** fordert spezifische Angaben, die Höhe und Identität der betroffenen Forderungen klären. Dem entspricht eine Sammelüberweisung, die sämtliche Vergütungsansprüche mit Entlassdatum, Fall- und Rechnungsnummer sowie dem konkreten Zahlbetrag benennt. Gegen welche der dort aufgeführten Forderungen mit einem Erstattungsanspruch aufgerechnet wird, folgt aus der Auffangregelung des BGB zur Tilgungsreihenfolge. Die PrüfV lässt die entsprechende Anwendung dieser Vorschriften zu. Dies folgt aus Wortlaut, Regelungszweck und Regelungssystem. Die Vertragspartner forderten gerade nicht mit den Worten des BGB, die Forderungen und damit die Tilgungsreihenfolge zu „bestimmen“. Sie wollten nicht den Krankenkassen die Verpflichtung, aber auch das Recht einräumen, die Forderungen, gegen die aufgerechnet werden soll, einseitig und endgültig zu bestimmen. Dies widerspräche auch dem Zweck der PrüfV, ein effizientes, konsensorientiertes Verfahren zu regeln. Nach BSG, Urt. v. 30.07.2019- **B I KR 13/18 R** - ist die Zeit der **Therapie mittels High-Flow-Nasenkanüle (HFNC) nicht als Beatmungszeit** zu kodieren. HFNC ist keine maschinelle Beatmung i.S.d. maßgeblichen Kodierregel DKR 1001h. Diese setzt voraus, dass der Patient intubiert oder tracheotomiert oder bei intensivmedizinischer Versorgung über ein Maskensystem erfolgt, wenn dieses an Stelle der bisher üblichen Intubation oder Tracheotomie eingesetzt wird. Die Therapie mit HFNC erfüllt keine dieser Voraussetzungen. Sie appliziert über die Nasenbrille mit Schläuchen (Nasenkanülen) einen kontinuierlichen Luftstrom in die Nasenlöcher, der in den Nasen-Rachen-Raum geleitet wird. Die Beatmung des Versicherten mittels HFNC wird auch nicht dadurch einer maschinellen Beatmung gleichgestellt, dass nach der Kodierregel „zusätzlich ein Kode aus 8-711 (...) anzugeben“ ist, wenn bei Neugeborenen und Säuglingen eine maschinelle Beatmung erfolgt. Die Beatmung des Versicherten mittels HFNC ist entgegen der Rechtsansicht des LSG auch nicht als Entwöhnung einzubeziehen. Nach BSG, Urt. v. 30.07.2019- **B I KR 11/19 R** - ist die Behandlung mittels **High-Flow-Nasenkanüle** weder eine **maschinelle Beatmung** im Sinne der maßgeblichen Kodierregel (DKR 1001I Version 2017) noch ist sie durch die DKR einer solchen maschinellen Beatmung gleichgestellt. Soweit die Kodierregeln eine „Atemunterstützung mit kontinuierlichem positivem Atemwegsdruck (CPAP)“ bei der Beatmungszeit von Neugeborenen und Säuglingen berücksichtigen, beschränken sie sich auf Codes, die eine Atemunterstützung durch Anwendung von High-Flow-Nasenkanülen nicht einbeziehen. Die Versicherte wurde im fraglichen Zeitraum auch nicht von einem Beatmungsgerät entwöhnt, da überhaupt keine maschinelle Beatmung im Sinne der Kodierregeln erfolgte. Nach BSG, Urt. v. 09.04.2019 - **B I KR 2/18 R** - verstößt es nicht gegen revisibles Recht, dass das LSG die bei der Versicherten vorgenommene Transkatheter-Aortenklappenimplantation (TAVI) **als nicht vom Versorgungsauftrag des Krankenhauses der Kl. umfasst angesehen** hat. Der Feststellungsbescheid weist das Krankenhaus der **ersten Versorgungsstufe** zu. Der Krankenhausplan bestimmt, dass Krankenhäuser der ersten Versorgungsstufe der Grundversorgung dienen. Das LSG hat den Begriff der Grundversorgung dahingehend ausgelegt, dass medizinisch höchst anspruchsvolle und risikoreiche Eingriffe der Herzmedizin, wie die TAVI, aufgrund der hohen Qualitätsvorgaben der Schwerpunktversorgung den höheren Versorgungsstufen vorbehalten ist. Es verbleibt kein Raum für eine eigene Auslegung durch die Revisionsinstanz. Das LSG hat auch nicht das grundgesetzliche Willkürverbot verletzt, sondern Sachgründe für seine Auslegung angeführt. Nach BSG, Urt. v. 09.04.2019 - **B I KR 17/18 R** - verstößt es nicht gegen revisibles Recht, dass das LSG die bei den Versicherten durchgeführte Versorgung mit **Knie-Totalendoprothesen (Knie-TEP)** als vom Versorgungsauftrag des Plankrankenhauses der Klägerin umfasst angesehen hat, da das Krankenhaus u.a. mit der **Fachrichtung „Chirurgie“** im Landeskrankenhausplan aufgenommen ist. Die der Planung zugrunde liegenden Fachrichtungen orientieren sich auch ohne ausdrückliche Verweisung an der WBO für die Ärzte Bayerns in der jeweils im Zeitpunkt der Leistungserbringung gültigen Fassung. Die danach maßgebliche WBO fasst unter dem Gebiet „Chirurgie“ u.a. die Fachgebiete Orthopädie und Unfallchirurgie zusammen. Nach BSG, Urt. v. 09.04.2019 - **B I KR 27/18 R** - handelt es sich bei dem beim Versicherten eingesetzten **Nephrostomiekatheter** um ein **Implantat** im Sinne des ICD-Kodes. Es steht nach den getroffenen tatsächlichen Feststellungen des LSG aber nicht fest, dass der diagnostizierte Harnwegsinfekt „durch“ den Nephrostomiekatheter bedingt war. Das LSG wird die hierzu erforderlichen Feststellungen nachzuholen haben. Nach BSG, Urt. v. 09.04.2019 - **B I KR 5/19 R** - muss eine bekl. **Krankenhausträgerin** der kl. Krankenkasse die Umsatzsteuer für Arzneimittelzubereitungen der klinikumseigenen Apotheke zurückzahlen. Der Kl. steht der Rückzahlungsanspruch aus ergänzender Auslegung des Vertrags zu, soweit die Steueranmeldungen der Bekl. noch nicht formell bestandskräftig oder jedenfalls noch abänderbar waren. Hätten die Vertragsparteien bedacht, dass die Steuerverwaltung auch mit Rückwirkung die USt-Pflicht in der vorliegenden Fallgestaltung verneint, hätten sie vereinbart, dass den vertragschließenden Krankenkassen ein Anspruch auf Rückzahlung zu Unrecht gezahlter Umsatzsteuer zusteht, wenn die Beklagte ihren Erstattungsanspruch gegen das Finanzamt ohne Prozessrisiko durchsetzen kann. So liegt es seit Veröffentlichung des Umsatzsteueranwendungserlasses (20.10.2016). Sind die maßgeblichen Steueranmeldungen nicht mehr abänderbar, beruht der Anspruch auf einem vertraglichen Schadensersatzanspruch. **Die Bekl. wäre jedenfalls spätestens nach dem Urteil des BFH vom 24.9.2014 verpflichtet gewesen, im Vorgriff auf mögliche Reaktionen der Steuerverwaltung innerhalb der noch laufenden Festsetzungsfrist die Abänderung zu beantragen.** Dies wäre ihr angesichts der Kostenfreiheit des Verfahrens zumutbar gewesen. Nach BSG, Urt. v. 09.04.2019 - **B I KR 3/18 R** - war der Senat durch das **Anerkenntnis** der Bekl. nicht an einer Entscheidung durch **begründetes Sachurteil** gehindert. Denn die Kl. hat kein Anerkenntnisurteil beantragt. Der Senat hat auf Antrag der Kl. festgestellt, dass sich der Rechtsstreit betreffend die Krankenhausvergütung dadurch erledigt hat, dass die Bekl. sich den Inhalt der ergänzenden Stellungnahme des gerichtlich bestellten Sachverständigen zur Kodierbarkeit der Nebendiagnosen B95.2! und U80.4! zu eigen gemacht hat. Letztere führen ebenso wie die Nebendiagnose F01.1 zu der Fallpauschale BO2D. Dadurch wurde erstmals eine korrekte und damit die Fälligkeit der Krankenhausvergütung auslösende Rechnung für den streitigen Behandlungsfall erstellt. Dass die Voraussetzungen der Nebendiagnose F01.1 gegeben waren, hat das LSG - für den Senat bindend - nicht festgestellt. Die Klägerin hat in der Berufungsinstanz das Verfahren für erledigt erklärt und - nachdem die Beklagte dem entgegengetreten ist - die Feststellung der Erledigung begehrt. Nach BSG, Urt. v. 18.12.2018 - **B**

*1 KR 40/17 R* - SozR 4-7650 Art. 9 Nr. 1 hat eine **Krankenkasse**, auch ohne Einverständnis des Versicherten, einen **Anspruch auf Einsichtnahme in die Behandlungsunterlagen des Krankenhauses** während des Rechtsstreits über die Abrechnung. Das BSG verwies die Sache zurück, weil es seiner Entscheidung die anspruchserhebliche Feststellung des LSG, der Versicherte sei 281 Stunden beatmet worden, nicht zugrunde legen darf. Das LSG hat sich hierfür auf Behandlungsunterlagen des Beklagten gestützt, ohne der Klägerin die gesetzlich gebotene Einsichtnahme zu gewähren.

## 1. Vergütungsanspruch/Fälligkeit

a) Überprüfung einer spezialfachärztlichen Versorgung

**SG Hamburg, Urteil v. 01.07.2019 - S 46 KR 426/13**

**RID 19-04-78**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris  
**SGB V §§ 87, 116b V 1**

In der sozialgerichtlichen Rechtsprechung ist grundsätzlich anerkannt, dass die **Beweislast** für die Notwendigkeit von Krankenhausbehandlung im Zweifel das Krankenhaus trifft. Nichts anderes kann für die **spezialfachärztliche Versorgung** gelten.

Die Krankenkasse ist berechtigt, zur Überprüfung der spezialfachärztlichen Behandlung den **MDK einzuschalten**. Diese Befugnis ergibt sich aus § 275 I Nr. 1 SGB V.

Das *SG* wies die Klage ab.

b) Vertragskrankenhaus/Faktische Abrechnungspraxis und  
Altvertrag/Vergütungsrückzahlung

**LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 23.07.2019 - L 11 KR 4475/18**

**RID 19-04-79**

*Nichtzulassungsbeschwerde anhängig (gewesen): B 1 KR 57/19 B*  
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris  
**SGB V §§ 108 Nr. 3, 109 I 1, 3, III, 112 II 1 Nr. 1**

**Leitsatz:** 1. Bei einer **Bescheinigung** der nach Landesrecht für die Krankenhausplanung zuständigen Behörde (hier: Regierungspräsidium Freiburg), in der bestätigt wird, dass ein Krankenhaus ein **Vertragskrankenhaus** i.S.d. § 108 Nr. 3 SGB V ist, handelt es sich lediglich um eine **Rechtsmeinung**, der keine statusbegründende Bedeutung zukommt.

2. Eine von den Ersatzkassen geschlossene **Vereinbarung** bzw. eine nicht abgelehnte Bereiterklärung eines Krankenhauses nach § 371 Reichsversicherungsordnung (RVO) ist nicht für alle Krankenkassen im Inland verbindlich.

3. Eine **faktische Abrechnungspraxis** des Krankenhauses mit den Krankenkassen reicht nicht aus, um einen sog. Altvertrag annehmen zu können. Ein Anspruch der Krankenkasse auf Rückzahlung vorbehaltlos gezahlter Vergütungen für die stationäre Behandlung von Versicherten in einem nicht zugelassenen Krankenhaus scheidet i.d.R. aus.

*SG Freiburg*, Urt. v. 05.12.2018 - S 6 KR 2656/17 - wies die Klagen ab und verurteilte die Kl. auf die Widerklage hin, der Bekl. 2.552,62 € nebst Zinsen zu erstatten. Das *LSG* wies die Widerklage der Bekl. ab und im Übrigen die Berufung der Kl. zurück.

c) Neue Behandlungsmethode: Renale Denervation

**SG Fulda, Urteil v. 14.02.2019 - S 4 KR 77/15**

**RID 19-04-80**

*Berufung anhängig: LSG Hessen - L 8 KR 222/19 -*  
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris  
**SGB V §§ 39, 92, 137c**

**Leitsatz:** 1. Die **renale Denervation** genügt ungeachtet der Ergebnisse der so genannten „Simplicity HTN-3 Studie“ den **Qualitätsanforderungen** des § 2 Abs. 1 SGB V; erst recht besitzt sie ausreichendes Potenzial im Sinn des § 137c Abs. 1 SGB V, um im Rahmen von Krankenhausbehandlungen angewendet und vergütungsrelevant kodiert zu werden.

2. Die Anwendung der renalen Denervation entspricht jedenfalls dann dem **Wirtschaftlichkeitsgebot** gem. § 12 Abs. 1 SGB V, wenn in der Person des Versicherten die Bedingungen entsprechend den Vorgaben des Konsenspapiers „Interventionelle renale Sympathikusdenervation zur Behandlung der therapieresistenten Hypertonie“ aus dem Jahr 2011 erfüllt sind.

Das *SG* verurteilte die Bekl., an die Kl. 4.527,91 € nebst zu zahlen, und wies im Übrigen die Klage ab.



d) Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung: Blutbank

**LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 06.08.2019 - L 11 KR 1859/18**

**RID 19-04-81**

*Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 59/19 B*

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

**SGB V §§ 109 IV 3, 301 II; KHEntgG §§ 7 I 1 Nr. 1, 9 I 1 Nr. 1, 11; KHG § 17 b II 1**

**Leitsatz:** Der im OPS-Kode 2016 8-98f\* (Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung) verwendete Begriff der „Blutbank“ ist jedenfalls erfüllt, wenn das Krankenhaus über ein Blutdepot i.S.v. § 11a Transfusionsgesetz (TFG) verfügt.

**SG Ulm**, Urt. v. 05.04.2018 - S 13 KR 1185/17 - verurteilte die Bekl., an die Kl. 5.742,06 € nebst Zinsen zu bezahlen, das **LSG** wies die Berufung zurück.

e) Medizinische Notwendigkeit einer Aachener Aphasiespezialbehandlung

**SG Aachen, Urteil v. 20.08.2019 - S 13 KR 88/19**

**RID 19-04-82**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

**SGB §§ 39, 107**

Die Grenzen zwischen **Krankenhausbehandlung** und **Rehabilitation** verlaufen nicht starr („entweder-oder“), sondern sind fließend und gehen ineinander über bzw. können sich überschneiden. Rehabilitationseinrichtungen dienen der stationären Behandlung der Patienten, um u.a. auch „eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten und Krankheitsbeschwerden zu lindern“ (vgl. § 107 II Nr. 1 Buchst. b) SGB V); genau diesem Ziel dient stationäre Krankenhausbehandlung. Die **akutstationäre Behandlung** umfasst auch die im Einzelfall erforderliche und zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzenden Leistungen zur **Frührehabilitation** (§ 39 I 3 SGB V).

Bei der **Aachener Aphasiebehandlung** handelt es sich um eine Behandlung, die stationär nur in einem Krankenhaus durchgeführt wird und als solche Krankenhausbehandlung i.S.v. § 39 SGB V ist (SG Aachen, Urt. v. 11.01.2011 - S 13 KR 55/10 - RID 11-01-163).

Das **SG** verurteilte die Bekl., der Kl. 12.581,45 € zzzgl. Zinsen zu zahlen.

f) Vollstationäre Behandlung zur Vorbereitung einer Lebendnierentransplantation

**SG Mannheim, Urteil v. 15.05.2019 - S 2 KR 3116/17**

**RID 19-04-83**

*Berufung anhängig: LSG Baden-Württemberg - L 11 KR 2111/19 -*

juris

**SGB V §§ 39, 109; KHEntgG §§ 7, 9; KHG § 17b**

Zur **Vorbereitung der Lebendnierentransplantation** des Antikörper-inkompatiblen Ehemannes kann eine **vollstationäre Behandlung** erforderlich sein.

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

g) Widerlegung einer Mindestmengenprognose für komplexe Eingriffe am  
Organsystem Pankreas

**LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 22.08.2019 - L 1 KR 196/19 B ER**

**RID 19-04-84**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

**SGB V § 136 B IV 6**

Das Gesetz sagt nicht näher, welche **besonderen Umstände** es für geeignet hält, eine aus den Fallzahlen des Vorjahres herrührende **Prognose** (§ 136b IV 4 SGB V) zu **widerlegen**. Aus dem Sinnzusammenhang der Regelung folgt aber, dass es solche Umstände sein müssen, die geeignet sind, die Aussagekraft der im Vorjahr vorliegenden tatsächlichen Gegebenheiten für die Zukunft in Frage zu stellen. Dazu gehören dann insb. seit dem Vorjahr eingetretene tatsächliche Veränderungen bei den Gegebenheiten, welche eine positive Prognose für die Zukunft tragen. Daneben können weitere Umstände zu berücksichtigen sein, welche geeignet sind, die Aussagekraft der bisher bestehenden Verhältnisse für die zukünftige Entwicklung einzuschränken.

Fallen die **Leistungszahlen** eines Krankenhauses seit dem Jahr 2017 deutlich ab, rechtfertigt dies Bedenken an der Aussagekraft der bisherigen Zahlen für die weitere Prognose.

Die Beteiligten streiten im Verfahren des einstweiligen Rechtsschutzes über die Widerlegung einer Mindestmengenprognose für Leistungen in Form komplexer Eingriffe am Organsystem Pankreas. **SG Berlin**, Beschl. v. 10.05.2019 - S 182 KR 322/19 ER - RID 19-03-124 lehnte den Antrag ab, das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

#### h) Prüfverfahren

aa) Frist zur Vorlage der Unterlagen (§ 7 II 3 u. 4 PrüfV 2014) keine Ausschlussvorschrift

**SG Kassel, Urteil v. 04.09.2019 - S 7 KR 772/16**

**RID 19-04-85**

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

**KHG § 17c II**

§ 7 II 3 u. 4 PrüfV 2014 beinhaltet keine materiell-rechtliche **Ausschlussvorschrift** bzw. kein **Leistungsverweigerungsrecht**. Sie bindet somit die Gerichte nicht.

Das **SG** verurteilte die Bekl., an die Kl. 4.398,02 €nebst Zinsen zu zahlen.

bb) Eingeschränkte Prüfung nach Ablauf der Ausschlussfrist

**SG Stuttgart, Gerichtsbescheid v. 23.07.2019 - S 15 KR 6688/18**

**RID 19-04-86**

juris

**SGB V §§ 39, 109 IV 2 u. 3, 112 II 1 Nr. 1, 275 I Nr. 1; KHG § 17b; KHEntgG §§ 7 I 1 Nr. 1, 9 I 1 Nr. 1**

Die Regelung in § 275 Ic 2 SGB V hat zur Folge, dass Krankenkasse und MDK bei einzelfallbezogenen Abrechnungsprüfungen nach **Ablauf der Ausschlussfrist** auf die Daten beschränkt sind, die das Krankenhaus der Krankenkasse im Rahmen seiner Informationsobliegenheiten bei der Krankenhausaufnahme und zur Abrechnung - deren vollständige Erfüllung vorausgesetzt - jeweils zur Verfügung gestellt hat (BSG, Urt. v. 16.05.2012 - B 3 KR 14/11 R - BSGE 111, 58 = SozR 4-2500 § 109 Nr. 24). Diese Begrenzung der Sachverhaltsermittlung wirkt auch im Gerichtsverfahren fort (BSG, aaO. juris Rn. 24). Es besteht ein Beweisverwertungsverbot bzgl. der **Patientenakte** (vgl. BSG, aaO., juris Rn. 30; ebs SG Stuttgart, Gerichtsbes. v. 01.02.2018 - S 18 KR 5146/16 - RID 18-02-136, juris).

Die **Ablehnung** gegenüber dem **Versicherten** berührt nicht den Vergütungsanspruch des Krankenhauses.

Das **SG** verurteilte die Bekl., an die Kl. 7.203,85 €zzgl. Zinsen zu zahlen.

cc) Ausschlussfrist bei verspätetem Zugang der Unterlagen (§ 7 II 6 PrüfV 2016)

**SG Duisburg, Urteil v. 08.10.2019 - S 60 KR 158/18**

**RID 19-04-87**

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

**SGB V § 275 Ic 2; KHG § 17c II**

§ 7 II 6 PrüfV 2016 reduziert im Falle eines nicht fristgerechten Zugangs der Unterlagen den Anspruch des Krankenhauses auf den unstrittigen Rechnungsbetrag und nimmt einen umfassenden **Ausschluss des materiell-rechtlichen Anspruches** auch für das gerichtliche Verfahren an. Es trifft nicht zu, dass die PrüfV nur die Selbstverwaltungsparteien bindet und nur für das MDK-Verfahren gilt.

Es handelt sich nicht um eine materiellrechtliche **Ausschlussfrist** im klassischen Sinne, sondern die Wirkung, die fehlende Berücksichtigungsfähigkeit der Unterlagen im weiteren Verwaltungs- und gerichtlichen Verfahren, entspricht nur einer materiellrechtlichen Ausschlusswirkung.

Entscheidend für die Auslegung des § 7 II 6 PrüfV 2016 als Ausschlussfrist ist der in der **Gesetzesbegründung** zum Ausdruck kommende gesetzgeberische Wille, den Parteien eine stärkere Eigenverantwortung bei ihren Modalitäten der Konfliktlösung einzuräumen und so gerichtliche Auseinandersetzungen zu vermeiden und Bürokratie abzubauen (BT-Drs. 17/13947, S. 38; SG Köln, Urt. v. 04.05.2016 - S 23 KN 108/15 KR - Rn. 38, RID 16-04-150).

Eine solche Auslegung der Vorschrift überschreitet weder die gesetzliche **Ermächtigungsgrundlage** noch schränkt sie untergesetzlich die gerichtliche **Amtsermittlung** nach § 103 SGG unzulässig ein.

Das **SG** wies die Klage ab.

dd) Frist zur Aufrechnung (PrüfvV 2014)/Aufrechnungsverbot (Vertrag NRW)

**SG Dortmund, Urteil v. 03.09.2019 - S 49 KR 2980/17**

**RID 19-04-88**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

**SGB V §§ 69 I 3, 109, 112, 275c; BGB §§ 387 ff.; PrüfvV 2014 § 9; Landesvertrag NRW**

Eine **Aufrechnung** genügt nicht den Anforderungen der PrüfvV 2014, wenn die Krankenkasse dem Krankenhaus ihre abschließende Entscheidung zur Wirtschaftlichkeit der Leistung oder zur Korrektur der Abrechnung unter ausreichender Darlegung der wesentlichen Gründe und den daraus folgenden Erstattungsanspruch nicht fristgerecht innerhalb der Neun-Monats-Frist des § 8 S. 3 PrüfvV 2014 mitteilt.

Nach § 15 IV 2 des ab dem 01.01.1997 in Nordrhein-Westfalen geltenden **Krankenhausbehandlungsvertrags** ist nach systematischer Betrachtung eine Verrechnung nur zulässig bei Beanstandungen rechnerischer Art sowie nach Rücknahme der Kostenzusage oder falls eine Abrechnung auf vom Krankenhaus zu vertretenden unzutreffenden Angaben beruht (Anschluss an LSG Nordrhein-Westfalen, Ur. v. 27.03.2003 - L 5 KR 141/01 - juris Rn. 21, RID 03-03-120; LSG Nordrhein-Westfalen, Ur. v. 03.06.2003 - L 5 KR 205/02 - RID 03-04-111 u. LSG Nordrhein-Westfalen, Ur. v. 24.05.2012 - L 16 KR 8/09 - juris, RID 12-03-153).

Das **SG** verurteilte die Bekl., an die Kl. 2.222,20 € nebst Zinsen zu zahlen.

Nach BSG v. 30.07.2019 - B 1 KR 31/18 R - juris Rn. 26 f. wäre § 15 IV 2 des nordrhein-westfälischen Landesvertrags, sollte er ein Aufrechnungsverbot enthalten, nichtig.

## 2. Vorlage einer Erklärung über die stationäre Behandlungsnotwendigkeit

**SG Dresden, Urteil v. 26.06.2019 - S 25 KR 1284/19**

**RID 19-04-89**

*Berufung anhängig: LSG Sachsen - L 1 KR 238/19 -*

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

**SGB V §§ 12, 39109, 275**

**Leitsatz:** Ein Krankenhaus handelt nicht rechtswidrig, wenn es die Aufnahme gesetzlich Versicherter zu einer geplanten stationären Behandlung, deren Erforderlichkeit zweifelhaft erscheint, von der vorherigen **Anerkennung der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit** auf Antrag des Versicherten durch die Krankenkasse abhängig macht (entgegen LSG Sachsen, Beschl. v. 26.02.2019 - L 9 KR 691/17 B ER - RID 19-02-106).

Das **SG** stellte fest, dass der kl. Krankenhausträger nicht auf Grund entgegenstehender Rechte der Bekl. daran gehindert ist, von Versicherten der Bekl., die zu einer geplanten stationären Schmerzbehandlung in das Krankenhaus der Kl. eingewiesen werden, vor der Aufnahme zur stationären Behandlung eine Erklärung der Bekl. über die Anerkennung der stationären Behandlungsnotwendigkeit zu verlangen.

## 3. Fallpauschalen

### a) Kodierung und Funktion der Hauptdiagnose

**LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 29.08.2019 - L 1 KR 326/18**

**RID 19-04-90**

juris

**SGB V § 109; KHEntgG § 7; KHG § 17b**

Aus D002f DKR 2011 ergibt sich, dass die Funktion der **Hauptdiagnose** ist, die Krankheit zu bezeichnen, die vorrangig während des Aufenthalts des Patienten im Krankenhaus dort behandelt worden ist, und nicht allgemein den Gesundheitszustand des Patienten zu beschreiben. Eine bei einem Versicherten bestehende Gesundheitsstörung kann demnach nicht die zu kodierende Haupterkrankung sein, wenn sie während des Krankenhausaufenthaltes nicht behandelt worden ist.

Der Grundsatz, dass für eine stationäre Behandlung **nur eine Hauptdiagnose** maßgeblich sein kann (LSG Sachsen-Anhalt, Ur. v. 16.11.2016 - L 6 KR 57/13 - RID 17-03-199), gilt dann nicht, wenn durch Verlegung eines Patienten in ein anderes Krankenhaus abrechnungstechnisch ein neuer Behandlungsfall eingetreten ist. In solchen Fällen ist es nach den DKR vielmehr möglich, die allein behandelten Symptome als Hauptdiagnose zu kodieren.

**SG Berlin**, Ur. v. 24.08.2019 - S 221 KR 3657/15 - wies die Klage ab, das **LSG** verurteilte die Bekl. an die Kl. 4.359,02 € nebst Zinsen zu zahlen.

b) Kodierung als Hauptdiagnose auch bei unzureichender Vergütung

**LSG Bayern, Urteil v. 02.07.2019 - L 5 KR 411/17**

**RID 19-04-91**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

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

**Leitsatz:** 1. Das **DRG-Vergütungssystem** ist als ein jährlich weiter zu entwickelndes, „lernendes“ System konzipiert, so dass bei erkannten **Unrichtigkeiten oder Fehlsteuerungen** die Vertragsparteien berufen sind, diese zu beseitigen oder klarzustellen, wenn sie hierfür einen Handlungsbedarf sehen.

2. Diese Änderungen geschehen nur mit Wirkung für die Zukunft, nicht rückwirkend.

*SG Landshut*, Gerichtsbs. v. 03.11.2014 - S 4 KR 369/12 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

c) Mehrfachkodierung: Lokale Exzision und Plastische Rekonstruktion der Mamma

**LSG Sachsen, Urteil v. 02.07.2019 - L 9 KR 66/15**

**RID 19-04-92**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

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

**Leitsatz:** 1. Bei der OPS Version 2010 verstößt die zusätzliche Verschlüsselung des OPS 5-870.0 (**Lokale Exzision der Mamma**) bzw. 5-870.4 (Quadrantenresektion) mit dem OPS 5-886.1 (Plastische Rekonstruktion der Mamma) gegen den Grundsatz der **monokausalen Kodierung**. Es fehlt an einem Hinweis für die Mehrfachkodierung des komplexen Eingriffs.

2. Die **Neufassung des OPS Version 2012** hat die Lücken und Fehlsteuerungen in einem lernenden System beseitigt, indem sie die Codes für die partielle Exzision an der Mamma nach der Art der Defektkorrektur unterteilt (5-870 ff) und neue Codes für die primäre und sekundäre plastische Rekonstruktion der Mamma unterteilt in „ohne“ und „mit“ gewebeverstärkendem Material (5-886 ff), eingeführt hat.

*SG Leipzig*, Ur. v. 13.01.2015 - S 8 KR 233/12 - verurteilte die Bkl., an die Kl. 1.240,63 €nebst Zinsen zu zahlen. Das **LSG** verurteilte die Bkl., an die Kl. einen Betrag in Höhe von 857,34 €nebst Zinsen zu zahlen und wies im Übrigen die Klage ab.

d) Fallzusammenführung

aa) Ausschlussregelung in Fallpauschalenvereinbarung und Wirtschaftlichkeitsgebot

**LSG Sachsen, Urteil v. 13.02.2019 - L 1 KR 315/14**

**RID 19-04-93**

*Revision zugelassen*

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

**SGB V §§ 12 I, 199 IV, 112 II 1 Nr. 1; KHG § 17b**

**Leitsatz:** 1. Wird in der auf der Grundlage von § 17b Abs. 2 KHG, § 9 Abs. 1 KHEntgG abgeschlossenen **Fallpauschalenvereinbarung** (FPV) eine ausdrückliche, auf allgemeinen wirtschaftlichen und medizinischen Erwägungen beruhende Regelung für eine bestimmte Fallgestaltung getroffen (hier: § 2 Abs. 2 S 2 FPV 2010), so kann sich die Krankenkasse im Rahmen der Auffälligkeitsprüfung nicht darauf berufen, dass die Anwendung dieser Regelung im konkreten Einzelfall gegen das **Wirtschaftlichkeitsgebot** verstößt.

2. Nach § 17b Abs. 2 S. 2 KHG haben die Vertragsparteien bei der normenvertraglichen Ausgestaltung des Vergütungssystems Wirtschaftlichkeitserwägungen zu berücksichtigen, die denjenigen des § 12 Abs. 1 SGB V entsprechen.

*SG Leipzig*, Ur. v. 21.10.2014 - S 27 KR 169/13 - verurteilte die Bkl. zur Zahlung von 1.797,74 €nebst Zinsen, das **LSG** verurteilte die Bkl., an die Kl. 1.780,88 €nebst Zinsen zu zahlen und wies im Übrigen die Berufung zurück und die Klage ab.

bb) Fallzusammenführung mit drittem Krankenhausaufenthalt

**LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 23.07.2019 - L 11 KR 4533/18**

**RID 19-04-94**

*Revision anhängig: B 1 KR 22/19 R*

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

**SGB V §§ 109 IV 3, 301 II; KHEntgG §§ 7 I 1 Nr. 1, 9 I 1 Nr. 1, 11; KHG § 17 b II 1**

**Leitsatz:** Bei drei Krankenhausaufenthalten eines Versicherten im selben Krankenhaus innerhalb von 30 Kalendertagen ist eine **Zusammenführung** der Falldaten des ersten und des dritten Krankenhausaufenthaltes nach § 2 Abs. 2 Fallpauschalenvereinbarung 2015 möglich, wenn die Fallpauschalen für diese Behandlungen derselben Hauptdiagnosegruppe angehören (a.A. LSG Bayern, Urt. v. 19.03.2019 - L 20 KR 148/18 - RID 19-02-108).

*SG Karlsruhe*, Gerichtsbb. v. 14.11.2018 - S 9 KR 871/18 - wies die auf Zahlung von 2.071,42 €gerichtete Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

e) Atemunterstützung eines Erwachsenen über das HFNC-System

**LSG Thüringen, Urteil v. 21.05.2019 - L 6 KR 1265/15**

**RID 19-04-95**

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

**SGB V §§ 109 IV 3; KHEntgG §§ 7 I 1 Nr. 1, 9 I 1 Nr. 1 u. 3, 11; KHG § 17 b**

**Leitsatz:** Die **Atemunterstützung** eines erwachsenen Patienten über das HFNC-System stellt keine **maschinelle Beatmung** i.S.d. Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) 2010 1001h dar. Eine Entwöhnung i.S.d. DKR 2010 1001h setzt eine **strukturierte Behandlung** voraus.

*SG Gotha*, Urt. v. 26.06.2015 - S 50 KR 598/13 - verurteilt die Bekl., an die Kl. 22.241,47 €nebst Zinsen zu zahlen. Das *LSG* wies die Klage ab.

f) Berechnung einer maschinellen Beatmungszeit

**SG Aachen, Urteil v. 20.08.2019 - S 13 KR 2/17**

**RID 19-04-96**

*Rechtskräftig*

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

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

Die **Verknüpfung medizinischer Leistungen** mit einem **Entgelt** erfolgt auf Grundlage von Vorgaben des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK). Die dabei zum Einsatz kommenden Regeln (hier Deutsche Kodierrichtlinien 1001) mögen aus kaufmännischer Sicht unangemessen erscheinen, es kann aber nur **Aufgabe eines medizinischen Gutachtens** sein, die zum Zeitpunkt der Leistungserbringung gültigen Regeln der Vergütung auf den Einzelfall herunter zu brechen. Dazu stellen die DRG-Kodierrichtlinien ein geeignetes Werkzeug dar, indem z.B. die Zählweise für Beatmungsstunden festgeschrieben ist.

Die Abrechenbarkeit der DRG A13D setzt u.a. voraus, dass die Patienten mehr als 95 Stunden beatmet werden. Gemeint ist eine **maschinelle Beatmung** („künstliche Beatmung“). Die DKR 1001 definiert maschinelle Beatmung („künstliche Beatmung“) als einen Vorgang, bei dem Gase mittels einer mechanischen Vorrichtung in die Lunge bewegt werden. Es sind nur die reinen Phasen am Beatmungsgerät als Beatmungszeiten zu werten, wenn sich eine Gewöhnung an das Beatmungsgerät oder eine Grenze zwischen Beatmungstherapie und Weaningphase, insb. unter Beachtung der Feststellungen des BSG, Urt. v. 19.12.2017 - B 1 KR 18/17 R - SozR 4-5562 § 9 Nr. 8 nicht erkennen lässt.

Das *SG* wies die Klage ab.

g) Intensivmedizinische Komplexbehandlung: Ständige ärztliche Anwesenheit/Kennntnisstand

**LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 10.07.2019 - L 10 KR 538/15**

**RID 19-04-97**

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

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

Bei der wortgetreuen Anwendung des Codes 8-980 kann von einer **ständigen ärztlichen Anwesenheit** gemäß dem zweiten Mindestmerkmal nicht gesprochen werden, wenn ein Arzt auf der

Intensivstation nicht durchgehend anwesend ist. Soweit in den Auslegungshinweisen des DIMDI der Arzt die Intensivstation auch verlassen kann, wenn er nur innerhalb kürzester Zeit handlungsfähig am Patienten ist, ist zugleich in den Erläuterungen geregelt, dass eine ständige Anwesenheit dann nicht anzunehmen ist, wenn der Arzt neben dem Dienst auf der Intensivstation gleichzeitig an anderer Stelle weitere Aufgaben übernehmen muss, wie etwa, eine Normalstation zu betreuen.

Zudem muss unter Berücksichtigung des ersten Mindestmerkmals die **Kenntnis vom aktuellen Gesundheitszustand** aller Patienten der Intensivstation bei allen Mitgliedern des Teams und damit auch bei dem auf der Intensivstation diensttuenden Arzt gleichzeitig vorliegen. Der Arzt muss wirklich in das Team der Intensivstation eingebunden sein.

*SG Aachen*, Urt. v. 04.08.2015 - S 13 KR 384/14 -RID 15-03-144 wies die Klage der Krankenkasse gegen den Krankenhausträger ab, das *LSG* verurteilt den Bekl., an die Kl. 178.799,66 €nebst Zinsen zu zahlen.

h) Neonatologie: Notfallsituation

**LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 14.02.2019 - L 5 KR 46/17**

**RID 19-04-98**

*Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 36/19 B*

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

**SGB V §§ 2 I 3, 12 I, 27 I, 39 I; KHEntg § 8 I 3**

Eine Vergütung hat nicht nach DRG P62D zu erfolgen, wenn die Behandlung außerhalb des **Versorgungsauftrags** erfolgt, ohne dass eine **Notfallsituation** vorliegt (vgl. § 8 I 3 KHEntgG). In diesen Fällen kann ein Krankenhaus selbst dann keine Vergütung beanspruchen, wenn die Leistung ansonsten ordnungsgemäß erbracht worden ist (BSG, Urt. v. 27.11.2014 - B 3 KR 1/13 R - BSGE 117, 271 = SozR 4-2500 § 108 Nr. 3, Rn. 9).

*SG Düsseldorf*, Urt. v. 30.11.2016 - S 47 KR 196/13 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

i) Multimodale Schmerztherapie: Einsatz approbierter Psychologen erforderlich

**LSG Sachsen, Urteil v. 10.04.2019 - L 1 KR 170/15**

**RID 19-04-99**

*Revision anhängig: B 1 KR 25/19 R*

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

**SGB V §§ 109 IV 3; KHEntg §§ 7 I 1 Nr. 1, 9 I 1 Nr. 1 u. 3, 11; KHG § 17 b**

**Leitsatz:** 1. Ein Krankenhaus darf die **Prozedur „Multimodale Schmerztherapie“** (Nr. 8-918 OPS 2014) nur kodieren, wenn die Behandlung unter **Einbeziehung eines Facharztes** für Psychiatrie, Psychotherapie oder Psychosomatik oder eines Psychologischen Psychotherapeuten durchgeführt wurde. Die Einbeziehung eines **Psychologen** mit der Erlaubnis der Heilkunde auf dem Gebiet der Psychotherapie nach § 1 Abs. 1 HeilprG genügt nicht.

2. Zum **Facharztstandard** im Rahmen der Krankenhausbehandlung.

*SG Dresden*, Gerichtsbb. v. 23.06.2015 - S 18 KR 884/14 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

j) Seelsorgerische Gesprächszeiten als Teil der Gesamtbehandlungszeit

**SG Gelsenkirchen, Urteil v. 07.08.2019 - S 46 KR 70/17**

**RID 19-04-100**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

**SGB V §§ 109 IV 3, 112 II 1 Nr. 1; KHG § 17b; KHEntg § 7 I 1 Nr. 1, 9 I 1 Nr. 1**

Auch die **seelsorgerischen Gesprächszeiten** mit Angehörigen sind bei dem bei OPS 8-982.1, der 6 Stunden **Gesamtbehandlungszeit** pro Woche voraussetzt, zu berücksichtigen.

Das *SG* verurteilte die Bekl., an die Kl. 1.135,04 €zzgl. Zinsen zu zahlen

k) Verständnis des Begriffs „Schock“

**SG Fulda, Urteil v. 02.04.2019 - S 4 KR 39/15**

**RID 19-04-101**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

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

**Leitsatz:** Die Kodierung eines „Schocks“ zur DRG-Bestimmung (etwa T88.2 ICD-10) setzt voraus, dass im Rahmen des stationären Aufenthaltes der Schockindex des Patienten >1 war, also der Puls

größer als der systolischen Blutdruck. Andere Zustände (etwa ein Kollaps) können nur dann als „Schock-Diagnose“ verschlüsselt werden, wenn sie ausdrücklich als Inklusivum im Diagnose-Manual ausgewiesen sind (so zu T88.1 ICD-10).

Das SG wies die Klage ab.

l) Auslegung des Begriffs „akutes Nierenversagen“

**SG Nürnberg, Urteil v. 25.07.2019 - S 7 KR 35/17**

**RID 19-04-102**

juris

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

Die geforderte „wortlautgetreue Auslegung“ des Begriffs „**akutes Nierenversagen**“ muss sich, ausgehend vom allgemeinen Sprachgebrauch, somit vernünftigerweise an den in **medizinischen Fachkreisen** eingebürgerten Begrifflichkeiten orientieren, sofern es solche gibt.

Das SG verurteilte die Bekl., an die Kl. 1370,57 € nebst Zinsen zu zahlen.

m) Partielle Maxillektomie

**LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 06.08.2019 - L 11 KR 2643/17**

**RID 19-04-103**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

**SGB V §§ 109 IV 3, 301 II; KHEntgG §§ 7 I 1 Nr. 1, 9 I 1 Nr. 1, 11; KHG § 17 b II 1**

**Leitsatz:** Wurde im Jahr 2015 neben einer **Nasenseptumkorrektur** (OPS-Kode 5-214.6) und Operationen an der unteren **Nasenschmelze** (OPS-Kode 5-215.2 und 5-215.4) auch eine partielle Maxillektomie (Entfernung des in die Nasenhöhle ragenden Vorsprungs des Kieferknochens) durchgeführt, konnte die **partielle Maxillektomie** ohne Verstoß gegen das Gebot der monokausalen Kodierung mit dem OPS-Kode 5-771.10B verschlüsselt werden.

**SG Karlsruhe**, Urt. 30.05.2017 - S 4 KR 2895/16 - gab der Klage statt, das **LSG** wies die Berufung zurück.

n) „Ortsständiges“ Gewebe

**SG Fulda, Urteil v. 02.04.2019 - S 4 KR 11/15**

**RID 19-04-104**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

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

**Leitsatz:** Nach dem Wortlaut im Hinweis zu OPS 5-784 betreffend die Verfüllung eines Knochendefekts mit „**ortsständigem Gewebe**“ scheidet dessen Kodierung nur dann aus, wenn der zugangsbedingte oder iatrogen geschaffene Knochendefekt derart verfüllt wird, dass das entnommene Gewebe gerade an diejenige Position des Knochens platziert wird, von der es ursprünglich entnommen wurde.

Das SG verurteilte die Bekl., an die Kl. 227,51 € nebst Zinsen zu zahlen, und wies im Übrigen die Klage ab.

o) Strahlentherapie: Festgelegte Dosis/Dosiszeitmuster

**LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 29.08.2019 - L 1 KR 176/18**

**RID 19-04-105**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

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

Nach der OPS 8-522.91 ist weitere Voraussetzung für ein Zielvolumen, dass es mit einer festgelegten Dosis nach einem bestimmten **Dosiszeitmuster bestrahlt** wird. Entgegen dem SG kann aus dieser Bestimmung nicht herausgelesen werden, dass sich die Identität des Zielvolumens in dem Sinne nach der Dosis bestimmt, dass bereits die gleichzeitige Verwendung von unterschiedlich hohen Strahlendosen für verschiedene Körperregionen zwingend zur Annahme mehrerer Fraktionen führt. Die festgelegte Dosis oder das bestimmte Dosiszeitmuster beziehen sich auf das Körpervolumen, das Ziel der Bestrahlung ist. „Eine Dosis“ meint nicht zwingend eine über alle Bereiche identisch hoch bleibende Dosis. Sprachlich kann unter „einer Dosis“ oder einem „bestimmten Dosiszeitmuster“ auch eine einmal festgelegte Bestrahlungsintensität verstanden werden. Eine weitere Dosis liegt dann nicht bereits vor, wenn von Anfang an festgelegt war, dass unterschiedliche Körperregionen in

unterschiedlich hohen Intensitäten bestrahlt werden, sondern wenn nach Durchführung eines ersten Bestrahlungsvorgangs die Dosis oder das Dosiszeitmuster wieder geändert werden.

*SG Berlin*, Urt. v. 10.04.2018 - S 198 KR 1779/16 - verurteilte die Bekl. zur Zahlung von 9.823,45 € Das *LSG* wies die Klage ab. Im Nichtzulassungsbeschwerdeverfahren vor dem BSG - B 6 KA 66/19 B - nahm die Kl. ihre Klage zurück.

#### 4. Keine Erstattung einer Aufwandspauschale aus dem Jahre 2012: Treu und Glauben

**LSG Bayern, Urteil v. 28.03.2019 - L 4 KR 427/17**

**RID 19-04-106**

*Revision zugelassen*

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

**SGB V §§ 69 I, 275 I c; BGB § 242**

**Leitsatz:** 1. Bezog sich der dem MDK erteilte Prüfauftrag auf die sachlich-rechnerische Richtigkeit der Abrechnung, ist eine im Jahre **2012 geleistete Aufwandspauschale** ohne Rechtsgrund an den Krankenhausträger geleistet worden. Dem steht auch **kein schützenswertes Vertrauen** auf den Fortbestand älterer Rechtsprechung des Bundessozialgerichts entgegen.

2. Die Geltendmachung eines öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruchs auf Rückzahlung der vorbehaltlos bezahlten Aufwandspauschale ist jedoch vorliegend nach dem Rechtsgedanken von **Treu und Glauben** (§ 242 BGB) ausgeschlossen.

*SG Augsburg*, Urt. 22.05.2017 - S 10 KR 741/16 - wies die Klage der Krankenkasse ab, das *LSG* die Berufung zurück.

#### Parallelverfahren:

**LSG Bayern, Urteil v. 28.03.2019 - L 4 KR 8/18**

**RID 19-04-107**

*Revision anhängig: B 1 KR 24/19 R*

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

**LSG Bayern, Urteil v. 28.03.2019 - L 4 KR 6/18**

**RID 19-04-108**

*Revision anhängig: B 1 KR 23/19 R*

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

#### 5. Einstweiliger Rechtsschutz: Mindestmengenregelung

**LSG Bayern, Beschluss v. 25.07.2019 - L 4 KR 117/19 B ER**

**RID 19-04-109**

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

**SGB V § 136 IV**

**Leitsatz:** 1. Ein Krankenhausträger kann in einem Verfahren des **einstweiligen Rechtsschutzes** nicht die Feststellung erreichen, dass er im Fall einer **künftigen rechtskräftigen Abweisung einer Klage** gegen eine Entscheidung nach § 136b Abs. 4 Satz 6 SGB V von den Krankenkassen geleistete Vergütungen für entsprechende Leistungen, die vor Abschluss des Klageverfahrens erbracht wurden, nicht zu erstatten hat. Die Frage, ob die aufschiebende Wirkung einer solchen Klage rückwirkend oder nur ex nunc entfällt, ist zu klären, wenn Krankenkassen derartige Erstattungsansprüche tatsächlich geltend machen.

2. Ein **Feststellungsantrag** ist im Verfahren des einstweiligen Rechtsschutzes nicht statthaft.

3. **Vorbeugender Rechtsschutz** kann in zulässiger Weise nur in Anspruch genommen werden, wenn hierfür ein besonderes oder **qualifiziertes Rechtsschutzbedürfnis** besteht. Ein qualifiziertes Rechtsschutzbedürfnis für vorbeugenden Rechtsschutz besteht nur, wenn die Verweisung auf nachträglichen Rechtsschutz – einschließlich des vorläufigen Rechtsschutzes – unzumutbar ist. Dies gilt in besonderem Maße für das Begehren nach vorläufigem vorbeugenden Rechtsschutz.

Die Ast., Trägerin einer chirurgischen Klinik mit insgesamt 170 Planbetten der Fachrichtung Chirurgie, beehrte im Rahmen eines einstweiligen Rechtsschutzverfahrens die Feststellung, dass sie im Kalenderjahr 2019 bis längstens zur rechtskräftigen Entscheidung in der Hauptsache berechtigt sei, bei Versicherten der Krankenkassen der Ag. gegen Vergütung Leistungen aus dem Leistungsbereich „Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas“ gem. der Mindestmengenregelung des GBA zu erbringen. *SG München*, Beschl. v. 18.02.2019 - S 44 KR 4442/18 ER - lehnte den Antrag auf einstweiligen Rechtsschutz ab, das *LSG* wies die Beschwerde zurück.



## VII. Beziehungen zu Leistungserbringern und Arzneimittelherstellern

Nach BSG, Urt. v. 28.03.2019 - **B 3 KR 13/17 R** - SozR 4-2500 § 139 Nr. 10 besteht kein Anspruch auf Aufnahme der SofTec® Genu **Orthese** in die Produktart 23.04.03.3 des **Hilfsmittelverzeichnisses** und kein Anspruch auf Aufnahme in eine neu zu schaffende Produktart. Der bekl. GKV-Spitzenverband hat eine weite Gestaltungsfreiheit hinsichtlich der systematischen Struktur des Hilfsmittelverzeichnisses, die auch Einzelfragen der Systematisierung erfasst. Obwohl § 139 SGB V die Einbeziehung von Indikationen in die Struktur des Hilfsmittelverzeichnisses vorsieht, dürfen dafür auch andere Gesichtspunkte oder materialbezogene Kriterien verwendet werden (z.B. Konstruktionsmerkmale, Anwendungsgebiete nach Körperregionen). Hinsichtlich der verfahrensgegenständlichen Produktarten 23.04.03.2 („Knieführungsothesen mit 4-Punkt-Prinzip und Extensions-/Flexionsbegrenzung“) und 23.04.03.3 („Rahmenorthesen zur Führung und Stabilisierung des Kniegelenks mit Extensions-/Flexionsbegrenzung“) beruht die **Systematik des Hilfsmittelverzeichnisses** auf einer **Kombination aus indikations- und konstruktionsbezogenen Merkmalen**. Das Hilfsmittel der Kl. erfüllt sämtliche Voraussetzungen für die Listung in der Produktart 23.04.03.2. Zugleich mangelt es nach den bindenden Feststellungen des LSG **wegen der fehlenden selbsttragenden Rahmenkonstruktion an einer wesentlichen Voraussetzung für die Zuordnung zur Produktart 23.04.03.3**. Nach den Feststellungen des LSG konnte zudem nicht nachgewiesen werden, dass die Orthese für den Einsatz bei den in der Produktart 23.04.03.3 beispielhaft aufgeführten schwereren Indikationen („schwer oder komplex instabiles Kniegelenk“; „funktionelle prä- oder postoperative Versorgung von Bandrupturen“) geeignet ist. Ein Anspruch auf Schaffung einer neuen Produktart und Aufnahme der Orthese SofTec® Genu in diese scheidet schon deshalb aus, weil das Hilfsmittel systemgerecht in die Produktart 23.04.03.2 eingruppiert werden kann. Nach BSG, Urt. v. 28.03.2019 - **B 3 KR 2/18 R** - erschöpfte sich der Gegenstand des Rechtsstreits hier nicht nur in einer reinen **Anfechtungsklage** gegen den vom LSG allein aufgehobenen **Schiedsspruch** der bekl. Schiedsstelle (= zweite Stufe nach § 130b IV SGB V betreffend die Erstattungsbetrag-Festlegung nach einer Nutzenbewertung). Klagegegenstand war nach dem Klagebegehren und den Entscheidungsgründen des LSG zufolge in erster Linie der dem Schiedsspruch zugrunde liegende **GBA-Beschluss als Normsetzungsakt** (= erste Stufe der Nutzenbewertung, vgl § 35a III 6 i.V.m. § 91 VI SGB V, § 7 IV AMNutzenV). Insofern hätte das LSG aus Gründen des effektiven Rechtsschutzes **auf eine zusätzliche Feststellungsklage hinwirken müssen**, da der Beschluss des GBA mit der bloßen Anfechtungsklage gegen den Schiedsspruch keiner Korrektur unterzogen werden konnte. Das LSG hat überdies schon im Ausgangspunkt der Überprüfung des Nutzenbewertungsbeschlusses einen **unzutreffenden Maßstab gewählt** und diesen seiner Einschätzung, dass dem GBA - auf den Schiedsspruch durchschlagende - Begründungsdefizite anzulasten seien, zugrunde gelegt. Hinsichtlich des GBA-Beschlusses waren insb. die Regelungen in § 5 I 1 AM-NutzenV i.V.m. § 35a I 3 SGB V in den Blick zu nehmen, wonach es **allein dem pharmazeutischen Unternehmer obliegt, in seinem Dossier nach § 4 AM-NutzenV den Zusatznutzen und die Kosten für die GKV nachzuweisen**; diese Nachweispflicht schließt auch Angaben zum Punkt „medizinischer Zusatznutzen im Verhältnis zur zweckmäßigen Vergleichstherapie“ ein. Den **GBA trifft insoweit keine Amtsermittlungspflicht** (vgl § 35a I 3 Nr. 3 und Nr. 5 i.V.m. I 2 SGB V, § 5 I 2, § 4 VIII AM-NutzenV). In solchen Fällen einer Beibringungspflicht des Ast. bestehen gleichermaßen **keine Amtsermittlungspflichten des Gerichts** nach § 103 SGG. Daraus folgt, dass das LSG keine eigenen Erwägungen und Bewertungen zu vermeintlich vom GBA verletzten „Begründungspflichten“ anstellen durfte, die über dasjenige an Beweismitteln hinausgehen, was die Kl. als pharmazeutischer Unternehmer selbst in den Dossiers nach § 4 AM-NutzenV vorgebracht hatte. Darüber hinaus ist die frühe Bewertung des Zusatznutzens nach § 35a SGB V i.V.m. § 4 VIII 3 AM-NutzenV, der bezüglich der jeweiligen Behandlung nur auf die „direkten Kosten für die GKV über einen bestimmten Zeitraum“ abstellt, von der vergleichenden Kosten-Nutzen-Bewertung nach § 35b SGB V zu trennen. Die Sache war zurückzuverweisen, auch weil der Kl. die Chance eingeräumt werden muss, sich in ihrem Vorbringen auf den vom Senat aufgezeigten Prüfmaßstab einzustellen, gerade wenn das LSG nach § 29 IV Nr. 3 SGG als einzige Tatsacheninstanz entscheidet. BSG, Urt. v. 18.12.2018 - **B 1 KR 11/18 R** - SozR 4-2500 § 137e Nr. 2 verwies die Sache zurück. Es kann mangels ausreichender Feststellungen des LSG nicht abschließend darüber entscheiden, ob die Kl. Anspruch auf Neubescheidung ihres Antrags auf Erlass einer Richtlinie zur Erprobung des DiaPat®-CC Tests haben. Der bekl. GBA legte zwar seiner Entscheidung einen zutreffenden **Potenzialbegriff** zugrunde. Eine Methode hat **Potenzial**, wenn sie aufgrund ihres Wirkprinzips und der bisher vorliegenden Erkenntnisse mit der Erwartung verbunden ist, dass sie eine effektivere Behandlung ermöglichen kann. Erforderlich ist ferner, dass die präsenten Erkenntnisse die Konzeption einer einzigen Erprobungsstudie mit grundsätzlich randomisiertem, kontrolliertem Design erlauben, um abschließend die bestehende Evidenzlücke zu füllen. Anders als das LSG meint, genügt es nicht, wenn es für die Klärung der noch offenen Fragen mehrerer **Studien bedarf**. Der Bekl. musste aber bei den Kl. nachfragen, ob sie ihren Antrag noch mit wissenschaftlichen Erkenntnissen dazu untermauern können, wie sie die krankheitsspezifischen Referenzmuster für die Annahme der betroffenen Diagnosen erstellen. Dies ist in der Tatsacheninstanz nachzuholen. Die Kl. haben sich hierzu bereit erklärt. Es kommt in Betracht, dass sich auf dieser Grundlage insgesamt ein hinreichendes Potenzial ergibt.

### 1. Hörgeräteakustiker: Unterlassen einer Versorgungsanzeige

**LSG Rheinland-Pfalz, Urteil v. 27.06.2019 - L 5 KR 55/18**

**RID 19-04-110**

*Revision anhängig: B 3 KR 8/19 R*

juris

**SGB V § 127**

Ein **Hörgeräteakustiker** hat gegenüber der Krankenkasse keinen Anspruch auf Vergütung für die Versorgung eines Versicherten mit Hörgeräten, wenn nach Auslegung des auf Grundlage des § 127 SGB V abgeschlossenen **Versorgungsvertrags** eine **Versorgungsanzeige** vor Beginn des Anpassungsprozesses erforderlich ist und diese unterblieben ist.

**SG Koblenz**, Urt. v. 05.02.2018 - S 13 KR 73/17 - verurteilte die Bekl., an den Kl. 1.594 € zzzgl. Zinsen zu zahlen, das **LSG** wies die Klage ab.

## 2. Logopäden: Keine Vergütung bei fehlender Zulassung der Praxisräume

LSG Bayern, Urteil v. 10.07.2019 - L 5 KR 675/16

RID 19-04-111

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 2 I, IV, 12 I, 70 I 2; GG Art. 12

**Leitsatz:** Die in Art. 12 GG geschützte **Berufsausübungsfreiheit** ist nicht verletzt, wenn ein Leistungserbringer der gesetzlichen Krankenversicherung für **Leistungen außerhalb** seiner erteilten **Zulassung** und seines Versorgungsauftrags keine Vergütung erhält.

Streitig ist die Erstattung der Vergütung von Leistungen der Stimm-, Sprach- und Sprechtherapie im Zeitraum vom 12.10.2010 - 31.12.2011 in Höhe von 9.405,87 € *SG München*, Gerichtsbb. v. 14.12.2016 - S 44 KR 1902/15 - verurteilt auf Klage der Krankenkasse die bekl. Logopädin zur Kostenerstattung in Höhe von 9.405,87 € zzgl. Zinsen. Das *LSG* wies die Berufung zurück, *BSG*, Beschl. v. 11.07.2019 - B 3 KR 62/18 B - juris verwarf die Nichtzulassungsbeschwerde als unzulässig.

## VIII. Gesundheitskarte/Innovationsfonds/MDK/Kostentragung

Nach BSG, Urt. v. 08.10.2019 - *B I A 2/19 R* - hat die **Jahresrechnung einer Krankenkasse (KK)** ein den tatsächlichen Verhältnissen entsprechendes Bild der Vermögens-, Finanz- und Ertragslage der KK zu vermitteln. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass KKn ihre Ausgaben nicht durch die Ansammlung von Deckungskapital, sondern im Wesentlichen durch **Umlagen** nach dem allgemeinen Beitragssatz und ggf. dem Zusatzbeitrag finanzieren. Er ist so zu bemessen, dass die Einnahmen hieraus zusammen mit den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds und den sonstigen Einnahmen die im Haushaltsjahr voraussichtlich zu leistenden Ausgaben und die vorgeschriebene Höhe der Rücklage decken. Die KK darf ihre Mittel jahresbezogen als Betriebsmittel und für Rücklagen sowie lediglich im Übrigen für das Verwaltungsvermögen verwenden. **Rückstellungen aufgrund ungewisser Verpflichtungen** oder für einen nach dem Haushaltsjahr liegenden **künftigen Zeitraum** bedürfen einer besonders geregelten Rechtfertigung. Die Rechtsnormen für die Rechnungslegung der KKn regeln eine Verpflichtung zu Rückstellungen ausdrücklich nur für Altersvorsorgeverpflichtungen und aufgrund von Altersteilzeit- und Wertguthabenvereinbarungen. Der maßgebliche Kontenrahmen sieht die Buchung von Verpflichtungen aus **Umlagen für Haftungsfälle für geschlossene KKn** dementsprechend ausdrücklich nur vor, wenn die Umlage bereits durch Umlagebescheid des Spitzenverbands Bund der KKn angefordert wurde. Dies trägt auch dem gesetzlichen Regelungssystem Rechnung, die Eintrittswahrscheinlichkeit von Haftungsfällen wegen Kassenschließungen gering zu halten. Nach BSG, Urt. v. 08.10.2019 - *B I A 1/19 R* - muss eine KK die umfassenden **Prüf- und Informationsrechte der Aufsichtsbehörde** an einer **Aktiengesellschaft**, deren **Aktionäre KKn** sind, anerkennen und in der Hauptversammlung der AG - gemeinsam mit den anderen bundesunmittelbaren Aktionären - darauf hinwirken, die Pflicht in der Satzung der AG zu verankern, die Auskunfts- und Vorlageansprüche der Aufsichtsbehörden gegenüber den Aktionären zu erfüllen. Die AG muss als der Aufsicht der Bekl. unterliegende ARGE deren Auskunftsansprüche erfüllen und die Aufsicht über ihre Aktionäre, die KKn, ermöglichen. Die satzungsmäßige Verankerung der Informationspflichten sichert die wirksame Aufsicht, indem sie die gesetzlichen Pflichten verdeutlicht. Die aktienrechtlichen Verschwiegenheitspflichten stehen dem nicht entgegen. Sie finden dort ihre Grenze, wo eine gesetzliche Offenbarungspflicht besteht. Hierzu gehören auch Auskunftsrechte der Aufsichtsbehörden. Nach BSG, Urt. v. 08.10.2019 - *B I A 3/19 R* - fehlt für den Abschluss von **Dienstleistungsverträgen** mit einer **Consulting Firma** zur Planung und **Durchführung eines Versorgungsmanagements** eine **gesetzliche Rechtsgrundlage**. Die kl. KK ist nicht berechtigt, ohne die Einbindung von Leistungserbringern in Kooperation mit privaten Dritten Programme des Versorgungsmanagements durchzuführen. Der Anspruch der Versicherten auf ein Versorgungsmanagement richtet sich als Nebenleistung zum eigentlichen Behandlungsanspruch gegen die KK. Die KK erfüllt den Anspruch i.d.R. nicht selbst, sondern mittels der beteiligten Leistungserbringer. Die Aufgabe der KK besteht dabei lediglich darin, die Leistungserbringer bei konkreten Leistungsfällen zu unterstützen. Zudem tragen die KKn grundsätzlich die **Strukturverantwortung** für die Verfügbarkeit adäquater Behandlungskapazitäten der Leistungserbringer. Soweit die von der Kl. vertraglich vereinbarten Maßnahmen als zulässige Unterstützungsleistungen in Betracht kommen, handelt es sich um **Kernaufgaben**, die sie nicht auf Dritte übertragen darf. Dies bewirkt zugleich einen Verstoß gegen nationales Recht zum Schutz der **Sozialdaten** der Versicherten. Die KKn dürfen Sozialdaten nur für gesetzeskonforme, abschließend benannte Zwecke der gesetzlichen Krankenversicherung erheben und speichern, verarbeiten und nutzen, nicht aber für ein gesetzeswidriges Versorgungsmanagement. Dies gilt auch bei Einbeziehung der Datenschutzgrundverordnung.

Nach BSG, Urt. v. 08.08.2019 - *B 3 KR 16/18 R* - ist der Verband der Arzneimittel-Importeure Deutschlands e.V. eine für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildete maßgebliche **Spitzenorganisation** der pharmazeutischen Unternehmer auf Bundesebene i.S. von § 130b V 1 SGB V. Da die Rahmenvereinbarung als Normenvertrag auch für pharmazeutische Unternehmer gilt, die nicht Mitglied einer an ihrer Vereinbarung beteiligten Organisation sind, müssen zur Gewährleistung einer hinreichenden Betroffenenpartizipation sowohl solche Organisationen mitwirken können, die eine nicht unerhebliche Anzahl pharmazeutischer Unternehmer repräsentieren, als auch solche, die auf spezielle Mitgliedsunternehmen ausgerichtet sind und deren schützenswerte Sonderinteressen sie vertreten. Nur so ist die Einhaltung der verfassungsrechtlichen Anforderungen an eine angemessene Interessenwahrnehmung Betroffener für eine Normsetzungsbefugnis im Rahmen der Selbstverwaltung hinreichend sichergestellt. Nach BSG, Urt. v. 30.07.2019 - *B I KR 15/18 R* - scheidet bei Zahlung einer **Gesamtvergütung** an eine K(Z)V ein Erstattungsanspruch nach § 105 SGB X von vornherein aus. Die Gesamtvergütung ist **keine Sozialleistung**. Die kl. Krankenkasse hat keinen öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch gegen die beklagte Krankenkasse. Die Wertungen des Rechts der GKV stehen einer Rückgriffs- oder Aufwendungskondition entgegen. Die den Rechtsverhältnissen zwischen Krankenkasse und K(Z)V einerseits sowie K(Z)V

und Vertrags(zahn)arzt andererseits zugrunde liegenden Vorschriften regeln abschließend die jeweiligen Leistungsbeziehungen einschließlich der Rückabwicklung. Der Senat kann die Beigeladene nicht zur Zahlung verurteilen. Das Prozessrecht lässt nur eine Verurteilung des beigel. Sozialleistungsträgers zu, nicht aber einer K(Z)V. Nach BSG, Urt. v. 30.07.2019- **B I KR 34/18 R** - hat, erweitert eine Krankenkasse ohne gesetzliche Ermächtigung ihren Tätigkeitskreis durch Gestaltungsleistungen kraft Satzung mittels Wahltarif-Regelungen, ein **Unternehmen der PKV** aufgrund des allgemeinen öffentlich-rechtlichen **Unterlassungsanspruchs** das Recht, ihr das Bewerben und Anbieten gerichtlich untersagen zu lassen. Nach BSG, Urt. v. 30.07.2019- **B I KR 16/18 R** - ist der als Verein eingetragene Verband der Ersatzkassen prozessführungsbefugt, die wettbewerbsrechtlichen Ansprüche seiner verbandsmäßig organisierten Mitglieder gerichtlich zu verfolgen. Eine Krankenkasse überschreitet mit ihrer Werbung mit Rabatten bei ausgewählten sog. Vorteilspartnern ihren Aufgabenkreis als Körperschaft des öffentlichen Rechts. Sie kann sich zu ihrer Rechtfertigung nicht darauf stützen, dass ihr Verhalten nicht unlauter i.S.d. RL 2005/29/EG ist. Die RL hat weder gegenüber dem ohnehin vom SGB Geforderten neue Maßstäbe für Krankenkassenwerbung begründet noch schließt sie strengere Anforderungen an Krankenkassenwerbung durch das deutsche Recht aus. Nach BSG, Urt. v. 30.07.2019 - **B I A 2/18 R** - kann in einer Änderungsvereinbarung zum **Vorstandsdienstvertrag** mit dem Vorstandsvorsitzenden eine von vornherein mit festen Zahlen gestaffelt vereinbarte Vergütung zu der prognostizierten **Mitgliederentwicklung** ins Verhältnis gesetzt und so die relative Angemessenheit prognostisch bewertet werden. Ein Änderungsvertrag mit einer **dynamischen Verweisung** auf die Veränderungsrate nach § 71 III SGB V ist dagegen nicht genehmigungsfähig. Eine Prognoseentscheidung wäre hierfür nur möglich, wenn die Vergütungsanpassung jeweils durch eine Obergrenze gedeckelt wäre, woran es fehlt. Nach BSG, Urt. v. 28.05.2019 - **B I A 1/18 R** - ist eine **Satzungsregelung** nicht genehmigungsfähig, wenn sie den Anspruch auf **zusätzliche Leistungen** gemäß § 11 VI SGB V an eine **ungekündigte Mitgliedschaft koppelt**. Das Gesetz ermächtigt nicht dazu, zusätzliche Leistungen statusabhängig nur für den Teil der Versicherten vorzusehen, der seine Mitgliedschaft nicht gekündigt hat. Die Ausgestaltung der Leistungen hat vielmehr sachbezogen zu erfolgen. Die Gesetzesmaterialien heben hervor, dass das Gesetz zu Satzungsleistungen ermächtigt, die eine KK zusätzlich zum allgemeinen Leistungsangebot der GKV „allen ihren Versicherten“ gewähren kann. Das Regelungsziel der Satzungsänderungen, „Mitnahmeeffekte“ zu verhindern, die entstehen, wenn Versicherte einmalig gewährte Zusatzleistungen in Anspruch nehmen und anschließend kündigen, verstößt gegen die abschließenden zwingenden gesetzlichen Vorgaben des **Kassenwahlrechts** Versicherter. Die Ausübung von Kündigungsrechten lässt zudem nach dem gesetzlichen Regelungssystem die Leistungsrechte der Versicherten unberührt. Erst ein KK-Wechsel führt zum Erlöschen der Naturalleistungspflicht der früheren KK, nicht jedoch zum Erlöschen bereits entstandener Geldleistungsansprüche. Die Ansprüche auf Kostenerstattung für Zusatzleistungen kraft Satzung entstehen im Zeitpunkt der tatsächlichen Leistungserbringung, nicht erst bei Beantragung der Kostenerstattung. Die Ermächtigung zu Satzungsleistungen bezweckt, den Leistungswettbewerb zwischen den KKn zu stärken, verbietet aber, Druck auf die Versicherten durch Treue- oder Bleibepremien zu erzeugen. Nach BSG, Urt. v. 18.12.2018 - **B I KR 31/17 R** - hat ein Versicherter Anspruch auf Unterlassung der **Speicherung** eines künftig übersandten **Lichtbildes** nach Übermittlung der hiermit erstellten **elektronischen Gesundheitskarte**. Es fehlt eine Ermächtigungsgrundlage, um das Lichtbild länger zu speichern. Das Gesetz erlaubt die Speicherung von Sozialdaten wie dem Lichtbild nur so lange, wie dies für die Ausstellung der elektronischen Gesundheitskarte erforderlich ist. Die dauerhafte Speicherung ist für die Ausstellung der elektronischen Gesundheitskarte nicht erforderlich.

## 1. Elektronische Gesundheitskarte mit Lichtbild

**SG Hamburg, Urteil v. 17.09.2018 - S 21 KR 396/16**

**RID 19-04-112**

juris  
SGB V § 291

**Leitsatz:** Krankenkassen sind berechtigt, eingereichte **Lichtbilder der Versicherten** für die Verwendung auf der **elektronischen Gesundheitskarte** zu bearbeiten. Hierbei haben sie das Interesse an der Eignung der elektronischen Gesundheitskarte als Versicherungsnachweis gegen die geschützten Rechtsgüter der Versicherten abzuwägen, insbesondere deren allgemeines Persönlichkeitsrecht und das Recht auf informationelle Selbstbestimmung.

Das **SG** wies die Klage ab.

## 2. Förderung mit Mitteln des Innovationsfonds

**LSG Berlin-Brandenburg, Gerichtsbescheid v. 13.09.2019 - L 9 KR 293/17 KL**

**RID 19-04-113**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris  
SGB V § 92a I 1; SGG §§ 29 IV Nr. 3, 105 I

**Leitsatz:** 1. Sofern die Voraussetzungen nach § 105 Abs. 1 SGG vorliegen und die Beteiligten zuvor angehört wurden, darf ein Landessozialgericht im Rahmen seiner erstinstanzlichen Zuständigkeit nach § 29 Abs. 2 bis 4 SGG zum Mittel des **Gerichtsbescheides** greifen.

2. Ein Anspruch auf **Förderung mit Mitteln des Innovationsfonds** besteht nicht (§ 92a Abs. 1 Satz 7 SGB V); dem nach § 92b Abs. 2 SGB V einzurichtenden Innovationsausschuss kommt hinsichtlich der Frage, ob die in der Förderbekanntmachung fixierten Förderkriterien erfüllt sind, ein **gerichtsfreier Ermessensspielraum** zu.

Das **LSG** wies die Klage ab.

### 3. Abwahl eines MDK-Geschäftsführers

SG Mainz, Urteil v. 30.10.2019 - S 14 KR 35/18

RID 19-04-114

juris

SGB V §§ 210, 280; SGB IV § 59

**Leitsatz:** Die Abwahl eines MDK-Geschäftsführers kann in der **Satzung des MDK** geregelt werden und erfolgt in der Rechtsform eines **Verwaltungsakts**, gegen den der Widerspruch möglich ist. Die Abwahlentscheidung des beim MDK Rheinland-Pfalz dazu berufenen Verwaltungsrats, die Bekanntgabe an den Amtswalter sowie nachträgliche Erweiterungen der Begründung und deren Bekanntgabe bilden rechtlich eine Einheit.

Für die Überprüfung des Abwahl-Verwaltungsakts ist der **Rechtsweg** zu den Sozialgerichten und für die Kündigung des mit dem Amt korrespondierenden Dienstvertragsverhältnisses ist der Rechtsweg zu den ordentlichen Gerichten gegeben. Der Rechtsweg zu den Sozialgerichten umfasst nicht die Überprüfung, ob Beschlüsse des Verwaltungsrats betreffend die Kündigung nichtig sind.

Zu den **Anforderungen an eine Klage** nach § 55 Abs. 1 Nr 4 SGG auf Feststellung der Nichtigkeit der Abwahl.

Werden als Kläerbegehren eine Nichtigkeitsfeststellungsklage im Hauptantrag, eine isolierte Anfechtungsklage im Hilfsantrag und eine Untätigkeitsklage im Hilfsantrag zum gleichen Verwaltungsakt kombiniert, entspricht es prozessual dem **Gebot effektiven Rechtsschutzes** auf der Ebene des Hilfsantrags das Verfahren nicht wegen eines nicht abgeschlossenen Vorverfahrens auszusetzen, sondern die isolierte Anfechtungsklage abzuweisen, um auf der Ebene des Hilfsantrags die Untätigkeitsklage zu entscheiden. Ein Teilurteil betreffend des Hauptantrags kommt wegen des unteilbaren Streitgegenstandes nicht in Betracht.

Eine **Untätigkeit** nach § 88 Abs. 2 SGG liegt auch vor, wenn der Widerspruchsführer im Laufe von fünf Jahren eine angekündigte umfangreiche Begründung seines Widerspruchs nicht einreicht.

Das **SG** verurteilte die Bekl., innerhalb von drei Monaten nach Rechtskraft des Urteils über den Widerspruch zu entscheiden, und wies im Übrigen die Klagen ab.

### 4. Kostentragung im sozialgerichtlichen Verfahren

LSG Bayern, Beschluss v. 18.09.2019 - L 20 KR 50/18

RID 19-04-115

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGG § 193 I 3

**Leitsatz:** 1. Maßgeblich für die **Kostentragung** ist grundsätzlich das Erfolgsprinzip. Ausnahmsweise ist eine Korrektur durch das Veranlassungsprinzip möglich.

2. Auch bei einer letztlich erfolglosen Klage kann eine **teilweise Kostentragung** des Beklagten angezeigt sein, wenn dieser durch rechtlich **unzutreffende Hinweise** beim Kläger die Erwartung geweckt hat, ihm stehe ein Anspruch auf die begehrte Leistung zu, und ihn dadurch zur Klageerhebung veranlasst hat.

**SG Nürnberg**, Urt. v. 20.10.2017 - S 21 KR 613/16 - juris verurteilte die Bekl., die Kl. mit dem Bewegungstrainer zu versorgen. Das **LSG** verurteilte die Bekl., der Kl. ein Drittel der notwendigen außergerichtlichen Kosten für beide Rechtszüge zu erstatten.

## IX. Bundessozialgericht (BSG)

### 1. Genehmigungsfiktion: Wohnsitz im Ausland und Bearbeitungsfristen

**BSG, Urteil v. 27.08.2019 - B 1 KR 36/18 R**

**RID 19-04-116**

juris = SozR 4

Die **Bearbeitungsfristen** des § 13 IIIa 1 SGB V gelten auch bei Versicherten, die ihren **Wohnsitz im Ausland** haben. Auch bei einer geplanten Behandlung in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union bleibt der Antrag grundsätzlich auf eine Versorgung mit der begehrten Behandlung als **Naturalleistung** (hier: Hautstraffungsoperationen und Liposuktionen) gerichtet. Die Frist verlängert sich nicht bei einem Wohnsitz in **Großbritannien**.

### 2. Ausschluss von Arzneimitteln zur Raucherentwöhnung

**BSG, Urteil v. 28.05.2019 - B 1 KR 25/18 R**

**RID 19-04-117**

juris = BSGE = SozR 4

Der **Ausschluss von Arzneimitteln zu Raucherentwöhnung** von der Versorgung nach § 34 I 7 und 8 SGB V ist im Hinblick auf andere Suchterkrankungen mit dem **Gleichheitsgrundsatz** aus Art. 3 I 1 GG vereinbar.

### 3. Vorsorgemaßnahme für Mütter: PKV-versicherte Pflegemutter

**BSG, Urteil v. 28.05.2019 - B 1 KR 14/18 R**

**RID 19-04-118**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

Ein nicht selbst vorsorgeleistungsbedürftiges **GKV-versichertes Pflegekind** einer **PKV-versicherten Pflegemutter**, die Vorsorgeleistungen im Rahmen einer Kur erhält, hat als Begleitkind keinen Anspruch auf Mutter-Kind-Maßnahme-Leistungen gegen seine Krankenkasse.

### 4. Krankenhäuser: Voraussetzungen einer Aufrechnungserklärung/Aufrechnungsverbot

**BSG, Urteil v. 30.07.2019 - B 1 KR 31/18 R**

**RID 19-04-119**

juris = BSGE = SozR 4

Eine **Aufrechnungserklärung** ist unter Berücksichtigung der Anforderungen der PrüfvV wirksam, wenn sie insb. „die Leistungsforderungen“, die Vergütungsansprüche des Krankenhausträgers, gegen die sie aufrechnen will, genau i.S.d. § 9 S. 2 PrüfvV benennt. Die genaue Benennung fordert spezifische Angaben, die Höhe und Identität der betroffenen Forderungen klären. Dem entspricht eine **Sammelüberweisung**, die sämtliche Vergütungsansprüche mit Entlassdatum, Fall- und Rechnungsnummer sowie dem konkreten Zahlbetrag benennt. Gegen welche der dort aufgeführten Forderungen mit einem Erstattungsanspruch aufgerechnet wird, folgt aus der Auffangregelung des BGB zur **Tilgungsreihenfolge**. Die PrüfvV lässt die entsprechende Anwendung dieser Vorschriften zu.

Soweit ein landesrechtlich vereinbartes **Aufrechnungsverbot** besteht, ist es im Anwendungsbereich der PrüfvV wegen der Regelung des § 9 PrüfvV nichtig.

### 5. Beziehungen zu Leistungserbringern und Arzneimittelherstellern

a) Apotheken: Zulässigkeit einer Vereinbarung über Abschlag bei Abgabe von Zytostatika

**BSG, Urteil v. 20.12.2018 - B 3 KR 6/17 R**

**RID 19-04-120**

SozR 4-2500 § 129 Nr. 14

**Leitsatz:** Die bis 12.5.2017 geltenden Vorschriften zur Regelung der Beziehungen der Krankenkassen zu Apotheken ließen im Bereich der **Zytostatikaversorgung** die Vereinbarung von **Abschlägen auf**

den **Abgabepreis** der Apotheken nicht nur in Einzelverträgen, sondern auch in Verträgen zwischen Krankenkassenlandesverband und Landesapothekerverband zu.

b) Arzneimittelhersteller

aa) Erprobung neuer Untersuchungsmethode

**BSG, Urteil v. 18.12.2018 - B 1 KR 11/18 R**

**RID 19-04-121**

BSGE = SozR 4-2500 § 137e Nr. 2 = KRS 2019, 177 = NZS 2019, 577 = MedR 2019, 751 = KHE 2018/101

**Leitsatz:** 1. Eine **Untersuchungsmethode** besitzt das Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative, wenn weder ihr Nutzen belegt noch ihre Schädlichkeit oder Unwirksamkeit festgestellt werden kann, sie aber aufgrund ihres Wirkprinzips und der bisher vorliegenden Erkenntnisse mit der **Erwartung** verbunden ist, dass sie eine **effektivere Behandlung ermöglichen** kann und dass die bestehende Evidenzlücke in einer einzigen Erprobungsstudie mit grundsätzlich randomisiertem, kontrolliertem Design geschlossen werden kann.

2. Der **Gemeinsame Bundesausschuss** darf bei Prüfung eines Antrags auf Erlass einer **Erprobungs-Richtlinie** seine medizinischen Ermittlungen auf die von dem Antragsteller eingereichten Unterlagen unter Einbeziehung ihm präsenter Erkenntnisse beschränken.

bb) Festbetragsfestsetzungsverfahren: Bildung von Festbetragsgruppen

**BSG, Urteil v. 03.05.2018 - B 3 KR 7/17 R**

**RID 19-04-122**

SozR 4-2500 § 35 Nr. 9

**Leitsatz:** 1. **Pharmazeutische Unternehmen** sind im Rahmen des Arzneimittel-Festbetragsfestsetzungsverfahrens **klagebefugt**, wenn eine Beeinträchtigung ihres Rechts auf gleiche Teilnahme am Wettbewerb durch eine willkürlich unzutreffende **Festbetragsgruppenbildung** möglich erscheint.

2. Die **Zuordnung** von Arzneimitteln zur Festbetragsgruppe mit denselben Wirkstoffen erfolgt allein wirkstoff- und nicht indikationsbezogen.

3. Das Recht auf gleiche Teilhabe an einem **fairen Wettbewerb** ist nicht durch die neue Vermarktung eines wirkstoffidentischen Arzneimittels verletzt.

cc) Abschlagspflicht für Insulinpräparate ohne Patentschutz und Generika/Wirkstoffgleichheit

**BSG, Urteil v. 20.12.2018 - B 3 KR 11/17 R**

**RID 19-04-123**

SozR 4-2500 § 130a Nr. 12 = KHE 2018/87

**Leitsatz:** Unter die gesetzliche Abschlagspflicht der Pharmaunternehmen für patentfreie und wirkstoffgleiche Arzneimittel (sog. **Generikaabschlag**) fallen nicht nur arzneimittelrechtlich zugelassene Generika und ihre Referenzarzneimittel, sondern auch **wirkstoffidentische biologische (Original-)Arzneimittel**, die aus demselben biotechnologischen Herstellungsprozess stammen.

dd) Reduzierung des Herstellerrabatts auf 6 % und Ertragsituation

**BSG, Urteil v. 25.10.2018 - B 3 KR 10/16 R**

**RID 19-04-124**

SozR 4-2500 § 130a Nr. 11 = ZMGR 2019, 153

**Leitsatz:** 1. Die in der Gewährung einer **Ausnahme** von der Erhebung des **Arzneimittel-Herstellerrabatts** liegende ungleiche Privilegierung eines Unternehmens ist nur gerechtfertigt und mit EU-Recht vereinbar, wenn eine auf der gesetzlichen Rabattregelung beruhende existenzgefährdende finanzielle Belastung dargelegt wird, die nicht durch unternehmensinterne Maßnahmen abgewendet werden kann.

2. Bei einer GmbH, deren Alleingesellschafter zugleich der Geschäftsführer ist und die über Beschäftigte nicht verfügt, wird eine auf der gesetzlichen Rabattregelung beruhende existenzgefährdende finanzielle Belastung der GmbH durch einen **bilanzierten Verlust** nicht hinreichend dargelegt, wenn die erwirtschafteten Erträge bei einer angemessenen **Vergütung des Geschäftsführers** zu einer positiven GmbH-Bilanz geführt hätten.

3. Dem Gesetzgeber ist es von Verfassungs wegen nicht versagt, Vorschriften zur **Arzneimittelpreisregulierung** zu erlassen und die Arzneimittelpreise in Deutschland an das europäische Preisniveau anzupassen, auch wenn dies das gerade in der Nutzung solcher Handelsspannen liegende Geschäftsmodell der Arzneimittelimporteure beeinträchtigt.

4. Die Pflicht des Antragstellers, die besonderen Gründe für das Vorliegen eines Ausnahmefalls hinreichend darzulegen, beschränkt die **Amtsermittlungspflichten** der zuständigen Behörde und der Gerichte.

c) Hilfsmittelverzeichnis: Anspruch auf sachgerechte Zuordnung eines Produkts

**BSG, Urteil v. 28.03.2019 - B 3 KR 13/17 R**

**RID 19-04-125**

SozR 4-2500 § 139 Nr. 10

**Leitsatz:** Ein Hilfsmittelhersteller kann über die Aufnahme seines Produkts in das **Hilfsmittelverzeichnis** des GKV-Spitzenverbands hinaus auch die **sachgerechte Zuordnung** unter Berücksichtigung der systematischen Struktur des Verzeichnisses beanspruchen (hier: in die richtige Produktart), nicht aber eine Listung im Sinn eines Optimierungsgebots zu seinen Gunsten.

d) Zulassung einer Ergotherapeutin: Weitere Fachkraft ausschließlich für Hausbesuche

**BSG, Urteil v. 20.12.2018 - B 3 KR 2/17 R**

**RID 19-04-126**

SozR 4-2500 § 124 Nr. 6 = Breith 2019, 713

**Leitsatz:** Die **Erweiterung der Zulassung** eines in Einzelpraxis tätigen **Heilmittelerbringers** um eine **Fachkraft** darf nicht mangels eines dafür vorzuhaltenden zusätzlichen Behandlungsraums abgelehnt werden, wenn die Fachkraft ausschließlich Leistungen im Rahmen von Hausbesuchen im Umfang von bis zu 20 Wochenstunden erbringen soll.

## C. ENTSCHEIDUNGEN ANDERER GERICHTE

### I. Ärztliches Berufsrecht

#### 1. Widerruf/Ruhen/Wiedererteilung der Approbation/Berufserlaubnis

- a) BVerwG: Betrug zu Lasten der eigenen Krankentagegeldversicherung/Keine Gefahrprognose

**BVerwG, Beschluss v. 31.07.2019 - 3 B 7/18**

**RID 19-04-127**

juris  
**BÄO §§ 3 I 1 Nr. 2, 5 II 1**

**Leitsatz:** Der Widerruf der ärztlichen Approbation wegen Unwürdigkeit gemäß § 5 Abs. 2 Satz 1 i.V.m. § 3 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 BÄO ist nur gerechtfertigt, wenn er im maßgeblichen **Beurteilungszeitpunkt** des **Abschlusses des Verwaltungsverfahrens** zur Abwehr einer Gefahr für das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient weiterhin erforderlich ist.

Die Kl. wandte sich gegen den Widerruf ihrer Approbation als Ärztin. Das Amtsgericht hatte sie wegen Betruges in 22 Fällen zu einer Gesamtfreiheitsstrafe von 1 Jahr und 10 Monaten verurteilt (rechtskräftig). Sie hatte gegenüber ihrer Krankentagegeldversicherung wiederholt erklärt, arbeitsunfähig zu sein, während ihrer Arbeitsunfähigkeit nicht zu arbeiten und sich am Wohnort aufzuhalten, und deshalb Krankentagegeld erhalten, auf das sie jedoch keinen Anspruch hatte, weil sie in den genannten Zeiträumen an einzelnen Tagen bzw. an zusammenhängenden Zeitabschnitten arbeitete oder sich an anderen Orten als ihrem Wohnort aufhielt. Es entstand ein Schadens in Höhe von 65.188,20 € **VG Regensburg**, Urt. v. 28.04.2016 - RN 5 K 15.1137 - RID 16-03-197 hob den Bescheid auf, **VGH Bayern**, Urt. v. 28.06.2017 - 21 B 16.2065 - RID 18-01-167 wies die Klage ab, das **BVerwG** wies die Nichtzulassungsbeschwerde der Kl. zurück.

- b) Verlängerung einer Berufserlaubnis über zwei Jahre

**VG Regensburg, Beschluss v. 20.08.2019 - RN 5 E 19.1457**

**RID 19-04-128**

juris  
**BÄO §§ 3 II 5, 10 III; GG Art. 12; ÄApprO § 34; VwGO § 123**

Eine **Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des ärztlichen Berufs** kann in **Ausnahmefällen** über die Dauer von zwei Jahren hinaus erteilt werden. Ein besonderer Einzelfall kann in Abwägung der betroffenen Rechtsgüter ausnahmsweise auch dann vorliegen, wenn die Voraussetzungen für die Erteilung der Approbation innerhalb der zwei Jahre nach § 10 II 2 BÄO nicht hergestellt werden konnten. Aus dem Normzusammenhang ergibt sich, dass eine Verlängerung grundsätzlich nur dann infrage kommen kann, wenn das zugrundeliegende Approbationsverfahren aus Gründen andauert, die nicht oder nicht überwiegend aus **der Sphäre des Arztes** herrühren (hier: verspätete Bescheiderteilung).

#### 2. Berufspflichten: Bestimmtheit eines Antrags auf Eröffnung des berufsgerichtlichen Verfahrens

**OVG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 20.09.2019 - OVG 90 H 1.18**

**RID 19-04-129**

juris  
**StPO § 200**

**Leitsatz:** Die Durchführung des berufsgerichtlichen Verfahrens setzt einen hinreichend **bestimmten Antrag auf Eröffnung des Verfahrens** und einen ebensolchen Eröffnungsbeschluss voraus. Liegen diese Voraussetzungen nicht vor, ist im Berufungsverfahren ein dennoch ergangenes erstinstanzliches Urteil aufzuheben und das berufsgerichtliche Verfahren einzustellen.



### 3. Strafrecht

#### a) Bundesgerichtshof (BGH)

##### aa) BGH: Unterstützung bei Selbsttötungen

**BGH, Urteil v. 03.07.2019 - 5 StR 132/18**

**RID 19-04-130**

juris  
StGB §§ 13, 212, 216

**Leitsatz:** Angesichts der gewachsenen Bedeutung der Selbstbestimmung des Einzelnen auch bei Entscheidungen über sein Leben kann in Fällen des **freiverantwortlichen Suizids** der Arzt, der die Umstände kennt, nicht mit strafrechtlichen Konsequenzen verpflichtet werden, gegen den Willen des Suizidenten zu handeln.

##### bb) Begleitung eines freiverantwortlichen Suizids

**BGH, Urteil v. 03.07.2019 - 5 StR 393/18**

**RID 19-04-131**

juris  
StGB §§ 13, 212, 216

**Leitsatz:** Die **Garantenstellung** des Arztes für das Leben seines Patienten endet, wenn er vereinbarungsgemäß nur noch dessen **freiverantwortlichen Suizid** begleitet.

#### b) Abrechnungsbetrug gegenüber KV (Behandlung von Feuermalen)

**OLG Stuttgart, Beschluss v. 07.08.2019 - 4 Ws 151/19**

**RID 19-04-132**

juris = GesR 2019, 647  
SGB V § 263

**Leitsatz:** Zum ärztlichen **Abrechnungsbetrug** gegenüber der **Kassenärztlichen Vereinigung**, insbesondere zur Feststellung des Inhalts konkludenter Erklärungen des Abrechnenden.

Den angeschuldigten Eheleuten wird gemeinschaftlicher gewerbsmäßiger Betrug in 23 Fällen zur Last gelegt. Ihnen wird vorgeworfen, sie hätten im Zeitraum Dezember 2008 bis Juni 2014 im Rahmen ihrer gemeinsamen Tätigkeit als niedergelassene Hautärzte gegenüber der KV die hautärztliche Behandlung von Feuermalen („Naevi flammei“) bewusst falsch abgerechnet, in ihren Sammelerklärungen eine Tätigkeit, die Gebühren in der abgerechneten Höhe auslöst, vorgetäuscht und die Mitarbeiter der KV so zur Auszahlung ungerechtfertigter Honorare veranlasst. Im Einzelnen handele es sich um 23 Taten, in denen jeweils ein - je nach Quartal - unterschiedlich hoher Schaden entstanden sei, der zwischen 2.736,36 € und 154.623 € liege. Die KV hob die Honorarbescheide für die Zeiträume I/09 bis IV/13 auf. Über den Widerspruch wurde noch nicht entschieden. Die KV forderte für das Jahr 2009 Honorar in Höhe von 159.867 € und 87.834,30 € und gegen beide Angeeschuldigten für die Jahre 2010 bis 2014 in Höhe von 1.345.590,94 € zurück. Auch die Honorarbescheide für die Jahre 2015 und 2016 hat sie aufgehoben und die Honorare neu festgesetzt. **LG Tübingen** lehnte die Eröffnung des Hauptverfahrens aus tatsächlichen Gründen ab. Das **OLG** verwarf die sofortige Beschwerde.

#### c) Angebot zur Vornahme eines Schwangerschaftsabbruches

**AG Kassel, Beschluss v. 05.07.2019 - 284 Ds-2660 Js 28990/17**

**RID 19-04-133**

juris  
StGB § 219a

Durch das „**Gesetz zur Verbesserung der Information über einen Schwangerschaftsabbruch**“ - in Kraft getreten am 29.03.2019 - wurde in § 219a StGB ein neuer Absatz 4 unter anderem mit dem Inhalt hinzugefügt, dass Absatz 1 der Norm nicht gilt, wenn Ärzte, Krankenhäuser oder Einrichtungen auf die Tatsache hinweisen, dass sie Schwangerschaftsabbrüche unter den Voraussetzungen des § 218a I bis III StGB vornehmen. Um solche sachlichen Hinweise, die nach dem neu eingefügten Tatbestandsausschluss entkriminalisiert werden sollten, handelt es sich vorliegend, sodass nach neuem Recht keine Strafbarkeit mehr gegeben ist.

Das **AG** stellte das Verfahren ein.

#### 4. Anerkennung von Weiterbildungen: Berufliche Erfahrungen in EU-Staat

VG Magdeburg, Urteil v. 29.08.2018 - 3 A 79/16

RID 19-04-134

juris

EGRL 36/2005 Art. 21 ff.

**Leitsatz:** Ein Anspruch auf **Anerkennung** einer **Facharztbezeichnung** kann nicht erfolgreich geltend gemacht werden, wenn der Antragsteller sein Begehren allein auf die in einem anderen EU-Mitgliedstaat gesammelten **beruflichen Erfahrungen** auf dem betreffenden Fachgebiet stützt, eine entsprechende Facharztweiterbildung aber nicht absolviert hat.

#### 5. Zulassung zur Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin

VG Köln, Urteil v. 11.07.2019 - 6 K 1235/19

RID 19-04-135

juris

PsychThG § 5 II 1 Nr. 1 lit. a

Der **Masterabschluss „Suchthilfe“ der Katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen** erfüllt nicht die Zugangsvoraussetzungen von § 5 II 1 Nr. 1 lit. a PsychThG. Es handelt sich nicht um eine Abschlussprüfung an einer Universität oder ihr gleichstehenden Hochschule im Sinne dieser Vorschrift.

#### 6. BetäubungsmittelG: Behördliche Einsichtnahme in Patientenakten

VGH Bayern, Urteil v. 04.07.2019 - 20 BV 18.68

RID 19-04-136

juris

BtMG §§ 13 I 1, 22 I Nr. 1, II, 24 I; GG Art. 1 I, 2 I, 12 I

**Leitsatz:** Die **Einsichtnahme in Patientenakten eines Arztes** ist nach § 22 Abs. 1 Nr. 1, Abs. 2, § 24 BtMG zulässig. Dies kann durch Routine- und Stichprobenkontrollen erfolgen. Anlassbezogene Kontrollen erfordern Anhaltspunkte, welche auf einen möglichen Verstoß gegen § 13 BtMG hindeuten.

#### 7. Keine Einsicht in Protokolle vertraulicher Beratungen innerhalb einer KV (Hauptausschuss)

VG Münster, Urteil v. 11.10.2018 - 11 K 3026/16

RID 19-04-137

juris

IFG § 5 I; IFG NRW §§ 4 I, 7 I

Bei den Protokollen der Niederschriften über die Sitzungen des **Hauptausschusses** einer **KV** handelt es sich um **Protokolle vertraulicher Beratungen**. Diese Beratungen sind vertraulich, da die Sitzungen des Hauptausschusses nicht öffentlich sind. Ein Anspruch auf Einsicht ist nach § 7 I IFG NRW, wonach der Antrag auf Informationszugang u.a. für Protokolle vertraulicher Beratungen abzulehnen ist, ausgeschlossen.

#### 8. Poster-Aktion einer KZV im Rahmen von Honorarverhandlungen zulässig

OLG Hamm, Urteil v. 13.08.2019 - 4 U 9/19

RID 19-04-138

juris

SGB V § 69; UWG § 2 I Nr. 1

**Leitsatz:** Zur Anwendbarkeit des UWG auf eine **Poster-Aktion** einer Kassenzahnärztlichen Vereinigung im Rahmen von **Honorarverhandlungen** mit den gesetzlichen Krankenkassen.

## 9. Vorsorgevollmacht: Einsicht in Behandlungsunterlagen eines Verstorbenen

OLG Karlsruhe, Urteil v. 14.08.2019 - 7 U 238/18

RID 19-04-139

juris  
BGB § 630g

**Leitsatz:** Kein Recht von Angehörigen, aufgrund einer **Vorsorgevollmacht** Einsicht in Behandlungsunterlagen eines Verstorbenen zu nehmen, gegen dessen ausdrücklich erklärten oder mutmaßlichen **Willen**.

## II. Arzthaftung

### 1. BGH: Substantiierungspflichten des Patienten: Behauptung eines Hygieneverstoßes

BGH, Beschluss v. 25.06.2019 - VI ZR 12/17

RID 19-04-140

juris  
GG Art. 103 I

Nach der gefestigten Senats-Rspr. sind an die **Substantiierungspflichten des Patienten** im Arzthaftungsprozess nur maßvolle Anforderungen zu stellen. Vom Patienten kann keine genaue Kenntnis der medizinischen Vorgänge erwartet und gefordert werden. Ihm fehlt die genaue Einsicht in das Behandlungsgeschehen und das nötige Fachwissen zur Erfassung und Darstellung des Konfliktstoffs; er ist nicht verpflichtet, sich zur ordnungsgemäßen Prozessführung medizinisches Fachwissen anzueignen. Die Patientenseite darf sich deshalb auf einen Vortrag beschränken, der die Vermutung eines fehlerhaften Verhaltens der Behandlungsseite aufgrund der Folgen für den Patienten gestattet. Insb. ist der Patient nicht verpflichtet, mögliche Entstehungsursachen einer Infektion zu ermitteln und vorzutragen. Mit der eingeschränkten primären Darlegungslast des Patienten geht zur Gewährleistung prozessualer Waffengleichheit zwischen den Parteien regelmäßig eine gesteigerte Verpflichtung des Gerichts zur Sachverhaltsaufklärung (§ 139 ZPO) bis hin zur Einholung eines Sachverständigengutachtens (§ 144 I 1 ZPO) von Amts wegen einher, soweit der Patient darauf angewiesen ist, dass der Sachverhalt durch ein solches aufbereitet wird.

**Einschränkungen der Darlegungslast** des Patienten können sich nach allgemeinen zivilprozessualen Grundsätzen ferner insoweit ergeben, als der Patient außerhalb des von ihm vorzutragenden Geschehensablaufs steht und ihm eine nähere Substantiierung nicht möglich oder nicht zumutbar ist, während der Prozessgegner alle wesentlichen Tatsachen kennt oder unschwer in Erfahrung bringen kann und es ihm zumutbar ist, nähere Angaben zu machen. In diesem Fall hat die Behandlungsseite nach den Grundsätzen der sekundären Darlegungslast auf die Behauptungen des Patienten substantiiert, d.h. mit näheren Angaben zu erwidern, wenn ihr Bestreiten nach § 138 II und III ZPO beachtlich sein soll.

In der Kombination der genannten Grundsätze wird die erweiterte - **sekundäre - Darlegungslast der Behandlungsseite** im Arzthaftungsprozess ausgelöst, wenn die primäre Darlegung des Konfliktstoffs durch den Patienten den aufgezeigten maßvollen Anforderungen genügt und die Vermutung eines fehlerhaften Verhaltens der Behandlungsseite gestattet, während es dieser möglich und zumutbar ist, den Sachverhalt näher aufzuklären. Letzteres wird bei der **Behauptung eines Hygieneverstoßes** regelmäßig der Fall sein, entziehen sich doch sowohl die Existenz möglicher Infektionsquellen etwa in Gestalt weiterer Patienten oder verunreinigter Instrumente als auch die Maßnahmen, welche die Behandlungsseite im Allgemeinen und - bei Vorliegen konkreter Gefahrenquellen - im Besonderen zur Einhaltung der Hygienebestimmungen und zur Infektionsprävention unternommen hat, in aller Regel der Kenntnis des Patienten, während die Behandlungsseite ohne weiteres über die entsprechenden Informationen verfügt. Es genügt, wenn der beweisbelastete Patient Vortrag hält, der die Vermutung eines Hygienefehlers der Behandlungsseite aufgrund der Folgen für ihn gestattet.

## 2. Behandlungsfehler

a) Ärztliche Dokumentation: Entkräftung durch Behandlungsunterlagen

**OLG Dresden, Urteil v. 30.07.2019 - 4 U 510/17**

**RID 19-04-141**

juris

**BGB §§ 630a, 630f; ZPO § 296**

**Leitsatz:** 1. Die durch eine ärztliche **Dokumentation** begründete Vermutung für ein behandlungsbedürftiges Krankheitsbild (hier: Arrhythmia absoluta) kann auch durch die **Behandlungsunterlagen** selbst (hier: EKG-Diagramme) wieder entkräftet werden.

2. Die Festlegung des **Behandlungsstandards** vor und während einer Nierenoperation einschließlich der Notwendigkeit ergänzender Befunderhebungen wegen festgestellter Vorerkrankungen ist nach dem Grundsatz fachgleicher Begutachtungen einem internistischen **Sachverständigen** vorbehalten.

3. Wird der **Sachverständige** im Anschluss an sein Gutachten mündlich **angehört** und das Ergebnis der Beweisaufnahme mit den Parteien erörtert, ohne dass anschließend ein Schriftsatznachlass beantragt wird, kommt eine Wiedereröffnung der mündlichen Verhandlung wegen neuen Vorbringens regelmäßig nicht in Betracht

b) Haftung im Falle des Zusammenwirkens mehrerer Ärzte aus verschiedenen Fachgebieten

**OLG Frankfurt a. M., Urteil v. 16.07.2019 - 8 U 59/17**

**RID 19-04-142**

juris

**BGB § 630a**

**Leitsatz:** Ein Arzt ist grundsätzlich nur für sein Fachgebiet verantwortlich; er darf also auf sorgfältiges Arbeiten des jeweils anderen Arztes in dessen Fachgebiet vertrauen (sog. **Vertrauensgrundsatz**).

c) Kein fundamentaler Diagnoseirrtum

**OLG Dresden, Urteil v. 29.07.2019 - 4 U 1078/19**

**RID 19-04-143**

juris

**BGB §§ 630a ff.**

**Leitsatz:** 1. Beschränkt sich die **Berufung** darauf, die Ergebnisse eines erstinstanzlichen Gerichtsgutachtens und der darauf aufbauenden, in sich plausiblen Beweiswürdigung zu bestreiten, ohne ihre abweichende Bewertung durch ein Privatgutachten oder andere medizinische Belege zu untersetzen, ist auch in Arzthaftungsverfahren regelmäßig keine weitere **Beweisaufnahme** geboten.

2. Kann ein **Diagnoseirrtum** eines Arztes nicht als fundamental bezeichnet werden, kommt eine Haftung nur dann in Betracht, wenn die von ihm erhobenen **Befunde** nicht zweifelhaft sind, sondern bei Anwendung der gebotenen Sorgfalt lediglich den Schluss auf eine bestimmte Diagnose zulassen.

d) Untersuchung des Auges durch den Hausarzt/Überweisung

**OLG Dresden, Beschluss v. 04.06.2019 - 4 U 506/19**

**RID 19-04-144**

juris

**BGB § 630a**

**Leitsatz:** 1. Der **Allgemeinarzt** ist verpflichtet, den Patienten, soweit erforderlich, einer **fachärztlichen Behandlung zuzuführen**.

2. Stellt sich ein Patient mit einem geröteten Auge bei einem Allgemeinarzt vor, besteht eine solche Verpflichtung jedoch nur, wenn aufgrund einer Untersuchung mit in der **Hausarztpraxis** zur Verfügung stehenden **Mitteln** und der **Anamnese** des Patienten der konkrete Verdacht auf eine Erkrankung des Auges oder einen eingedrungenen Fremdkörper besteht; lediglich unspezifische Beschwerden rechtfertigen es, von einer **Überweisung** abzusehen und den Patienten zu einer Wiedervorstellung zu veranlassen.

3. Für die **Untersuchung des Auges durch den Hausarzt** gilt der augenärztliche Behandlungsstandard nicht, die Untersuchung mit einer Spaltlampe ist nicht geschuldet.

e) Befundung einer Röntgenaufnahme des Thorax durch Pneumologen

**LG Flensburg, Urteil v. 02.08.2019 - 3 O 198/15**

**RID 19-04-145**

juris

**BGB §§ 611, 630a; ZPO § 404**

**Leitsatz:** 1. Bei der Beurteilung eines medizinischen Geschehens hat das Gericht auf die **Fachkenntnisse** des betroffenen medizinischen Sachgebiets abzustellen. Wendet ein Arzt aber Untersuchungs- und Behandlungsmethoden an, die in ein **fremdes Fachgebiet** fallen, hat er dessen Standard zu garantieren.

2. Die Durchführung und Befundung einer **Röntgenaufnahme des Thorax** gehört zumindest auch (noch) in das Fachgebiet eines niedergelassenen **Pneumologen**. Bei der Durchführung und ausschließlichen Befundung einer Röntgenaufnahme des Thorax hat ein niedergelassener Facharzt für Innere Medizin und Pneumologie deshalb den Standard seines Fachgebiets und nicht den eines Radiologen zu wahren.

f) Maßgeblichkeit der Fachkenntnisse des med. Sachgebiets (Befundung einer Mammographie)

**LG Flensburg, Urteil v. 28.02.2019 - 3 O 5/14**

**RID 19-04-146**

juris

**BGB §§ 611, 630a; ZPO § 404**

**Leitsatz:** 1. Bei der Beurteilung eines medizinischen Geschehens hat das Gericht auf die **Fachkenntnisse des betroffenen medizinischen Sachgebiets** abzustellen. Wendet ein Arzt aber Untersuchungs- und Behandlungsmethoden an, die in ein **fremdes Fachgebiet** fallen, hat er dessen Standard zu garantieren.

2. Die Durchführung und ausschließliche **Befundung einer Mammographie** gehört in das Fachgebiet der Radiologie. Bei der Durchführung und ausschließlichen Befundung einer Mammographie hat deshalb ein Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe den Standard eines Facharztes für Radiologie zu wahren.

g) Intramuskuläre Injektion des Medikaments Xylonest in die Schulter

**OLG Frankfurt a. M., Urteil v. 06.08.2019 - 8 U 9/18**

**RID 19-04-147**

juris

**BGB §§ 630a, 630f I 2, 630h; ZPO §§ 139, 314**

**Leitsatz:** 1. Der Umstand, dass zu einer indizierten Behandlung **Behandlungsalternativen** bestehen, macht die gewählte Behandlung nicht behandlungsfehlerhaft.

2. Es kann nicht Aufgabe des **Gerichts** sein, die Klägerin auf die Möglichkeit der **Klageerweiterung** hinzuweisen.

h) Substantiierungspflicht des Patienten bei vorliegendem Gutachten

**OLG Jena, Urteil v. 30.05.2018 - 7 U 647/17**

**RID 19-04-148**

juris

**BGB § 823**

Liegt ein **Gutachten** vor, muss sich der Patient bzw. sein Prozessbevollmächtigter mit dem Gutachten auseinandersetzen und **konkrete Behandlungsfehler** des Arztes wenigstens im Groben beschreiben.

i) Verjährung von Arzthaftungsansprüchen

**OLG Frankfurt a. M., Urteil v. 10.09.2019 - 8 U 43/17**

**RID 19-04-149**

juris  
**BGB §§ 199 I Nr. 2, 844 III**

**Leitsatz:** In Arzthaftungssachen ist bei der Prüfung, ob **grobe Fahrlässigkeit** im Sinne des § 199 I Nr. 2 BGB vorliegt, zu Gunsten des Patienten zu berücksichtigen, dass dieser nicht ohne Weiteres aus einer Verletzungshandlung, die zu einem Schaden geführt hat, auf einen **schuldhaften Behandlungsfehler** zu schließen braucht.

### 3. Aufklärung/Einwilligung

a) Möglichkeit eines Aufschiebens oder gänzlichen Unterlassens der Operation

**OLG Hamm, Beschluss v. 19.06.2019 - 3 U 33/19**

**RID 19-04-150**

juris  
**BGB § 823 I**

**Leitsatz:** 1. Ein Arzt muss den Patienten vor einem relativ indizierten Eingriff grundsätzlich nicht über die Möglichkeit eines **Aufschiebens oder gänzlichen Unterlassens** der Operation aufklären, wenn er von einer entsprechenden Kenntnis des Patienten - ohne Fehlvorstellung über die Risiken des Nichtstuns - ausgehen darf (Abgrenzung zu BGH VersR 1997, 451).  
2. Zur Aufklärungspflicht des Arztes, der eine **andernorts durchzuführende Operation** empfiehlt.

b) Aufklärung bei mehreren Behandlungsmöglichkeiten

**OLG Zweibrücken, Urteil v. 28.08.2018 - 5 U 48/17**

**RID 19-04-151**

juris  
**BGB § 630a**

**Leitsatz:** 1. Bestehen für eine medizinisch sinnvolle und indizierte Therapie **mehrere Behandlungsmöglichkeiten**, die unterschiedliche Chancen und Risiken bieten, dann muss dem Patienten durch eine vollständige **Aufklärung** die Entscheidung darüber überlassen bleiben, auf welchem Weg die Behandlung erfolgen soll und auf welches Risiko er sich einlassen will.  
2. Tritt infolge eines (mangels hinreichender Aufklärung) rechtswidrigen Heileingriffs ein **Schaden** ein (hier: Herzstillstand bei einer Wirbelkörperentfernung mit Titan-Cage und Fusion), fehlt es nicht bereits deshalb an dem **Zurechnungszusammenhang** zwischen **Aufklärungsmangel** und Schaden, weil die eingetretene Komplikation auch bei weniger invasiven Maßnahmen hätte eintreten können. Die Behauptung des Behandlers, dieser Schaden hätte sich behandlungsunabhängig in entsprechender Weise auch bei anderer, weniger invasiver Behandlung verwirklicht, steht als Einwand der sog. Reserveursache oder des rechtmäßigen Alternativverhaltens zur Beweislast der Behandlungsseite.

c) Keine weitere Aufklärung bei Fehlen von echten Behandlungsalternativen

**OLG Brandenburg, Beschluss v. 17.07.2019 - 12 U 128/17**

**RID 19-04-152**

juris  
**BGB § 823**

Nachdem im Wege der Abstimmung zwischen den Fachabteilungen festgelegt worden ist, dass eine Komplettierungsoperation mit nachfolgender Radiojodtherapie erfolgen sollte, war allein dieser Behandlungsweg aufgrund des **Fehlens von echten Behandlungsalternativen** mit tatsächlicher Wahlmöglichkeit gegeben, sodass die Klägerin über weitere Alternativen der Behandlung nicht **aufzuklären** war.

d) Aufklärungspflichten vor einer operativen Behandlung eines Hirntumors

**OLG Naumburg, Urteil v. 14.05.2019 - 1 U 48/18**

**RID 19-04-153**

juris

**BGB §§ 253 II, 280 I, 823 I**

**Leitsatz:** 1. Vor der operativen Behandlung eines **Hirntumors** muss der Patient für seine wirksame **Einwilligung** nicht auf die Strahlentherapie als **Behandlungsalternative** aufmerksam gemacht werden.

2. Ob es sich bei der **Strahlentherapie** um eine vom Neurochirurgen zu erwähnende aufklärungsrelevante **Behandlungsalternative** handelt, ist mit Hilfe eines neurochirurgischen Sachverständigen und nicht durch ein strahlentherapeutisches **Gutachten** zu klären.

3. Ist in einer vom Patienten unterzeichneten **Wahlleistungsvereinbarung** keines der für die einzelnen Wahlleistungen vorgesehenen Felder angekreuzt, lässt sich auch bei einem Privatpatienten anhand dessen nicht feststellen, dass ausgerechnet die Chefarztbehandlung zugesagt war. Die **Abrechnung des Chefarztes** kann ein Indiz für die vereinbarte Chefarztbehandlung sein.

#### **4. Rechtsweg bei behandlungsfehlerhafter durchgangsarztlicher Tätigkeit**

**OLG Dresden, Beschluss v. 27.08.2019 - 4 W 497/19**

**RID 19-04-154**

juris

**GG Art. 34; SGG § 51; SGB VII §§ 11, 34; GVG § 17; BGB § 839**

**Leitsatz:** Der Anspruch des Trägers der **Unfallversicherung** wegen der Mehrkosten einer aufgrund behandlungsfehlerhafter **durchgangsarztlicher Tätigkeit** notwendigen medizinischen Behandlung ist vor den Sozialgerichten geltend zu machen.

## Anhang I: BSG - Anhängige Revisionen Vertragsarztrecht

Stand: 27.11.2019. Die Angaben „Aktenzeichen“, „Termin“ und „Rechtsfrage“ sowie über die Vorinstanz (Gericht und Aktenzeichen) beruhen auf der Veröffentlichung des BSG (Anhängige Rechtsfragen des 6. Senats – <http://www.bundessozialgericht.de>).

Sachgebiet	Aktenzeichen:	Rechtsfrage	Vorinstanz	RID
<b>Honorarverteilung</b>				
Wachstumsmöglichkeit von Ärzten mit anteiligem Versorgungsauftrag	B 6 KA 12/19 R	Verstößt eine Regelung des Honorarverteilungsmaßstabs einer Kassenärztlichen Vereinigung (hier: im Jahr 2013) gegen höherrangiges Recht, die Ärzten mit halben Versorgungsauftrag anders als Ärzten mit vollem Versorgungsauftrag Wachstumsmöglichkeiten über den Fachgruppendurchschnitt hinaus vollständig verwehrt?	<i>LSG Schleswig-Holstein</i> , Urt. v. 15.01.2019 - L 4 KA 57/16 -	19-02-08
Richtigstellung eines RLV nach Reduzierung des Versorgungsauftrags	B 6 KA 65/17 R <b>Termin:</b> 15.05.2019	Unter welchen Voraussetzungen darf das dem Vertragsarzt vor dem Abrechnungsquartal zugewiesene Regelleistungsvolumen in dem nach Ablauf des Abrechnungsquartals ergehenden Honorarbescheid geändert werden?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 25.10.2017 - L 5 KA 3809/15 -	17-04-8
Verminderung des RLV wegen Teilnahme an hausarztzentrierter Versorgung	B 6 KA 66/17 R <b>Termin:</b> 26.06.2019	War die im Quartal 1/2009 vorgenommene Bereinigung des Regelleistungsvolumens nur bei den an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Vertragsärzten rechtmäßig?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 25.10.2017 - L 5 KA 1251/14 -	17-04-5
QZV: Praxisbesonderheit nur bei strukturell abweichender Patientenschaft (Akupunktur)	B 6 KA 10/19 R	Zu den Voraussetzungen für die Anerkennung einer Praxisbesonderheit im Rahmen qualifikationsgebundener Zusatzvolumen (QZV) - hier: strukturelle Besonderheiten der Patientenschaft.	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urt. v. 12.12.2018 - L 3 KA 56/15 -	19-02-5
Rückwirkende Änderungen des HVM	B 6 KA 1/18 R <b>Termin:</b> 26.06.2019	Ist eine Kassenärztliche Vereinigung befugt, rückwirkende Änderungen des Honorarverteilungsmaßstabs (hier: Regelungen zur Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten) für Sachverhalte vor dem 1.1.2012 (hier: im Quartal I/2009) ohne eine Vereinbarung einseitig nur im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen vorzunehmen?	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 18.10.2017 - L 7 KA 18/14 -	18-01-3
Abrechnung von Anästhesien bei Abrechnung der MKG-Operation über KZV	B 6 KA 28/19 R	Ist ein als Vertragsarzt niedergelassener Anästhesist berechtigt, anästhesiologische Leistungen auch dann nach Abschnitt 31.5.3 EBM-Ä 2008 abzurechnen, wenn der grundsätzlich zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene MKG-Chirurg seine Leistung nicht über die Kassenärztliche sondern über die Kassenzahnärztliche Vereinigung abrechnet?	<i>LSG Schleswig-Holstein</i> , Urt. v. 18.06.2019 - L 4 KA 43/17	19-04-3
Konvergenzregelung: Ungleichbehandlung/Honorarsteigerung	B 6 KA 4/19 R	Zu den Anforderungen an die Ausgestaltung einer Härtefallregelung eines Honorarverteilungsmaßstabs (hier: Konvergenzzahlungen im Zusammenhang mit den geänderten Vergütungsregelungen für Speziallaborleistungen des Abschnitts 32.3 EBM-Ä 2008) und den rechtlichen Grundlagen hierfür.	<i>LSG Hamburg</i> , Urt. v. 18.10.2018 - L 5 KA 33/17 -	19-01-9
Konvergenzregelung (KV Schleswig-Holstein)	B 6 KA 21/18 R <b>Termin:</b> 30.10.2019	Ist die Bestimmung in einer Honorarverteilungsvereinbarung, nach der einem in Einzelpraxis niedergelassenen Vertragsarzt in der Aufbauphase kein festes Regelleistungsvolumen auf der Grundlage der Fallzahl des Vorjahresquartals, sondern lediglich eine von der aktuellen Fallzahl abhängige Obergrenze zuzuweisen ist, mit dem Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit vereinbar?	<i>LSG Schleswig-Holstein</i> , Urt. v. 23.01.2018 - L 4 KA 22/16 -	19-01-8 NZB
KV Schleswig-Holstein: Ergänzungsvereinbarung zum HVV v. 03.04.2009	B 6 KA 20/19 R B 6 KA 26/19 R	Verstößt die Bestimmung in einer Honorarverteilungsvereinbarung, nach der sogenannte Wachstumsärzte von der Anwendung einer Konvergenzregelung für die Vereinheitlichung der Umsetzung der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen	<i>LSG Schleswig-Holstein</i> , Urt. v. 05.02.2019 - L 4 KA 69/15 -	19-03-2



		nach § 87b Absatz 2 und 3 SGB V basierend auf dem Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung vom 15.1.2009 ausgeschlossen sind, gegen höherrangiges Recht?	Urt. v. 04.06.2019 - L 4 KA 4/16 -	19-04-9
Strukturzuschlag auch für psychotherapeutische Ausbildungsambulanz	B 6 KA 41/17 R <b>Termin:</b> 12.12.2018	Hat eine Ausbildungsstätte für Psychotherapie nach § 6 PsychThG, die eine Ausbildungsambulanz betreibt, einen Anspruch auf Zahlung des sogenannten Strukturzuschlages nach der Nr 35251 des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen (juris: EBM-Ä 2008)?	<b>SG Berlin</b> , Urt. v. 24.05.2017 - S 83 KA 934/16 -	17-03-4
Vergütung ambulanter Notfallbehandlungen im Krankenhaus (2008)	B 6 KA 67/17 R <b>Termin:</b> 03.04.2019	Verstoßen die vom Bewertungsausschuss erlassenen Neuregelungen für die Vergütung von Leistungen im Notfalldienst im Jahr 2008 gegen höherrangiges Recht?	<b>LSG Bayern</b> , Urt. v. 08.02.2017 - L 12 KA 85/15 -	17-02-25 NZB
Hinterlegung von Honorarzahlungen	B 6 KA 11/18 R <b>Termin:</b> 11.12.2019	Hat die Kassenzahnärztliche Vereinigung einen ausreichenden Grund für eine Hinterlegung vertragszahnärztlichen Honorars, wenn sie Zweifel an der Wirksamkeit einer Abtretung des Honoraranspruchs durch den Vertragszahnarzt hat?	<b>LSG Rheinland-Pfalz</b> , Urt. v. 24.05.2018 - L 5 KA 15/16 -	18-03-8
Unzulässigkeit einer Globalzession/Vollstreckungsschutz	B 6 KA 10/18 R <b>Termin:</b> 11.12.2019	Steht die Mitteilung des Finanzamts als Pfändungsgläubiger, zugunsten des Schuldners einen bestimmten Betrag der Einkünfte aus vertragszahnärztlicher Tätigkeit pfandfrei zu belassen, einem Beschluss des Vollstreckungsgerichts nach § 850i ZPO gleich, sodass der von der Kassenzahnärztlichen Vereinigung erklärten Aufrechnung mit Gegenforderungen ein Aufrechnungsverbot entgegensteht?	<b>LSG Rheinland-Pfalz</b> , Urt. v. 24.05.2018 - L 5 KA 38/17 -	18-03-9
Abschlagszahlungen	B 6 KA 13/18 R <b>Termin:</b> 11.09.2019	Sind die Regelungen zu Vorschüssen in § 42 SGB I auf Abschlagszahlungen von vertragsärztlichem Honorar entsprechend anwendbar?	<b>LSG Schleswig-Holstein</b> , Urt. v. 24.04.2018 - L 4 KA 3/16 -	18-04-9

#### **Arzt-/Psychotherapeutenregister**

#### **Zweigpraxis/Genehmigung der KV/Fachkunde/Notdienst/Disziplinarrecht**

Anfechtungsberechtigung: Ausscheiden aus einer überörtlichen BAG	B 6 KA 64/17 R <b>Termin:</b> 03.04.2019	Zur Anfechtungsberechtigung in Bezug auf eine Genehmigung zur Übernahme eines Versorgungsauftrags zur Versorgung chronisch niereninsuffizienter Patienten, wenn nach Auflösung einer auf dem Gebiet der Dialyse tätigen überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) die bisherigen Mitglieder ihre Tätigkeiten getrennt, aber im Übrigen unverändert an ihren jeweils beibehaltenen Vertragsarztsitzen fortsetzen.	<b>LSG Niedersachsen-Bremen</b> , Urt. v. 09.08.2017 - L 3 KA 128/15 -	18-01-24
Antragserfordernis für Genehmigung labormedizinischer Leistungen auch für Laborarzt	B 6 KA 45/17 R <b>Termin:</b> 24.10.2018	Ist in einer Genehmigung zur Anstellung eines Arztes für Labormedizin durch ein Labor-MVZ auch eine Abrechnungsgenehmigung für Laborleistungen zu sehen oder kann - falls dies nicht der Fall ist - eine Abrechnungsgenehmigung auch noch rückwirkend erteilt werden?	<b>SG Mainz</b> , Urt. v. 28.06.2017 - S 2 KA 66/14 -	17-04-24
Physikalische und Rehabilitative Medizin: Sonographieleistungen	B 6 KA 19/19 R	Ist ein Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin berechtigt, Sonographieleistungen gegenüber einer Kassenzahnärztlichen Vereinigung abzurechnen?	<b>LSG Saarland</b> , Urt. v. 12.04.2019 - L 3 KA 4/16 -	19-03-16
Notdienst: Zusätzlicher Bereitschaftsdienst am Sitz der Zweigpraxis	B 6 KA 51/17 R <b>Termin:</b> 13.02.2019	Verstoßen Regelungen in einer Bereitschaftsdienstordnung einer Kassenzahnärztlichen Vereinigung, wonach Betreiber einer Filialpraxis, die in einem anderen Bereitschaftsdienstbereich als dem Vertragsarztsitz betrieben wird, verpflichtet sind, zusätzlich auch im Bereitschaftsdienstbereich der Filiale am Bereitschaftsdienst teilzunehmen, gegen höherrangiges Recht?	<b>LSG Bayern</b> , Urt. v. 05.04.2017 - L 12 KA 125/16 -	17-04-27
Vorbereitungsassistenten in MVZ	B 6 KA 1/19 R	Dürfen in einem MVZ, in dem nur ein Vertragsarzt (als zahnärztlicher Leiter) und im Übrigen nur angestellte Zahnärzte tätig sind, mehr als ein Vorbereitungsassistent beschäftigt werden?	<b>SG Düsseldorf</b> , Urt. v. 05.12.2018 - S 2 KA 77/17 -	19-01-26

#### **Sachlich-rechnerische Berichtigung**

Übertragung der Prüfung auf Folgequartale/Bronchoskopie nach Nr. 09315 EBM	B 6 KA 63/17 R <b>Termin:</b> 15.05.2019	Darf die Kassenärztliche Vereinigung im Rahmen einer sachlich-rechnerischen Berichtigung aus der Unrichtigkeit der Abrechnung von Leistungen in einem Quartal auf die Unrichtigkeit der Abrechnung dieser Leistungen auch in den Folgequartalen schließen? (Falls ja: unter welchen Voraussetzungen?)	<b>LSG Baden-Württemberg,</b> Beschl. v. 31.03.2017 - L 5 KA 3288/16 -	18-01-13 NZB
Zeitbezogene Plausibilitätsprüfung: Nebeneinanderabrechnung Ordinationskomplex/Gesprächsleistung	B 6 KA 44/17 R <b>Termin:</b> 24.10.2018	Darf die als Abrechnungsvoraussetzung normierte Mindestzeit für den Arzt-Patienten-Kontakt von 20 Minuten für die Nebeneinanderabrechnung des Ordinationskomplexes und der Gesprächsleistung zu Lasten des Vertragsarztes in die Prüfung nach Tageszeitprofilen eingestellt werden?	<b>LSG Schleswig-Holstein,</b> Urt. v. 13.06.2017 - L 4 KA 16/14 -	17-04-13
Zeitbezogene Plausibilitätsprüfung: Quartalsarbeitszeitprofil bei Teilzeitanstellung	B 6 KA 9/18 R <b>Termin:</b> 30.10.2019	Ist bei einem in Vollzeit angestellten Arzt in einem Medizinischen Versorgungszentrum bei einem Quartalsarbeitszeitprofil von über 780 Stunden (390 Stunden bei 0,5 angestelltem Arzt) eine ordnungsgemäße Leistungserbringung nicht mehr gewährleistet? Gilt die Regelung des § 32 Ärzte-ZV auch bei einer Vertretung innerhalb eines Medizinischen Versorgungszentrums?	<b>LSG Bayern,</b> Urt. v. 17.01.2018 - L 12 KA 123/16 -	18-03-11
Akupunktur	B 6 KA 56/17 R <b>Termin:</b> 13.02.2019	Muss das "ärztlich dokumentierte Schmerzintervall" im Sinne des § 5 Abs 1 Nr 2 der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Akupunktur unmittelbar dem Beginn der Akupunkturbehandlung vorausgehen?	<b>LSG Bayern,</b> Urt. v. 14.09.2016 - L 12 KA 221/14 -	juris NZB
Rückwirkende Einschränkung der Abrechenbarkeit einer Leistung	B 6 KA 8/18 R <b>Termin:</b> 26.06.2019	Ist die rückwirkende Einschränkung der Abrechenbarkeit einer Gebührenordnungsposition auf "einmal am Behandlungstag" rechtmäßig?	<b>LSG Bayern,</b> Urt. v. 22.11.2017 - L 12 KA 138/15 -	18-03-20 NZB
Berechnung der Rückforderung und vorherige Kürzungen	B 6 KA 58/17 R <b>Termin:</b> 13.02.2019	Sind bei der Berechnung der Rückforderung nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung bereits zuvor erfolgte Honorierungen wegen Überschreitens der Job-Sharing-Obergrenze in voller Höhe als Eurobetrag zu berücksichtigen?	<b>LSG Bayern,</b> Urt. v. 14.09.2016 - L 12 KA 165/14 -	18-01-16 NZB
Ultraschalluntersuchungen bei ambulanten Operation	B 6 KA 24/18 R	Schließt Nr 8 der Präambel zu Abschnitt 31.2.1 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen (juris: EBM-Ä 2008) die Abrechnung der während einer ambulanten Operation am Gefäßsystem (Nr 31202 ff EBM-Ä) durchgeführten Ultraschalluntersuchungen (Nr 33072 EBM-Ä) sowie weiterer ambulanter Operationen, die innerhalb eines Zeitraums von drei Tagen bei demselben Patienten, aber in anderen Operationsbereichen vorgenommen werden, aus?	<b>SG Düsseldorf,</b> Urt. v. 27.06.2018 - S 14 KA 266/17 -	19-03-11
„Kombinationsnarkose mit Maske“ nach Nr. 31822 EBM (Katarakt-Operation)	B 6 KA 15/19 R B 6 KA 24/19 R	Kann die Gebührenordnungsposition 31822 des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen (juris: EBM-Ä 2008) in Fällen einer Vollnarkose zur Durchführung einer Retrobulbäranästhesie im Zusammenhang mit einer Kataraktoperation abgerechnet werden?	<b>LSG Hessen,</b> Urt. v. 20.02.2019 - L 4 KA 58/16 - - L 4 KA 3/16 -	19-02-16 19-03-10
Nr. 86516 der Onkologie-Vereinbarung (Zuschlag zu den Kostenpauschalen)	B 6 KA 14/19 R	Kann der Zuschlag nach Ziffer 86516 Anhang 2 der Onkologie-Vereinbarung ("Zuschlag ... für die intravenös und/oder intraarteriell applizierte zytostatische Tumortherapie ...") abgerechnet werden, wenn Bisphosphonate intravenös und/oder intraarteriell und anschließend eine zytostatische Therapie oral appliziert wird? Welche rechtlichen Maßstäbe gelten für die Auslegung von Vergütungsbestimmungen, die nicht vom Bewertungsausschuss beschlossen, sondern in einer Anlage zum Bundesmantelvertrag (hier: Onkologie-Vereinbarung) vereinbart worden sind?	<b>LSG Baden-Württemberg,</b> Urt. v. 14.11.2018 - L 5 KA 4616/17 -	19-01-20 NZB
Postoperativer Bereitschaftsdienst anästhesistischer BAG u. unvorhergesehene Inanspruchnahme	B 6 KA 13/19 R	Ist die Gebührenordnungsposition 01100 EBM-Ä 2008 (unvorhergesehene Inanspruchnahme des Vertragsarztes durch einen Patienten) abrechenbar, wenn der Patient das vom Vertragsarzt vorgehaltene Angebot einer Inanspruchnahme während eines Bereitschaftsdienstes annimmt?	<b>LSG Bayern,</b> Urt. v. 31.10.2018 - L 12 KA 93/17 -	19-02-15
Elektrokardiographische	B 6 KA 22/18 R	Ist die GOP 27320 EBM-Ä (Elektrokardiographische Untersuchung, obligater	<b>LSG Sachsen,</b>	18-03-18

Untersuchung) ist Teil der Notfallpauschale	<b>Termin:</b> 11.09.2019	Leistungsinhalt - mindestens 12 Ableitungen ...) im Rahmen einer Notfallbehandlung (Notfallambulanz eines Krankenhauses) neben der Notfallpauschale nach GOP 01210 EBM-Ä abrechenbar?	Urt. v. 25.04.2018 - L 1 KA 22/14 -	NZB
Notfallambulanz: Ambulante Behandlung oder stationäre Krankenhausbehandlung	B 6 KA 6/18 R <b>Termin:</b> 11.09.2019	Besteht ein Vergütungsanspruch für eine ambulante Notfallbehandlung nach § 76 Absatz 1 Satz 2 SGB V gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung, wenn trotz Feststellung von Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit keine Aufnahme des Patienten in das Krankenhaus erfolgt, das die Notfallbehandlung durchgeführt hat, oder liegt allein eine von der Krankenkasse zu vergütende stationäre Krankenhausbehandlung vor?	<b>LSG Berlin-Brandenburg</b> , Urt. v. 23.03.2018 - L 24 KA 25/17 -	18-03-23
Krankenhaus-Notfallambulanz: Darlegungslast für Labor- und Röntgenleistungen	B 6 KA 68/17 R <b>Termin:</b> 26.06.2019	Darf die Vergütung der von einem Krankenhaus erbrachten Notfallbehandlung davon abhängig gemacht werden, dass das Krankenhaus die Notwendigkeit der Notfallbehandlung im Einzelnen begründet und ist das Krankenhaus ggfs gehalten, diese Begründung bis zum Abschluss des Widerspruchsverfahrens abzugeben?	<b>LSG Rheinland-Pfalz</b> , Urt. v. 19.10.2017 - L 5 KA 1/17 -	18-01-19
Grenzen einer Notfall-Erstversorgung: Einzelfallprüfung/Nachholung des Vortrags	B 6 KA 6/19 R	Unterliegt die Ermittlung der ordnungsgemäßen Leistungsabrechnung im Verwaltungsverfahren der quartalsgleichen sachlich-rechnerischen Berichtigung einer Stufung von Mitwirkungspflichten des Leistungserbringers einerseits und der Amtsermittlungspflicht der Kassenärztlichen Vereinigung andererseits und genügt eine Kassenärztliche Vereinigung dem Untersuchungsgrundsatz nicht, wenn sie bei einer Rechnungslegung durch das abrechnende Krankenhaus, die den Abrechnungsrichtlinien entspricht, bei Notfallbehandlungen die Vergütung von Laborleistungen regelwerkstechnisch absetzt, ohne im Einzelfall zu ermitteln?	<b>LSG Hessen</b> , Urt. v. 19.12.2018 - L 4 KA 20/15 -	19-01-13
Sprechstundenbedarf: Sachlich-rechnerische Richtigstellung durch KV	B 6 KA 23/18 R <b>Termin:</b> 11.12.2019	Sind gesamtvertragliche Regelungen wirksam, die die Zuständigkeit für die Richtigstellung der Verordnung von Sprechstundenbedarf der Kassenärztlichen Vereinigung übertragen oder besteht eine ausschließliche Zuständigkeit der Prüfungsgremien?	<b>LSG Baden-Württemberg</b> , Urt. v. 18.04.2018 - L 5 KA 792/16 -	18-02-25 NZB

**Wirtschaftlichkeitsprüfung/Regress**

Nichtbeachtung von Therapiehinweisen (Forsteo/Wirkstoff Teriparatid)	B 6 KA 23/19 R <b>Termin:</b> 11.09.2019	Darf wegen Nichtbeachtung von Therapiehinweisen (hier: zum Wirkstoff Teriparatid) ein Arzneikostenregress nach Einzelfallprüfung festgesetzt werden, wenn für denselben Zeitraum die Arzneimittelverordnungen auch im Rahmen einer Richtgrößenprüfung auf Wirtschaftlichkeit überprüft werden?	<b>LSG Schleswig-Holstein</b> , Urt. v. 20.02.2018 - L 4 KA 11/15 -	18-03-62 NZB
Doppelte Regressfestsetzung	B 6 KA 15/18 R <b>Termin:</b> 11.09.2019	Dürfen Arzneikostenregresse wegen unzulässigen Verordnungen und solche wegen Überschreitung der Richtgrößen für denselben Zeitraum kombiniert werden?	<b>LSG Schleswig-Holstein</b> , Urt. v. 20.02.2018 - L 4 KA 8/15 -	18-04-15
Berücksichtigung von Zweitmeinungsverfahren	B 6 KA 21/19 R B 6 KA 22/19 R <b>Termin:</b> 11.09.2019	Müssen die Prüfungsgremien bei der Einzelfallprüfung von Verordnungen kostenintensiver Arzneimittel (hier: Wirkstoffe Adalimumab, Etanercept beziehungsweise Infliximab) ein positives Votum hinsichtlich einzelner Patienten im Rahmen eines nach der Prüfvereinbarung vorgesehenen, aber erst für spätere Zeiträume durchgeführten Zweitmeinungsverfahrens bei ihrer Entscheidungsfindung berücksichtigen?	<b>LSG Schleswig-Holstein</b> , Urt. v. 20.02.2019 - L 4 KA 10/15 - - L 4 KA 13/15 -	19-03-20 19-03-21
Hemmung der Verjährung bei Kenntnisnahme des Antrags	B 6 KA 7/18 R Erledigung 10/2019 durch Klagerücknahme	Zur Hemmung der vierjährigen Verjährungsfrist bei Feststellung eines sonstigen Schadens im Sinne von § 48 Absatz 1 BMV-Ä.	<b>SG Mainz</b> , Urt. v. 31.01.2018 - S 8 KA 266/15 -	18-03-36
BAG mit MKG-Chirurgen	B 6 KA 2/19 R B 6 KA 3/19 R	Zur Bildung der Vergleichsgruppe bei der statistischen Wirtschaftlichkeitsprüfung einer fachübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaft von Zahnärzten sowie Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen.	<b>SG Marburg</b> , Urt. v. 05.12.2018 - S 12 KA 127/18 - - S 12 KA 201/18 -	19-01-43 19-01-44
BAG mit MKG-Chirurgen/Wahlfeststellung	B 6 KA 25/19 R	Zur Bildung der Vergleichsgruppe bei der statistischen Wirtschaftlichkeitsprüfung einer fachübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaft von Zahnärzten sowie Mund-, Kiefer-	<b>SG Marburg</b> , Urt. v. 05.06.2019	19-03-28

		und Gesichtschirurgen. Zur Zulässigkeit einer sogenannten Wahlfeststellung in Fällen in denen neben einer Unwirtschaftlichkeit (Wirtschaftlichkeitsprüfung) auch eine Unrichtigkeit der Honorarabrechnung (sachlich-rechnerische Richtigstellung) in Betracht kommt.	- S 12 KA 387/18 WA	
<b>Zulassung und Ermächtigung</b>				
Auswahlentscheidung: Räumliche Verteilung/Geräteausstattung	B 6 KA 11/19 R	Ist in einem Zulassungsverfahren nach Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen im Rahmen einer Auswahlentscheidung neben einem Antrag auf Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung auch der Antrag einer Berufsausübungsgemeinschaft auf Genehmigung der Anstellung eines Arztes zu berücksichtigen? Ist bei Berücksichtigung des Antrags einer Berufsausübungsgemeinschaft auf Genehmigung der Anstellung eines Arztes hinsichtlich der Auswahlkriterien auf die Ärzte der Berufsausübungsgemeinschaft oder die Person des anzustellenden Arztes abzustellen?	<i>LSG Schleswig-Holstein</i> , Urt. v. 12.06.2018 - L 4 KA 46/17 -	19-02-34 NZB
Öffnung eines Planungsbereichs: „Konzeptbewerbung“ nach § 103 IV 10 SGB V	B 6 KA 5/18 R <b>Termin:</b> 15.05.2019	Ist die Regelung des § 103 Absatz 4 Satz 10 SGB V in der Fassung des GKV-VSG vom 16.7.2015 für das Zulassungsverfahren nach partieller Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen in einem bisher übertversorgten Planungsbereich anwendbar?	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 17.01.2018 - L 12 KA 12/17 -	18-02-28
Nachfolgebesetzung: Beschränkung einer Sonderbedarfszulassung	B 6 KA 27/19 R	Gilt die Beschränkung einer Sonderbedarfszulassung auf den Ausnahmetatbestand „tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen“ bei einer Nachfolgebesetzung fort?	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 26.06.2019 - L 12 KA 22/18 -	19-04-28
Nachbesetzungsverfahren	B 6 KA 20/18 R	Kann ein Vertragsarzt die Verletzung subjektiver Rechte geltend machen, wenn während eines Nachbesetzungsverfahrens gemäß § 103 Abs 4 SGB V die (Mit-)Bewerber die Genehmigung zur Verlegung eines Vertragsarztsitzes an den Vertragsarztsitz des Praxisabgebers und die Genehmigung zur überörtlichen gemeinsamen Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit vor der eigentlichen Nachfolgeentscheidung erhalten?	<i>SG Gelsenkirchen</i> , Urt. v. 20.04.2018 - S 16 KA 8/17 -	19-01-48
Rücknahme des Antrags auf Nachbesetzung	B 6 KA 19/18 R	Hat die Rücknahme des Antrags eines Arztes auf Nachbesetzung seines Vertragsarztsitzes zur Folge, dass die gegen die Auswahlentscheidung des Berufungsausschusses gerichtete Klage eines Konkurrenten schon aus diesem Grunde erfolglos ist?	<i>SG Gelsenkirchen</i> , Urt. v. 20.04.2018 - S 16 KA 7/17 -	19-01-49
Erledigung des Nachbesetzungsverfahrens nach Zurücknahme des Antrags	B 6 KA 8/19 R	Erledigt sich ein Nachbesetzungsverfahren, wenn der Praxisabgeber nach der Entscheidung des Zulassungsausschusses zur Durchführung des Verfahrens den Antrag auf Nachbesetzung seines Vertragsarztsitzes zurücknimmt?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 14.11.2018 - L 11 KA 91/16 -	19-02-38
Nachbesetzungsverfahren bei Zulassungsentziehung wegen Nichtausübung	B 6 KA 14/18 R <b>Termin:</b> 30.10.2019	Kann nach Entziehung der Zulassung eines Vertragsarztes im Umfang eines halben Versorgungsauftrags wegen Nichtausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit ein Nachbesetzungsverfahren durchgeführt werden?	<i>SG Berlin</i> , Urt. v. 13.06.2018 - S 83 KA 997/16 -	18-03-45
Beschäftigung einer Ärztin in der fachinternistischen und hausärztlichen Versorgung	B 6 KA 62/17 R <b>Termin:</b> 13.02.2019	Darf ein medizinisches Versorgungszentrum eine angestellte Ärztin auf jeweils einer halben Vertragsarztstelle mit einem Versorgungsauftrag in der fachinternistischen und der hausärztlichen Versorgung beschäftigen?	<i>SG Hamburg</i> , Urt. v. 27.09.2017 - S 27 KA 350/16 -	18-01-35
Verlegung einer genehmigten Anstellung in anderes MVZ unterschiedlicher Rechtsträger	B 6 KA 16/19 R B 6 KA 17/19 R B 6 KA 18/19 R	Kann die Anstellungsgenehmigung für einen Arzt in einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) zu einem MVZ, das von einer anderen juristischen Person des Privatrechts betrieben wird, verlegt werden?	SG Hamburg, Urt. v. 17.04.2019 - S 27 KA 81/18 - - S 27 KA 82/18 - - S 27 KA 83/18 -	19-03-35 19-03-37 19-03-36
Herausgabe einer Bürgschaftsurkunde nach	B 6 KA 2/18 R <b>Termin:</b> 11.09.2019	Kann der Gesellschafter einer GmbH, die ein medizinisches Versorgungszentrum betreibt, nach seinem Ausscheiden aus der Gesellschaft im Rahmen eines	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urt. v. 08.11.2017	18-01-36

Gesellschafterwechsel		Gesellschafterwechsels die Rückgabe einer von ihm dem Zulassungsausschuss vorgelegten Bürgschaftsurkunde verlangen und gegebenenfalls unter welchen Voraussetzungen?	- L 3 KA 109/15 -	
Zulassungsentziehung: Visuelles Ausspionieren der Praxisangestellten in ihrer Intimsphäre	B 6 KA 4/18 R <b>Termin:</b> 03.04.2019	Verstößt ein Vertrags(zahn)arzt gegen seine vertrags(zahn)ärztlichen Pflichten, wenn er in den Schutzbereich der Intim- und Privatsphäre der Mitarbeiterinnen innerhalb ihres dienstlichen Bereichs eingreift (hier: Videobildaufnahmen in Umkleieräumen und Duschen)?	<b>LSG Thüringen,</b> Urt. v. 20.11.2017 - L 11 KA 807/16 -	18-02-34

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

<b>!Unerwartetes Ende des Ausdrucks</b> Abschlüsse nach § 95d SGB V: Auslegung des Begriffs „Honorarberichtigungen“ in Vergütungs vb.	B 6 KA 5/19 R	Steht dem öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch der Krankenkasse gegen die Kassenzahnärztliche Vereinigung auf Rückzahlung von Gesamtvergütungsanteilen aufgrund von Honorarkürzungen gegenüber Vertragszahnärzten wegen Verletzung der Fortbildungspflicht die Regelung in einer Vergütungsvereinbarung entgegen, nach der die zu zahlende Gesamtvergütung zur Berücksichtigung von Honorarberichtigungen um einen pauschalen Prozentsatz gemindert wird?	<b>LSG Nordrhein-Westfalen,</b> Urt. v. 10.10.2018 - L 11 KA 6/18 -	19-01-64
Genehmigungsvorbehalte für humangen. Leistungen im EBM	B 6 A 1/19 R	Ist der Bewertungsausschuss befugt, im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen die Abrechenbarkeit humangenetischer Leistungen von einer vorherigen Genehmigung durch die zuständige Krankenkasse abhängig zu machen?	<b>LSG Berlin-Brandenburg,</b> Urt. v. 10.04.2019 - L 7 KA 35/16 KL -	19-03-43
GBA: Erprobung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	B 6 KA 17/18 R <b>Termin:</b> 11.09.2019	Ist der Hersteller eines diagnostischen Tests von der Weigerung des GBA, eine positive Empfehlung für diesen Test als Untersuchungsmethode im Sinne des § 135 Absatz 1 SGB V abzugeben, in eigenen Rechten betroffen? Welche Anforderungen sind an den Nachweis des Nutzens im Sinne des § 135 Absatz 1 Satz 1 SGB V zu stellen? Welche Anforderungen sind an die Feststellung eines Erprobungspotentials im Sinne des § 137e SGB V zu stellen?	<b>LSG Berlin-Brandenburg,</b> Urt. v. 27.06.2018 - L 7 KA 46/14 KL -	18-03-56
Grundsatz der Spiegelbildlichkeit bei KV-Gremienwahlen	B 6 KA 57/17 R <b>Termin:</b> 15.05.2019	Findet der Grundsatz der Spiegelbildlichkeit bei Wahlen von Gremien der Vertreterversammlung einer Kassenzahnärztlichen Vereinigung auch dann Anwendung, wenn die Satzung keine "Fraktionen" vorsieht und unabhängig davon, ob es sich um Gremien mit Entscheidungskompetenz oder um solche mit nur beratender Funktion handelt?	<b>SG Marburg,</b> <b>Urt. v. 31.05.2017</b> - S 12 KA 100/17 -	17-03-71
Hausarztzentrierte Versorgung: Pflicht zur Selbsterbringung des Allgemeinlabors	B 6 KA 25/18 R	Stellt die in einem (Selektiv-)Vertrag über die hausarztzentrierte Versorgung (HzV) festgelegte Pflicht der an der HzV teilnehmenden (Haus-)Ärzte, Leistungen des 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?	<b>LSG Baden-Württemberg,</b> Urt. v. 14.11.2018 - L 5 KA 3686/16 -	19-01-66

**Erweiterte Honorarverteilung (EHV) der KV Hessen**

Einnahmen aus Sonderverträgen/ Rederecht des weiteren Stellvertreters des Vorsitzenden des Beirats	B 6 KA 53/17 R B 6 KA 55/17 R B 6 KA 52/17 R B 6 KA 54/17 R	Inwieweit sind Einnahmen aus Sonderverträgen bei der Festsetzung des Punktwertes nach den Grundsätzen der Erweiterten Honorarverteilung der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Hessen in der Fassung ab 1.7.2012 zu berücksichtigen? In welchem Umfang sind die inaktiven Mitglieder des gewählten EHV-Beirats der	<b>SG Marburg,</b> Urt. v. 31.05.2017 - S 12 KA 704/15 - - S 12 KA 727/15 -	17-03-82 17-03-83 17-03-84 17-03-85
--	--	---	--	--

	<b>Termin:</b> 12.12.2018	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?	- S 12 KA 706/15 - - S 12 KA 705/15 -	
Kostenanteile/Beitragsklassen (Quartale III/12-II/13)	B 6 KA 12/18 R B 6 KA 16/18 R B 6 KA 7/19 R B 6 KA 9/19 R	Verstößt die Regelung des § 3 Absatz 1 Satz 1 EHV (juris: ErwHVGrS HE) gegen Artikel 12 Absatz 1 in Verbindung mit Artikel 3 Absatz 1 GG soweit sie bezogen auf die Festsetzung des Beitrags keine Abzüge für Sach- und Praxiskostenanteile vorsieht?	<b>LSG Hessen</b> , Urt. v. 11.04.2018 - L 4 KA 2/15 -, - L 4 KA 11/15 - v. 30.01.2019 - L 4 KA 86/14 - v. 27.02.2019 - L 4 KA 5/15 -	18-03-61 18-03-62 19-02-48 19-02-49

**Sonstiges/Verfahrensrecht**

**Anhang II: BSG - Anhängige Revisionen Krankenversicherung**

Stand: 27.11.2019. Die Angaben „Aktenzeichen“, „Termin“ und „Rechtsfrage“ sowie über die Vorinstanz (Gericht und Aktenzeichen) beruhen auf der Veröffentlichung des BSG (Anhängige Rechtsfragen des 1. bzw. 3. Senats – <http://www.bundessozialgericht.de>).

Sachgebiet	Aktenzeichen:	Rechtsfrage	Vorinstanz	RID
<b>Ärztliche Behandlung</b>				
Fußhebersystem zur Sicherung des Erfolges einer Krankenbehandlung/Neue Behandlungsmethode	B 3 KR 12/19 R	Wie ist bei Hilfsmitteln, die mehreren Versorgungszielen im Sinne des § 33 Absatz 1 Satz 1 SGB V dienen, das vorrangige Versorgungsziel im Hinblick auf § 13 Absatz 3a Satz 9 SGB V zu ermitteln? Dient ein elektronisches Fußhebersystem bei neurologisch bedingter Fußheberschwäche (vorrangig) dem Versorgungsziel der Sicherung des Erfolgs der Krankenbehandlung (§ 33 Absatz 1 Satz 1 Variante 1 SGB V), steht es dann in einem untrennbaren Zusammenhang mit einer neuen Behandlungsmethode im Sinne des § 135 SGB V?	LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 08.11.2018 - L 5 KR 21/18 -	19-01-98 NZB
Satzungsregelung zur künstlichen Befruchtung	B 1 KR 7/19 R	Verstößt eine Satzungsregelung zur künstlichen Befruchtung im Rahmen des Zusatzangebots nach § 11 Absatz 6 SGB V gegen höherrangiges Recht, wenn diese nicht unmissverständlich deutlich macht, dass ein Versuch nicht als die durch Embryonentransfer abgeschlossene Maßnahme definiert wird, sondern bereits mit der Verordnung hormonstimulierender Medikamente beginnt?	<b>LSG Bayern</b> , Urt. v. 15.01.2019 - L 5 KR 94/18 -	19-02-64
Podologische Behandlung	B 1 KR 18/19 R	Haben Versicherte, die nicht unter einem diabetischen Fußsyndrom leiden, Anspruch auf vertragsärztlich verordnete podologische Leistungen und gegebenenfalls unter welchen Voraussetzungen?	<b>LSG Nordrhein-Westfalen</b> , Urt. v. 28.03.2019 - L 5 KR 198/18 -	19-03-111
<b>Kostenerstattung</b>				
Behandlung durch Podologen bei Systemmangel (eingewachsene Zehennägel)	B 1 KR 34/17 R <b>Termin:</b> 18.12.2018	Kann eine im Anhang 1 des EBM (juris: EBM-Ä 2008) als nicht gesondert berechnungsfähig aufgeführte vertragsärztliche Leistung (hier: podologische Nagelspangenbehandlung) zur Überwindung eines Systemmangels (keine leistungsbereiten Vertragsärzte) ausnahmsweise auch bei einem fachkundigen nichtärztlichen Leistungserbringer (hier: bei einem staatlich geprüften und fachlich qualifizierten Podologen) zu Lasten der Krankenkasse in Anspruch genommen werden?	<b>LSG Berlin-Brandenburg</b> , Urt. v. 11.10.2017 - L 9 KR 299/16 -	18-01-77

Kostenbeteiligung zur Entfernung von Brustimplantaten	B 1 KR 37/18 R <b>Termin:</b> 27.08.2019	Ist die Regelung des § 52 Absatz 2 SGB V, wonach die Krankenkasse Versicherte, die sich eine Krankheit durch eine medizinisch nicht indizierte ästhetische Operation, eine Tätowierung oder ein Piercing zugezogen haben, in angemessener Höhe an den Kosten zu beteiligen hat, verfassungsgemäß?	<i>SG Berlin</i> , Urt. v. 05.11.2018 - S 81 KR 1075/18 -	19-01-101
Genehmigungsfiktion für vor 26.02.2013 gestellte Anträge	B 1 KR 14/19 R <b>Termin:</b> 27.08.2019	Gilt die Genehmigungsfiktion nach § 13 Absatz 3a SGB V für vor dem 26.2.2013 gestellte Anträge?	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 28.03.2018 - L 20 KR 212/16 -	19-03-79
Genehmigungsfiktion: Anspruch ohne medizinische Verordnung oder Stellungnahme?	B 1 KR 1/19 R <b>Termin:</b> 27.08.2019	Setzt der Eintritt der Fiktionswirkung nach § 13 Absatz 3a SGB V voraus, dass sich der Leistungsberechtigte bei Antragstellung auf eine ärztliche Stellungnahme stützt? Kein Anspruch ohne medizinische Verordnung oder Stellungnahme	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 29.11.2018 - L 1 KR 416/16 -	19-01-101
Genehmigungsfiktion: Kostenerstattungsanspruch für Behandlung im EU-Ausland	B 1 KR 21/19 R	Findet die Regelung der Genehmigungsfiktion nach § 13 Absatz 3a SGB V Anwendung auf Ansprüche, die unmittelbar auf eine Geldleistung gerichtet sind und gilt dies auch für Kostenerstattungsansprüche nach § 13 Absatz 4 SGB V bei denen von vornherein eine ärztliche Behandlung im EU-Ausland beantragt wird?	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 14.03.2019 - L 4 KR 558/17 -	19-03-85
Genehmigungsfiktion: Zurücknahme	B 3 KR 13/19 R	Unter welchen Voraussetzungen kann eine fiktive Genehmigung nach § 13 Absatz 3a Satz 6 SGB V zurückgenommen werden?	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , Urt. v. 25.09.2019 - L 2 KR 49/18 -	
In-vitro-Fertilisations-Behandlungen und Altersgrenze	B 1 KR 8/19 R <b>Termin:</b> 27.08.2019	Erfasst die Genehmigungsfiktion nach § 13 Absatz 3a SGB V auch medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft nach § 27a SGB V nach Überschreitung der Altersgrenze?	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 05.09.2018 - L 4 KR 705/17 -	19-02-70
Zahnersatz: Kein Anspruch auf Übernahme auch des Eigenanteils	B 1 KR 9/19 R <b>Termin:</b> 27.08.2019	In welchem Umfang erfasst die Genehmigungsfiktion nach § 13 Absatz 3a SGB V Leistungen für Zahnersatz im Sinne des § 55 SGB V?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 15.05.2018 - L 11 KR 373/18 -	18-03-101 NZB
Geltung der Fünf-Wochen-Frist bei Einholung eines MDK-Gutachtens auch ohne Mitteilung	B 1 KR 30/18 R <b>Termin:</b> 06.11.2018	Beträgt die Frist zur Entscheidung über den von einem Versicherten gestellten Antrag auf Leistungen nach § 13 Absatz 3a Satz 1 SGB V auch dann fünf Wochen, wenn die Krankenkasse eine gutachtliche Stellungnahme des MDK einholt, den Versicherten hiervon aber nicht - wie in § 13 Absatz 3a Satz 2 SGB V vorgeschrieben - unterrichtet? Besteht bei einem Colonkarzinom (Dickdarmkrebs) ein Anspruch auf Gewährung einer Immuntherapie mit dendritischen Zellen?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 21.02.2017 - L 11 KR 2090/16 -	17-02-127
Genehmigungsfiktion: Arzneimittel im Rahmen eines Off-Label-Use	B 1 KR 9/18 R	Begründet eine mit Ablauf der Frist eingetretene Genehmigungsfiktion einen Naturalleistungsanspruch des Versicherten auf die Versorgung mit einem Arzneimittel im Rahmen des Off-label-use?	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , Urt. v. 15.02.2018 - L 5 KR 218/17 -	18-02-97
Erstattung der über den Festbetrag hinausgehenden Kosten eines Arzneimittels	B 1 KR 23/18 R <b>Termin:</b> 26.02.2019	Hat ein Versicherter im Rahmen der Genehmigungsfiktion des § 13 Absatz 3a SGB V einen Anspruch auf Erstattung der über den Festbetrag hinausgehenden Kosten eines Arzneimittels (hier: Antra Mups)?	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , Urt. v. 26.04.2018 - L 5 KR 89/17 -	18-03-95
	B 1 KR 24/18 R <b>Termin:</b> 26.02.2019	Hat ein Versicherter im Rahmen der Genehmigungsfiktion des § 13 Absatz 3a SGB V einen Anspruch auf Erstattung der über den Festbetrag hinausgehenden Kosten eines Arzneimittels (hier: Iscover)?	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , Urt. v. 03.05.2018 - L 5 KR 119/17 -	18-03-94
Genehmigungsfiktion: Hilfsmittel des Behinderungsausgleichs	B 3 KR 21/18 R	Sind Hilfsmittel zum Zweck des Behinderungsausgleichs vom Anwendungsausschluss der Genehmigungsfiktion von § 13 Abs 3a S 9 SGB V erfasst?	<i>LSG Saarland</i> , Urt. v. 12.12.2017 - L 2 KR 60/16 -	19-01-97 NZB
Genehmigungsfiktion: Zurücknahme	B 3 KR 14/18 R	Unter welchen Voraussetzungen kann eine fiktive Genehmigung nach § 13 Absatz 3a Satz 6 SGB V zurückgenommen werden?	<i>SG Düsseldorf</i> , Urt. v. 28.06.2018 - S 8 KN 1459/17 KR -	18-04-44
Zurücknahme einer fiktiven Genehmigung	B 3 KR 6/19 R	Finden die Regelungen der §§ 44 SGB X auf die fingierte Genehmigung eines Hilfsmittels (hier: Kompressionstherapiegerät) Anwendung?	<i>LSG Schleswig-Holstein</i> , Urt. v. 14.02.2019 - L 5 KR 163/16 -	19-03-86

**Stationäre Behandlung**

**Auslandskrankenbehandlung**

**Arzneimittel**

Allogene Stammzelltherapie im Off-Label-Use bei Mantelzelllymphom	B 1 KR 20/19 R	Ist eine nach einem relativ groben Untersuchungsmaßstab rezidivfreie Krebserkrankung (Mantelzelllymphom) bei der aufgrund "schlummernder" Krebszellen die große Wahrscheinlichkeit besteht, dass diese in ein Rezidiv in Form eines sich dann schnell entwickelten, unumkehrbaren und im Ergebnis tödlichen Prozesses umschlägt, wertungsmäßig mit einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlichen Erkrankung vergleichbar?	<i>LSG Hamburg</i> , Urt. v. 28.03.2019 - L 1 KR 125/17 -	19-03-122
---	----------------	--	---	-----------

**Hilfsmittel/Heilmittel**

Therapiedreirad-Tandem	B 3 KR 7/19 R	Unter welchen Voraussetzungen ist ein Therapiedreirad nach § 33 Absatz 1 Satz 1 SGB V insbesondere nach dessen zweiter Variante: "Zur Vorbeugung einer drohenden Behinderung" zu gewähren?	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urt. v. 23.04.2018 - L 4 KR 148/17 -	19-03-107 NZB
	B 3 KR 15/19 R	Vorinstanz: Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen, L 16 KR 182/18, 17.09.2019 Sind die Kosten einer GPS-Uhr mit Alarmfunktion von der gesetzlichen Krankenversicherung bei einem geistig behinderten Heranwachsenden mit Weglauftendenz und Orientierungslosigkeit im Rahmen der Hilfsmittelversorgung zu übernehmen?	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urt. v. 17.09.2019 - L 16 KR 182/18 -	19-04-65

**Häusliche Krankenpflege/Haushaltshilfe**

Häusliche Krankenpflege in Einrichtung der Eingliederungshilfe	B 3 KR 4/19 R	Zum Anspruch auf häusliche Krankenpflege als Behandlungspflege (hier: Anziehen von Kompressionsstrümpfen der Klasse II) in einer Einrichtung der Eingliederungshilfe.	<i>LSG Sachsen-Anhalt</i> , Urt. v. 31.01.2018 - L 6 KR 56/17 -	19-03-114 NZB
Häusliche Krankenpflege in ambulanter Wohngruppe	B 3 KR 14/19 R	Hat eine Versicherte Anspruch auf häusliche Krankenpflege zum Verabreichen von Medikamenten, wenn sie in einer ambulanten Wohngruppe betreut wird?	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 20.08.2019 - L 5 KR 403/19 -	

**Fahrkosten**

**Zuzahlung**

**Rehabilitationsmaßnahmen**

Vorsorgemaßnahme für Mütter: Kinder als Begleitkinder	B 1 KR 4/18 R <b>Termin:</b> 28.05.2019	Hat eine Versicherte einen Anspruch auf Mitaufnahme von privat versicherten Kindern zu der bewilligten Vorsorgemaßnahme nach § 24 SGB V gegenüber ihrer gesetzlichen Krankenkasse?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 07.12.2017 - L 5 KR 130/17 -	18-02-120
---	--	--	---	-----------

**Krankenhauskosten**

Neue Behandlungsmethode (Lungenvolumenreduktion mittels Implantation von Coils)	B 1 KR 2/19 R <b>Termin:</b> 08.10.2019	Sind Behandlungsmethoden, deren Nutzen noch nicht hinreichend belegt ist, die aber das Potenzial einer erforderlichen Behandlungsalternative im Sinne von § 137c Absatz 1 Satz 2 SGB V bieten, im Jahr 2013 zulasten der Gesetzlichen Krankenversicherung abrechenbar (hier: Lungenvolumenreduktion mittels Implantation von Coils bei COPD Grad IV im Juli 2013)?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 11.12.2018 - L 11 KR 206/18 -	19-01-135
Einwilligung in experimentelle Behandlung (Fremd-allogene Stammzelltransplantation)	B 1 KR 3/19 R B 1 KR 4/19 R <b>Termin:</b> 08.10.2019	Zu den Voraussetzungen einer wirksamen Einwilligung in eine experimentelle Behandlung mit hohem Mortalitätsrisiko und deren Ermittlung im Rechtsstreit.	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 23.02.2018 - L 4 KR 1055/15 - - L 4 KR 1056/15 -	19-01-149 19-01-150 NZB
Qualitätsanforderungen für Behandlungsalternative	B 1 KR 32/18 R <b>Termin:</b> 28.05.2019	Senkt § 137c Absatz 3 SGB V die Qualitätsanforderungen für den Anspruch auf stationäre Versorgung bei Methoden mit dem Potential einer Behandlungsalternative?	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urt. v. 10.04.2018	18-04-41 NZB



(Liposuktion bei Lipödem)			- L 4 KR 266/15	
Verweildauer: Keine Anschlussheilbehandlung wegen Kapazitätsproblemen	B 1 KR 13/19 R <b>Termin:</b> 19.11.2019	Kann ein Krankenhaus Vergütung für Zeiten nach Überschreitung der oberen Grenzwelldauer verlangen, wenn die vollstationäre Behandlung des Versicherten nur deswegen vollstationär aufrechterhalten bleiben muss, weil die notwendige stationäre Anschlussheilbehandlung wegen Kapazitätsproblemen noch nicht beginnen kann und eine sonstige Unterbringung des Versicherten (zum Beispiel in der eigenen Häuslichkeit, Pflegeheim etc) aus zwingenden medizinischen Gründen ausgeschlossen ist?	<b>LSG Bayern,</b> Urt. v. 28.06.2018 - L 4 KR 509/17 -	19-02-100
Überschneidungen zwischen Prüfregimen	B 1 KR 12/19 R <b>Termin:</b> 19.11.2019 Zurücknahme	Findet die Prüfverfahrenvereinbarung - PrüfvV (juris: PrüfvVbg) auf Prüfverfahren Anwendung, bei denen zunächst die sachlich-rechnerische Richtigkeit der Krankenhausrechnung und erst in einem zweiten Schritt die Wirtschaftlichkeit der Krankenhausbehandlung überprüft wird?	<b>LSG Hessen,</b> Urt. v. 08.11.2018 - L 1 KR 425/17 -	19-02-103 NZB
Heranziehung von Unterlagen	B 1 KR 10/19 R <b>Termin:</b> 19.11.2019	Welche Unterlagen sind für die Frage der Offensichtlichkeit eines Fehlers in der Krankenhausrechnung heranzuziehen?	LSG Hamburg, Urt. v. 24.01.2019 - L 1 KR 46/17 -	19-02-104
Fallzusammenführung: Zweistufige Prüfung	B 1 KR 6/19 R <b>Termin:</b> 19.11.2019	Liegt eine Beurlaubung im Sinne des § 1 Absatz 7 Satz 5 FPV 2012 vor, wenn der Patient aus der vollstationären Krankenhausbehandlung entlassen wurde, um die Ergebnisse der endgültigen Histologie abzuwarten, die dann zu einer Wiederaufnahme geführt haben?	<b>LSG Hamburg,</b> Urt. v. 15.11.2018 - L 1 KR 68/18 -	19-02-107
Fallzusammenführung mit drittem Krankenhausaufenthalt	B 1 KR 22/19 R	Steht ein zwischenzeitlicher anderweitiger Krankenhausaufenthalt der Zusammenführung der Falldaten zweier Krankenhausaufenthalte nach § 2 Absatz 2 der Fallpauschalenvereinbarung 2015 entgegen?	<b>LSG Baden-Württemberg,</b> Urt. v. 23.07.2019 - L 11 KR 4533/18 -	19-04-94
Beatmung eines Frühgeborenen	B 1 KR 13/18 R <b>Termin:</b> 30.07.2019	Ist die Atemunterstützung mit einer High-Flow-Nasenanüle (HFNC) bei Säuglingen als maschinelle Beatmung im Sinne der Nummer 1001h DKR 2009 zu werten?	<b>LSG Bayern,</b> Urt. v. 13.03.2018 - L 5 KR 504/15 -	18-02-152
Atemunterstützung mit einer High-Flow-Nasenbrille	B 1 KR 11/19 R <b>Termin:</b> 30.07.2019	Ist die Atemunterstützung mit einer High-Flow-Nasenbrille (HFNC) bei Säuglingen als maschinelle Beatmung im Sinne der Nr 1001h DKR 2017 zu werten?	<b>LSG Rheinland-Pfalz,</b> Urt. v. 07.02.2019 - L 5 KR 166/18 -	19-02-116
Spontanatmungsstunden und Beatmungszeit	B 1 KR 19/19 R	Sind Spontanatmungsstunden auch dann als Beatmungszeit abzurechnen, wenn der Entwöhnungsversuch bis zur Entlassung des Patienten nicht zu einer stabilen respiratorischen Situation geführt hat?	<b>LSG Bayern,</b> Urt. v. 12.03.2019 - L 5 KR 202/18	19-03-135
Ist suprapubischer Verweilkatheter Implantat?	B 1 KR 26/18 R	Ist ein suprapubischer Blasenkatheter eine Prothese, Implantat oder Transplantat im Sinne von ICD-10-GM (2009) T83.5?	<b>LSG Sachsen,</b> Urt. v. 27.10.2017 - L 1 KR 252/13 -	18-01-119 NZB
Nephrostomiekatheter: Prothese, Implantat oder Transplantat	B 1 KR 27/18 R <b>Termin:</b> 09.04.2019	Ist ein perkutaner Nephrostomiekatheter eine Prothese, Implantat oder Transplantat im Sinne von ICD-10-GM (2011) T83.5?	<b>LSG Berlin-Brandenburg,</b> Urt. v. 14.09.2017 - L 1 KR 238/15 -	17-04-135 NZB
Prozedur „Multimodale Schmerztherapie“	B 1 KR 25/19 R	Darf ein Krankenhaus die Prozedur "Multimodale Schmerztherapie" (Nr 8-918 OPS 2014) nur kodieren, wenn die Behandlung unter Einbeziehung eines Facharztes für Psychiatrie, Psychotherapie, für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder eines Psychologischen Psychotherapeuten durchgeführt wurde oder genügt die Einbeziehung eines Psychologen mit der Erlaubnis der Heilkunde auf dem Gebiet der Psychotherapie nach § 1 Absatz 1 des Heilpraktikergesetzes (HeilprG)?	<b>LSG Sachsen,</b> Urt. v. 10.04.2019 - L 1 KR 170/16 -	
Einsichtnahme in Behandlungsunterlagen	B 1 KR 40/17 R <b>Termin:</b> 18.12.2018	Hat eine Krankenkasse, auch ohne Einverständnis des Versicherten, einen Anspruch auf Einsichtnahme in die Behandlungsunterlagen des Krankenhauses während des Rechtsstreits über die Abrechnung der DRG A11C?	<b>LSG Baden-Württemberg,</b> Urt. v. 22.11.2017 - L 5 KR 1284/16 -	18-01-118
Kodierung einer Nebendiagnose	B 1 KR 16/19 R	Setzt die Kodierung einer Nebendiagnose (hier: ICD-10 T81.4 neben der Hauptdiagnose ICD-10 M00.86) nach den DKR 2011 eine Begleiterkrankung voraus, die einen	<b>LSG Nordrhein-Westfalen,</b> Urt. v. 24.01.2019	19-03-132

		weiteren therapeutischen oder sonstigen relevanten Versorgungsaufwand erfordert?	- L 5 KR 213/18 -	
Implantierung einer modularen Endoprothese	B 1 KR 35/18 R <b>Termin:</b> 08.10.2019	Sind Schrauben metallische Einzelbauteile im Sinne des OPS (2013) 5-829.k, die in Kombination mit mindestens zwei weiteren metallischen Einzelbauteilen die mechanische Bauteilsicherheit der gesamten Prothese gewährleisten?	<i>LSG Saarland</i> , Urt. v. 28.02.2018 - L 2 KR 100/15 -	18-02-142 NZB
Nachholung der Begründung für OPS-Code	B 1 KR 33/18 R <b>Termin:</b> 19.11.2019	Ist der Krankenträger berechtigt, nach erfolgter Abrechnung die Dokumentation der durchgeführten Krankenhausbehandlung zu ergänzen?	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urt. v. 30.01.2018 - L 16 KR 383/16 -	18-04-65 NZB
Rituximab als Zusatzentgelt im Off-Label-Use bei autoimmunologischem Schleimhautpemphigoid	B 1 KR 22/18 R	Hat ein Krankenhaus Anspruch auf Vergütung des Zusatzentgeltes ZE82.14 für die zulassungsüberschreitende Anwendung ("off-label-use") von Rituximab im Rahmen stationärer Behandlung, wenn die behandelte Krankheit zwar nicht unmittelbar lebensbedrohlich ist, aber aufgrund einer krankheitsbedingten erheblichen Sepsisgefahr jederzeit in einen mit einiger Wahrscheinlichkeit unumkehrbaren und im Ergebnis tödlichen Prozeß umschlagen kann?	<i>LSG Hamburg</i> , Urt. v. 03.05.2018 - L 1 KR 19/16 -	18-03-147
Erstattung bereits geleisteter Aufwandspauschalen	B 1 KR 15/19 R  B 1 KR 23/19 R B 1 KR 24/19 R	Hat ein Krankenhaus Aufwandspauschalen für vor dem 1.7.2014 abgeschlossene Behandlungsfälle der Krankenkasse zu erstatten, wenn die MDK-gestützte Prüfung der Krankenkasse die sachlich-rechnerische Richtigkeit der Krankenhausabrechnungen betraf?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 13.12.2018 - L 5 KR 738/16 - <i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 28.03.2019 - L 4 KR 6/18 - - L 4 KR 8/18 -	19-02-125  19-04-108 19-04-107
Feststellungsklage auf Feststellung der Verfahrenskostentragung	B 1 KR 3/18 R <b>Termin:</b> 09.04.2019	Zur Zulässigkeit der Umstellung einer Klage auf Erstattung von Krankenhausvergütung auf einen materiellrechtlichen Kostenerstattungsanspruch. Keine Feststellungsklage auf Feststellung der Verfahrenskostentragung	<i>LSG Hessen</i> , Urt. v. 26.01.2017 - L 8 KR 400/14 -	18-01-143 NZB

**Ambulante Versorgung**

**Weitere Leistungserbringer/Arzneimittelhersteller**

Apotheken: Zulässigkeit einer produktneutralen Verordnung von Impfstoffen	B 3 KR 5/17 R <b>Termin:</b> 20.12.2018	Sind Apotheker im Falle einer produktneutralen Verschreibung von Impfstoffen ohne Nennung der Bezeichnung des Impfstoffs durch Vertragsärzte verpflichtet, anhand von Informationsmaterial der Krankenkassen rabattierte Impfstoffe auszuwählen und abzugeben?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 24.01.2017 - L 11 KR 4746/15 -	17-02-195
Vereinbarung über Abschlag bei Abgabe von Zytostatika	3 KR 6/17 R <b>Termin:</b> 20.12.2018	Gestattet § 129 Abs 5 S 1 SGB 5 eine vertragliche Regelung über die Abrechnung von in Apotheken hergestellten Zytostatika auf Landesebene oder sind diese Regelungen nach § 129 Abs 5 S 3 SGB 5 ausschließlich der einzelvertraglichen Ebene vorbehalten?	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 07.12.2016 - L 9 KR 333/13 -	17-02-192
Pflicht zur Korrektur der Umsatzsteuerfestsetzung nur bei vertraglicher Vereinbarung	B 1 KR 5/18 R <b>Termin:</b> 09.04.2019 (Vergleich)	Haben Krankenkassen einen Anspruch gegen eine Krankenhausapotheke auf Erstattung von Umsatzsteuer, die sie für individuell hergestellte und an ihre Versicherten im Rahmen ambulanter Behandlungen verabreichte Arzneimittel und Arzneimittelzubereitungen gezahlt haben?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 16.01.2018 - L 11 KR 1723/17 -	18-02-162
	B 3 KR 1/18 R <b>Neu:</b> B 1 KR 5/19 R <b>Termin:</b> 09.04.2019	Haben Krankenkassen einen Anspruch gegen eine Krankenhausapotheke auf Erstattung von Umsatzsteuer, die sie für individuell hergestellte und an ihre Versicherten im Rahmen ambulanter Behandlungen verabreichte Arzneimittel und Arzneimittelzubereitungen (hier: Zytostatika-Zubereitungen) gezahlt haben, wenn und solange die Zahlung der Umsatzsteuer durch den Krankenträger an das Finanzamt auf einer unter dem Vorbehalt der Nachprüfung erfolgten Steuerfestsetzung (§ 164 AO) beruht?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 16.01.2018 - L 11 KR 4621/16 -	18-02-163

Ausländische Versandapotheke und Umsatzsteuer	B 3 KR 19/17 R <b>Termin:</b> 05.12.2019	Zur umsatzsteuerrechtlichen Behandlung von Arzneimittellieferungen einer Apotheke aus einem anderen EU-Land an die Mitglieder inländischer gesetzlicher Krankenkassen.	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , Urt. v. 06.07.2017 - L 5 KR 105/16 -	17-04-140
Schiedsspruch: Anforderungen an einen Nutzenbewertungsbeschluss	B 3 KR 2/18 R <b>Termin:</b> 28.03.2019	Zur Rechtmäßigkeit der Bestimmung der zweckmäßigen Vergleichstherapie im Nutzenbewertungsbeschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 35a Absatz 3 SGB V und dessen Auswirkungen auf die Rechtmäßigkeit eines Schiedsspruchs nach § 130b Absätze 3, 4 SGB V.	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 25.01.2018 - L 1 KR 295/14 KL -	18-02-167
Pharmazeutische Unternehmer: Maßgebliche Spitzenorganisation auf Bundesebene	B 3 KR 16/18 R <b>Termin:</b> 08.08.2019	Ist der Verband der Arzneimittelimporteure Deutschlands e.V. eine für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildete maßgebliche Spitzenorganisation der pharmazeutischen Unternehmer auf Bundesebene im Sinne von § 130b Absatz 5 Satz 1 SGB V?	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 24.05.2018 - L 9 KR 303/15 KL -	18-04-71
Hörgeräteakustiker: Versorgungsanzeige	B 3 KR 8/19 R	Hat ein Hörgeräteakustiker gegenüber der Krankenkasse einen Anspruch auf Vergütung für die Versorgung eines Versicherten mit Hörgeräten, wenn die nach den vertraglichen Regelungen des einschlägigen auf Grundlage von § 127 SGB V geschlossenen Versorgungsvertrags erforderliche Versorgungsanzeige vor Beginn des Anpassungsprozesses unterblieben ist?	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , Urt. v. 27.06.2019 - L 4 KR 55/18 -	19-04-110
Abrechnung durch Hebammengemeinschaften	B 3 KR 7/18 R B 3 KR 8/18 R B 3 KR 9/18 R B 3 KR 10/18 R B 3 KR 11/18 R <b>Termin:</b> 05.12.2019	Zur Abrechnung von Leistungen der Hebammenhilfe durch Hebammengemeinschaften.	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 01.03.2018 - L 4 KR 498/17 - - L 4 KR 348/17 - - L 4 KR 479/17 - - L 4 KR 497/17 - - L 4 KR 499/17 -	18-03-155 18-03-159 18-03-158 18-03-157 18-03-156

**Integrierte Versorgung**

**Krankenkassen**

Satzungsregelung: Zusätzliche Leistungen nur bei ungekündigter Mitgliedschaft	B 1 A 1/18 R <b>Termin:</b> 28.05.2019	Ist eine Satzungsregelung nicht genehmigungsfähig, wenn sie den Anspruch auf zusätzliche Leistungen gemäß § 11 Absatz 6 SGB V an eine ungekündigte Mitgliedschaft koppelt?	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 20.03.2018 - L 5 KR 394/16 KL -	18-04-75
Wahltarife	B 1 KR 34/18 R <b>Termin:</b> 30.07.2019	Dürfen Krankenkassen gemäß § 53 Absatz 4 Satz 1 SGB V in ihrer Satzung Wahltarifeleistungen vorsehen, die Kostenerstattungsansprüche Versicherter für Leistungen im Ausland, für "Krankenhauszuzahlung", für "Ein- oder Zwei-Bett-Zimmer" im Krankenhaus, für Leistungen bei Zahnersatz, für Brillen und für kieferorthopädische Behandlungen ergänzend zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung zum Gegenstand haben?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 14.06.2018 - L 16 KR 251/14 -	18-04-76
Kosten für medizinische Rehabilitationsleistung und gesetzliche Rentenversicherung	B 1 KR 6/18 R <b>Termin:</b> 11.09.2018	Hat der Träger der gesetzlichen Rentenversicherung einen Erstattungsanspruch gegenüber der Krankenkasse nach § 14 Absatz 4 Satz 1 SGB IX oder §§ 102 ff SGB X, wenn der Versicherte nach Bewilligung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation einen Antrag auf Altersrente stellt (§ 12 Absatz 1 Nummer 2 SGB VI-Sozialgesetzbuch Sechstes Buch - Gesetzliche Rentenversicherung)?	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 16.01.2018 - L 5 KR 601/15 -	18-02-181
Private Auslandskrankenversicherung: Erstattung von Geldleistungen	B 1 KR 7/18 R <b>Termin:</b> 11.09.2018	Hat eine private Auslandskrankenversicherung einen Anspruch gegen eine gesetzliche Krankenkasse auf Erstattung von Geldleistungen, die sie Versicherten für Krankenbehandlungen im Ausland gewährt hat?	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 05.12.2017 - L 5 KR 508/17 -	18-02-183
Zustimmung der Aufsichtsbehörde zur Vorstandsvergütungsanpassung	B 1 A 2/18 R <b>Termin:</b> 30.07.2019	Kann die Aufsichtsbehörde die Zustimmung zum Abschluss, zur Verlängerung oder zur Änderung eines Vorstandsdienstvertrages einer Krankenkasse verweigern, wenn darin die automatische Anpassung des Vorstandsgehalts mittels dynamischer Verweisung (hier:	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 05.09.2018 - L 5 KR 4364/17 KL -	18-04-80

		auf die Veränderungsrate gemäß § 71 Absatz 3 SGB V vorgesehen ist?		
Erstattungsanspruch nach Rentenanspruchstellung	B 1 KR 29/18 R	Unter welchen Voraussetzungen hat ein Rentenversicherungsträger gegen einen Krankenversicherungsträger für die Gewährung medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen Erstattungsansprüche, wenn der Versicherte nach Bewilligung der Maßnahme einen Rentenanspruch stellt?	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 29.06.2018 - L 1 KR 308/16 -	18-04-83
Keine aktive Prozessführungsbefugnis für Ersatzkassenverband	B 1 KR 16/18 R <b>Termin:</b> 30.07.2019	Besteht für einen Verband von Ersatzkassen eine Prozessführungsbefugnis zur Geltendmachung von Wettbewerbsansprüchen seiner Mitgliedskassen gegenüber einer anderen Krankenkasse?	<i>SG Berlin</i> , Urt. v. 12.04.2018 - S 56 KR 3964/15	18-03-164
Beratungs- und Betreuungsleistungen durch Vertrag mit Beratungsunternehmen	B 1 A 3/19 R <b>Termin:</b> 08.10.2019	Dürfen Krankenkassen mit privaten Beratungsunternehmen Verträge mit dem Ziel der Kostensenkung beziehungsweise -stabilisierung schließen, in denen für Gruppen von länger erkrankten oder stationär versorgten Versicherten Betreuungs- und Beratungsleistungen erbracht werden?	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 27.03.2019 - L 9 KR 54/16 KL -	19-03-142
Rückstellungen wegen Haftungsrisiko bei Schließung anderer Betriebskrankenkassen	B 1 A 2/19 R <b>Termin:</b> 08.10.2019	Darf eine Betriebskrankenkasse Rückstellungen für individuelle Schätzverpflichtungen wegen des Haftungsrisikos bei Schließung anderer für Betriebsfremde geöffnete Betriebskrankenkassen bilden?	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 15.01.2019 - L 5 KR 630/17 KL -	19-02-136
Arbeitsgemeinschaft von Krankenkassen: Erteilung von Auskünften	B 1 A 1/19 R <b>Termin:</b> 08.10.2019	Werden die Aufsichts- und Prüfrechte gegenüber einer in der Form der Aktiengesellschaft (AG) geführten Arbeitsgemeinschaft im Sinne des § 94 Absatz 1a SGB X (vergleiche § 88 SGB IV, § 94 Absatz 2 SGB X) durch die Verschwiegenheitspflichten des Vorstands und des Aufsichtsrats einer AG beschränkt?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 21.02.2018 - L 11 KR 779/12 KL -	19-02-135
<b>GBA</b>				
Unmittelbare Klage gegen Nutzenbewertungsbeschluss des GBA	B 3 KR 11/19 R	Zulässigkeit der Klage gegen einen Nutzenbewertungsbeschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA), wenn ein Erstattungsbetrag zwischen pharmazeutischen Unternehmen und dem GKV-Spitzenverband vereinbart wurde?	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 19.10.2018 - L 1 KR 558/15 KL -	19-01-158 NZB

**Sonstiges**