

Rechtsprechungsinformationsdienst 19-01

REDAKTION	7
EDITORISCHE HINWEISE	7
A. VERTRAGSARZTRECHT	8
I. Honorarverteilung	8
1. Honorarbegrenzung bei beschränktem Tätigkeitsumfang	8
2. Regelleistungsvolumen/Qualitätsgebundenes Zusatzvolumen (QZV)	9
a) RLV: Leistungen im Zusammenhang mit Empfängnisregelung und Schwangerschaftsabbruch	9
b) Praxisbesonderheiten im Rahmen des QZV	9
c) QZV/Fachgruppentypische Leistung: Leistung aus Facharztkapitel der Fachgruppe	10
3. Quotierung von Besuchsleistungen (Topf-im-Topf-Regelung)	10
4. Vergütung pathologischer und zytologischer Leistungen	10
5. Konvergenzregelung (KV Schleswig-Holstein)	11
a) Konvergenzregelung nicht für Ärzte in Wachstumsphase (Quartal I/09)	11
b) Ungleichbehandlung/Honorarsteigerung	11
c) Ausschöpfen des RLV als Voraussetzung (Quartal III/09)	11
6. Fachgruppenspezifische Vergütung psychotherapeutischer Leistungen	12
II. Sachlich-rechnerische Berichtigung	12
1. Verstoß gegen die Fortbildungspflicht durch angestellten (Zahn-)Arzt	13
2. Einhaltung der Grenzen einer Notfall-Erstversorgung: Einzelfallprüfung/Nachholung des Vortrags	13
3. Antrag einer Krankenkasse: Vorverfahren/Fristen/Bagatellgrenze	13
4. Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger: Rufbereitschaft unzureichend	14
5. Kein Bezug von Speziallaborleistungen aus Labor-Leistungserbringergemeinschaft	14
6. Ausschließlich konservativ tätiger Augenarzt/Versehentliche Abrechnung einer Operationsleistung	15
7. Betreuung einer Schwangeren (Nr. 01770 EBM): Feststellung der Schwangerschaft	15
8. Anästhesien des Abschnitts 31.5.3 EBM	15
9. Nr. 86516 der Onkologie-Vereinbarung (Zuschlag zu den Kostenpauschalen)	16
10. Zahnärztliche Behandlung	16
a) Erfordernis einer Dokumentation/Abweichungen vom KFO-Behandlungsplan/Bösgläubigkeit	16
b) Dokumentation/Nachbehandlung/Zusätzliche Lokalanästhesie	17
c) Dokumentation/Schiene/Infusion/Zusätzliche Lokalanästhesie	17
III. Genehmigung/Notdienst/Disziplinarrecht	18
1. Anerkennung als Belegarzt: Erreichbarkeit	18
2. Widerruf einer Genehmigung zur Anstellung einer Ärztin ohne Gebietsbezeichnung (Dauerassistentin)	19
3. Beschäftigung eines Vorbereitungsassistenten im MVZ	19
4. Abrechenbarkeit humangenetischer Leistungen für Internisten	20
5. Notdienst	20
a) Keine Befreiung eines Belegarztes vom ärztlichen Notdienst	20
b) Hausverbot für Bereitschaftspraxen (Notdienstpraxen)	20
c) Koppelung des Beitrags an Honorarumsatz	21
6. Disziplinarrecht: Eigenverantwortliche Entscheidung über kieferorthopädische Änderungen	21
IV. Wirtschaftlichkeitsprüfung/Arzneikostenregress/Schadensersatz	21
1. Psychosomatische Leistungen (Nr. 35100 u. 35110 EBM)	21
a) Übereinstimmung mit Psychotherapie-RL	21
b) Außerordentliche Häufigkeit psychischer Erkrankungen/Schätzgrundlage	22
2. Nachreichen von Diagnosen	22
3. Heilmittelregress	23
a) Verordnung physiotherapeutischer Anwendungen	23
b) Sachvorbringen des Vertragsarztes im Prüfverfahren	23
c) Verordnung außerhalb des Regelfalles	23
4. Sprechstundenbedarf	24
a) Vergleichsgruppenbildung und BAG mit Ärzten verschiedener Fachrichtungen (Radiologie)	24
b) Salben zur Wundbehandlung	25
5. Zahnärztliche Behandlung	25
a) Grenze zum offensichtlichen Missverhältnis: + 30 % über Durchschnittswert	25
b) Einzelleistungsprüfung: Kein Korrekturfaktor für unterdurchschnittliche Fallzahl	25

c) Begründungsanforderungen/Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten	26
d) Statistischer Kostenvergleich einer BAG mit MKG-Chirurgen	26

V. Zulassungsrecht _____ **27**

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

VI. Verfahrensrecht/Kosten/EHV der KV Hessen _____ **34**

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

VII. Gesamtvergütung/Kassenärztliche Vereinigung/Hausarztzentrierte Versorgung _____ **36**

1. Abschläge nach § 95d SGB V: Auslegung des Begriffs „Honorarberichtigungen“ in Vergütungsverb.	36
2. Festlegung eines Termins zur Wahl eines KV-Vorstandsmitgliedes	36
3. Hausarztzentr. Versorgung: Selbsterbringung von Leistungen des Allgemeinlabors nicht beklagbar	36

VIII. Bundessozialgericht (BSG) _____ **37**

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

B. KRANKENVERSICHERUNGSRECHT _____ **41**

I. Vertrags(zahn)ärztliche Behandlung _____ **41**

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

b) Kein Anspruch auf professionelle Zahnreinigung	44
II. Stationäre Behandlung	45
1. Kein Anspruch auf postbariatrische plastische Operationen an den Oberarmen und der Brust	45
2. Liposuktion der Hüfte und Beine bei Lipödem	45
3. Geschlechtsangleichende Operationen	45
4. Kein Anspruch auf Spitzenmedizin in Privatklinik	46
5. Vertragskrankenhaus/Rehaeinrichtung (Entstauungstherapie zur Behandlung von Lymphödemen)	46
III. Kostenerstattung	46
1. Genehmigungsfiktion	46
a) Hilfsmittel	46
aa) Elektrorollstuhl keine Versorgung der medizinischen Rehabilitation	46
bb) Fußhebersystem zur Sicherung des Erfolges einer Krankenbehandlung	47
cc) Hilfsmittel des unmittelbaren Behinderungsausgleichs	47
dd) Rollstuhlzuggerät	47
b) Cannabis	47
aa) Kein Anspruch ohne medizinische Verordnung oder Stellungnahme	47
bb) Ärztliche Verordnung als Voraussetzung	48
c) Fristen	48
aa) Positive Kenntnis berechtigter Gründe für Nichteinhaltung der Entscheidungsfrist	48
bb) Bearbeitungsfristen bei Versicherten mit Wohnsitz im Ausland	48
d) Keine fiktive Genehmigung im Widerspruchsverfahren	49
e) Keine Fortwirkung einer fingierten Genehmigung nach Kassenwechsel	49
2. Kostenbeteiligung des Versicherten zur Entfernung von Brustimplantaten	49
a) Medizinisch nicht indizierte ästhetische Operation/Verfassungsgemäßheit	49
b) Verfassungsmäßigkeit der Kostenbeteiligung	49
3. Kosten einer ambulanten Psychotherapie	50
4. Auslandsbehandlung	50
a) Behandlung in Österreich	50
aa) Cross-over-Lebendniere spende in Österreich	50
bb) „Grenzgänger in Rente“: Wechsel des Wohnsitzes	51
cc) Leistungen bei Beschäftigung im Ausland	51
b) Behandlung einer Bronchitis fibroplastica in USA	51
IV. Arzneimittelversorgung	51
1. Cannabis	51
a) Versorgung mit Cannabisblüten nur aufgrund vertragsärztlicher Verordnung	51
b) Alternativtherapien/Voraussetzung einer „begründeten Einschätzung“	52
c) Medizinal-Cannabisblüten: Zwangsstörungen/Ärztliche Begründung	52
d) Schwerwiegende Erkrankung/Zweifelhafter Nutzen durch Cannabis bei ADHS	52
e) Fehlen einer vertragsärztlichen Verordnung/Folgenabwägung	53
f) Einstweiliges Anordnungsverfahren: Hoher Grad an Wahrscheinlichkeit	53
2. Orphan drugs: Unterstellter Zusatznutzen/Preisbestimmung (Nusinersen/Spinraza®)	53
V. Hilfsmittel/Heilmittel	54
1. Rollstuhlfahrrad mit Elektroantrieb	54
2. Orthese für unmittelbaren Behinderungsausgleich (Mikroprozessorgesteuerte Armorthese Gowing)	54
3. Erstattung von Stromkosten für Betrieb eines Motomed-Bewegungstrainers	54
4. Hörgeräteversorgung	55
a) Beratungspflichten trotz Versorgungsvertrag	55
b) Nachweis der Erforderlichkeit	55
5. Rauchmeldesystem für Gehörlose bei stationärer Unterbringung	55
6. Zusätzliche Funkübertragungsanlage zum Zwecke eines Studiums	56
7. Kein Anspruch auf Krankengymnastik ohne Kassenrezept	56
VI. Rehabilitation/Häusliche Krankenpflege/Fahrkosten	56
1. Stationäre Rehabilitationsmaßnahme bei Alzheimer mit fortgeschrittener Demenz	56
2. Häusliche Krankenpflege	56
a) Integrationskraft für Kindergartenbesuch bei Kind mit Diabetes mellitus Typ I	56
b) Medikamentengabe in ambulant betreuter Wohngruppe	57
c) 24-stündige Krankenbeobachtung nach fiktiver Genehmigung im einstweiligen Rechtsschutz	57
3. Fahrkosten zur Methadonbehandlung/Wegstreckenentschädigung	58
4. Transport von Eigenblutspenden	58
VII. Beziehungen zu Krankenhäusern	58
1. Vergütungsanspruch/Fälligkeit	58

a) Neue Behandlungsmethode (Lungenvolumenreduktion mittels Implantation von Coils)	58
b) Nachweis von Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit	59
aa) Beweislast für Erforderlichkeit der Dauer stationärer Behandlung	59
bb) Umfang einer Operation/Patientendokumentation	59
cc) Keine leitliniengerechte Behandlung/Unzureichende Dokumentation	59
dd) Keine Umsetzung des leitliniengerechten Vorgehens	59
c) Änderung der Forderungsbegründung (OPS) keine Nachforderung	60
d) Zweitägige Augeninnendruckmessung	60
e) Vier-Wochen-Frist zur Einreichung von Unterlagen nach Prüfvb 2014	60
f) Verjährung von Erstattungsforderungen	60
2. Fallpauschalen	61
a) Bestimmung der Hauptdiagnose bei Auftreten weiterer Erkrankungen	61
b) Einordnung in ICD-10: Krankheitsgeschehen/Ursache der Erkrankung	61
c) Wirtschaftlichkeit der Gabe von Apherese-Thrombozytkonzentraten	61
aa) Einschätzung des Paul Ehrlich Instituts: Gleichwertigkeit von Poolprodukten	61
bb) Keine Unwirtschaftlichkeit bei fehlender Datengrundlage	62
cc) Fehlende Datengrundlage für Nachweis der Unwirtschaftlichkeit	62
d) Fremd-allogene Stammzelltransplantation bei einer 74-jährigen Versicherten	62
e) „Paradigmenwechsel“ im Verständnis der Sepsis: Vergütung 2016	62
f) Voraussetzungen für die Diagnose einer Sepsis 2012/2013	63
g) Allogene Stammzelltransplantation bei einem rezidierten Myelom	63
VIII. Beziehungen zu Leistungserbringern und Arzneimittelherstellern	63
1. Hilfsmittelerbringer	64
a) Orthopädie-schuhtechnische Leistungen: Übergangsrecht 2010/Qualifikation	64
b) Keine aufschiebende Wirkung des Widerspruchs gegen „Beschaffungsbeschluss“	64
2. Apotheker: Abgabe thalidomidhaltiger Arzneimittel	64
3. Arzneimittelhersteller	65
a) Lieferanten von Sprechstundenbedarf: Bereicherungsrechtlicher Zahlungsanspruch	65
b) Keine unmittelbare Klage gegen Nutzenbewertungsbeschluss des GBA	65
c) Widerrufs- und Unterlassungsansprüche gegen MDK	65
4. Häusliche Krankenpflege: Qualitätsstandards hinsichtlich der angestellten Pflegefachkräfte	66
IX. Angelegenheiten der Krankenkassen	66
1. Aufwandsentschädigungen für Werbung von Mitgliedern	67
2. Aufsichtsrechtliche Maßnahme: Ausschreibung von Inhalations- und Atemtherapiegeräten	67
3. Erstattung: Zuständigkeit der Krankenkasse für Zweitversorgung mit Kinder-Therapiestuhl	67
X. Sonstiges/Verfahrensrecht	68
1. Streitwert und Parallelverfahren: Vergleichsmehrwert	68
XI. Bundessozialgericht (BSG)	68
1. Neue Untersuchungsmethode: Ambulante PET-CT-Untersuchung bei metastas. Sigmakarzinom	68
2. Stationäre Versorgung	68
a) Anforderungen des Qualitätsgebots (Liposuktion)	68
b) Erprobungsrichtlinie: Auswahl/Ermächtigung des GBA (Liposuktion)	68
3. Genehmigungsfiktion	69
a) Hilfsmittel und Reha-Leistung	69
b) Keine Verlängerung der Fünf-Wochen-Frist (Liposuktion)	69
4. Beziehungen zu Krankenhäusern	69
a) BVerfG: Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit	69
b) BVerfG: Fachbereichsgrenzen für ambulante Operationen nach Weiterbildungsordnung	69
c) Vergütungsanspruch: Methode und Qualitätsgebot	70
d) Grundrechtsorientierte Leistungsgewährung bei abzulehnender Arzneimittelzulassung	70
e) Einsichtnahme in Behandlungsunterlagen/Geriatriische frührehabilitative Komplexleistung	70
f) Kodierung der Arzneimittel bei Zusammenführung (Zytostatika)	70
5. Pharmazeutische Unternehmer: Auskunftsanspruch der Krankenkassen	71
6. Angemessenheit der Vergütung eines Krankenkassenvorstands	71
C. ENTSCHEIDUNGEN ANDERER GERICHTE	72
I. Ärztliches Berufsrecht	72
1. Widerruf/Ruhen/Wiedererteilung der Approbation/Berufserlaubnis	72
a) Widerruf der Approbation	72
aa) Strafverurteilung wegen Besitzes und Verbreitens von Kinderpornografie	72
bb) Besitz kinder- und jugendpornographischer Schriften	72
b) Ruhen	73

aa) Nicht rechtskräftiges Strafurteil: Totschlag durch Unterlassen	73
bb) Anhängiges Strafverfahren wegen ritueller Beschneidungen (Zirkumzisionen)	73
cc) Verdacht einer Straftat: Beschneidungen trotz Hygienemängel und fehlender Kenntnisse	73
c) Berufserlaubnis: Vorübergehende Verlängerung der Erlaubnis zur Ausübung des ärztl. Berufs	74
2. Psychotherapeut: Berufsunwürdigkeit 12 Jahre nach Verstoß gegen Abstinenzgebot	74
3. Strafrecht	74
a) Hinweis auf Schwangerschaftsabbrüche	74
b) Ärztlicher Leiter eines Krankenhaus-MVZ: Beschäftigung von Ärzten ohne Genehmigung	74
4. Keine Untersagung von Versammlungen zu Schwangerschaftsabbruch („Gebetsvigilien“)	75
5. Bestellung von Leitenden Notärzten	75
6. Anforderungen an die Prüfpflichten des Ärztebewertungsportalbetreibers	75
7. Sozialversicherungspflicht	75
a) Tätigkeit als Vertretung für Ärzte der inneren Medizin im Krankenhaus	75
b) Mehrwöchige Tätigkeit eines Facharztes für Allgemeinmedizin als Stationsarzt	76
II. Arzthaftung	76
1. Bundesgerichtshof (BGH)	76
a) Befundung nur mit notdürftig repariertem Gerät (CTG-Kontrolle)	76
b) Aufklärung über Behandlungsalternative der Sectio	76
c) Haftung des Sachverständigen für aussagepsychologisches Gutachten im Strafprozess	77
d) Rettungsdienstliche Aufgaben in Sachsen	77
2. Behandlungsfehler	77
a) Übersehen einer nicht dislozierten Fraktur im oberen Sprunggelenk	77
b) Ausschluss einer Krebserkrankung nach auffälligem Tast- und Sonographiebefund	77
c) Unterlassene Blutzuckerwertbestimmung bei einem Neugeborenen	78
d) Nachbehandlung einer Organtransplantation in Reha-Klinik	78
e) Arzt des kassenärztlichen Notdienstes: Anamnese nach vorangegangener Notarztbehandlung	78
f) Beendigung der Psychotherapie vom Therapeuten per E-Mail	79
3. Aufklärung/Einwilligung	79
a) Aufklärungsgespräch: Häufigkeitsangaben	79
b) Aufklärung über gleichwertige Behandlungsalternativen	79
c) Alternativen zur Entfernung einer Hautläsion	79
d) Risiko einer (Brustimplantat-)Ruptur	80
e) Beweislast für ordnungsgemäße Aufklärung/Schmerzensgeld	80
f) Verjährungsbeginn bei Aufklärungsrüge	80
4. Geltendmachung des Pflegemehraufwands durch Vater	80
5. Prozesskostenhilfe: Substantiierungsanforderungen	80
6. Sachverständige/Befangenheit: Anwesenheit einer Vertrauensperson während der Untersuchung	81
7. Zurückweisung eines Antrags auf Durchführung eines selbständigen Beweisverfahrens	81
8. Zahnärztliche Behandlung: Fehlerhafte Planung einer Prothese	81
III. Arzneimittel/Medizinprodukte/Hilfsmittel/Heilmittel	81
1. EuGH: Off-Label-Use von Avastin	81
2. Apotheken	82
a) BGH/Applikationsarzneimittel: Werbung an Gynäkologenpraxis durch niederl. Versandapotheke	82
b) Keine Arzneimittelabgabe aufgrund ausländischer Rezepte	83
c) Rückerstattung der Umsatzsteuer (Zytostatika-Versorgung)	83
aa) Leistungsbestimmungsrecht: Bruttoentgeltvereinbarung	83
bb) Bruttopreisabrede: Versicherte ohne Gedanken bzgl. der Umsatzsteuerpflicht	83
cc) Fehlende Darlegung einer Nettopreisabrede	83
dd) Kein Erstattungsanspruch bei bestandskräftiger Festsetzung der Umsatzsteuer	83
3. Rechtskraft einer Untersagungsverfügung des Bundeskartellamts: Verkürzter Versorgungsweg	84
4. Erforderlichkeit einer Genehmigung als Fertigarzneimittel: Cannabis Extrakt	84
5. Arzneimittelhaftung: Lungenembolie nach Anwendung des Arzneimittels Yasminelle	84
6. Vergaberecht	85
a) Belieferung von Radiologen mit Kontrastmitteln im Rahmen des Sprechstundenbedarfs	85
b) Versorgung mit CPAP-Geräten (Atemmasken)	85
7. Wettbewerbsrecht/Heilmittelwerberecht	85
a) Vertrieb von Therapieallergenen für spezifische Immuntherapie: Verwendung der Bestellbögen	85
b) Klagebefugnis eines Verbandes/Spitzenstellungswerbung	85
IV. Privatbehandlung/Private Krankenversicherung/Beihilfe	86
1. Privatbehandlung	86
a) Vertragsverhältnisse bei Laborüberweisung	86
b) Zustimmung der Patienten zur Weitergabe der persönlichen Daten an Abrechnungsunternehmen	86
c) Zahnärztliche Behandlung/Gebührenvereinbarung: Vollkrone mit Steigerungssatz von 5,9	86
2. Private Krankenversicherung	87
a) Bundesgerichtshof (BGH)	87

aa) Kosten für Wartung eines Hilfsmittels (computergesteuertes Kniegelenk)	87
bb) Begrenzung der Entgelthöhe für mit einem Plankrankenhaus verbundene Privatklinik	87
b) Präimplantationsdiagnostik keine Heilbehandlung	87
c) Kinderwunschbehandlung: Leistungszusage/Alter zu Beginn der Behandlung	87
d) Katarakt-Operation	88
aa) Einsatz des Femtosekundenlasers	88
bb) Abrechnung des Einsatzes des Femtosekundenlasers	88
cc) Honorar für Einsatz des Femtosekundenlasers	88
e) Kündigung nach Vortäuschung von Krankheit oder Unfallfolgen	88
f) Zahnärztliche Behandlung: Honorarvereinbarung während einer laufenden Behandlung	89
3. Beihilfe	89
a) Kataraktoperation mit Femtosekundenlaser	89
b) Aufwendungen für Pauschale nach Transplantationsgesetz	89
c) Aufwendungen für Leistungen in Privatklinik: Gutachter aus Universitätsklinik	90
d) Zahnärztliche Behandlung	90
aa) Entfernung von Weisheitszähnen: Analgosedierung	90
bb) Schwellenwertüberschreitung: Überdurchschnittlicher Schwierigkeitsgrad und Zeitaufwand	90
V. Verschiedenes	90
1. BVerfG: Gerichtliche Kontrolle an Grenzen des wissenschaftlichen Erkenntnisstandes	90
2. Bundesgerichtshof (BGH)	91
a) Unterbringungssache: Voraussetzung der Zulässigkeit einer ärztlichen Zwangsmaßnahme	91
b) Konkretisierung einer Patientenverfügung	91
3. Krankenhäuser	91
a) Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung	91
b) Kostentragung des Patienten nach Zwangseinweisung	91
4. Fixierung psychisch kranker Untergebrachter: Garantie einer Eins-zu-Eins-Betreuung	92
5. Anerkennung als Contergangeschädigte/Versorgungsansprüche	92
a) Wahrscheinlichkeit der Ursächlichkeit: Geburt in Spanien im Jahr 1973	92
b) Leistungsausschluss bei Versäumung der Antragsfrist	92
6. Impfschadensrecht	92
a) Anforderungen an Nachweis des Primärschadens	92
b) Nachweis des Primärschadens im Vollbeweis erforderlich	93
ANHANG I: BSG - ANHÄNGIGE REVISIONEN VERTRAGSARZTRECHT	94
ANHANG II: BSG - ANHÄNGIGE REVISIONEN KRANKENVERSICHERUNG	99
ANHANG III: ANHÄNGIGE RECHTSFRAGEN DES GROßEN SENATS UND WEITERER SENATE	107

Redaktion

Die Verantwortung für den Inhalt liegt ausschließlich bei der Redaktion.

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

e-mail: pawlita@web.de;

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

Telefax: 0641/250 2801.

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

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

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

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

Editorische Hinweise

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

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

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

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

Die Datenbank www.sozialgerichtsbarkeit.de wird hinsichtlich der Abteilungen Vertragsarztrecht und Krankenversicherung (Leistungsrecht) ausgewertet. Diese Ausgabe berücksichtigt die bis zum 17.02.2019 eingestellten Entscheidungen.

A. VERTRAGSARZTRECHT

I. Honorarverteilung

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. Honorarbegrenzung bei beschränktem Tätigkeitsumfang

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

RID 19-01-1

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 87b I, 95 III

Leitsatz: Eine Regelung im HVM der Kassenärztlichen Vereinigung, nach der das **Honorar in Teilzeit** tätiger Vertragsärzte (oder angestellter Ärzte) auf einen ihrem Tätigkeitsumfang entsprechenden Teil des durchschnittlichen Leistungsvolumens ihrer Fachgruppe **beschränkt** wird, ist mit höherrangigem Recht vereinbar.

Die Kl. ist Trägerin eines MVZ, das im hier streitbefangenen Quartal II/13 ca. 30 angestellte Ärztinnen und Ärzte aus den Gebieten Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Reproduktionsmedizin, Laboratoriumsmedizin, Pathologie, Humangenetik, hausärztliche Versorgung und Innere Medizin mit den Schwerpunkten Endokrinologie und Rheumatologie beschäftigte. Zu den angestellten Ärztinnen gehörten auch die Gynäkologinnen Dr. G. und Dr. H., jeweils mit einer wöchentliche Arbeitszeit von 13 Stunden angestellt. Beide Ärztinnen erbrachten ausschließlich zytologische Untersuchungen nach den Nr. 01733, 01826, 19310, 19311 und 19331 EBM. Für das Quartal II/13 zahlte die bekl. KV ein Gesamthonorar i.H.v. 3.248.630,84 € aus. Hierbei waren auf Dr. G. entfallende Honoraranforderungen berücksichtigt, die um 33,477 v.H. (auf 29.882,07 €) reduziert worden waren; die Abrechnungsergebnisse von Dr. H. waren nur i.H.v. 29.882,07 € berücksichtigt worden, was einer Reduzierung um 24,773 v.H. entsprach. Grundlage hierfür war eine Anpassung der angeforderten Honorare an den Fachgruppendurchschnitt der aktuellen Abrechnung der Gynäkologen, multipliziert mit dem Anpassungsfaktor 0,500. **SG Hannover**, Urt. v. 17.02.2016 - S 78 KA 266/14 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

Teil B § 9 I-III HVM lautet:

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

(2) Bei Reduzierung eines Versorgungsauftrags oder einer Anstellung eines Arztes reduziert sich das abrechenbare Leistungsvolumen dieses Arztes um den Anteil der Reduzierung des Versorgungsauftrags/Tätigkeitsumfangs bezogen auf das im selben Quartal vor Reduzierung des Versorgungsauftrags/Tätigkeitsumfangs abgerechneten Leistungsvolumens (Leistungsgrenze), jedoch nicht auf weniger als 25 v.H., 50 v.H. bzw. 75 v.H. des Fachgruppendurchschnitts. Insoweit wird auf Arztgruppen/Ärzte, die bis 4/2012 den zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen unterlagen, die Leistungsgrenze auf 25 v.H., 50 v.H. bzw. 75 v.H. der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze (32.000 Minuten) festgelegt.

(3) Liegen entsprechende Daten für den Basiszeitraum nicht vor, wird als Leistungsgrenze 25 v.H., 50 v.H. bzw. 75 v.H. des durchschnittlichen Leistungsvolumens je Arzt der jeweiligen Fachgruppe im Basiszeitraum zugrunde gelegt. Für Ärzte gemäß Absatz (2) Satz 2 wird die Leistungsgrenze auf 25 v.H., 50 v.H. bzw. 75 v.H. der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze (32.000) festgelegt.“

Aus den Gründen:

„(...) 32 Wenn in § **87b Abs 2 S 1 Halbs 1 SGB V** außerdem auf den **Versorgungsauftrag nach § 95 Abs 3 SGB V** hingewiesen wird, ergibt sich hieraus, dass die Regelung durch honorarbegrenzende Maßnahmen daneben auch sicherstellen soll, dass Ärzte mit zeitlich beschränkter Tätigkeitsberechtigung die **Grenzen der zeitlichen Beschränkungen einhalten** (zur selbstständigen Bedeutung dieses Begrenzungsgrundes vgl bereits die Senatsentscheidung vom 26. Oktober 2016 - L 3 KA 1/14 - juris). Nach § 95 Abs 3 S 1 SGB V bewirkt die Zulassung, dass der Vertragsarzt Mitglied der für seinen Kassenarztsitz zuständigen KÄV wird und zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung „im Umfang seines aus der Zulassung folgenden zeitlich vollen oder hälftigen Versorgungsauftrags berechtigt und verpflichtet“ ist. Für MVZ bewirkt die Zulassung nach § 95 Abs 3 S 2 SGB V, dass die in dem Versorgungszentrum angestellten Ärzte Mitglieder der für den Vertragsarztsitz des Versorgungszentrums zuständigen KÄV sind und dass das zugelassene MVZ „insoweit“ zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung berechtigt und verpflichtet ist. Angesichts dessen, dass ein MVZ Ärzte mit unterschiedlichsten Tätigkeitszeiten (vorbehaltlich der Genehmigungspflichtigkeit durch den Zulassungsausschuss, § 95 Abs 2 S 7 SGB V) und grundsätzlich in unbeschränkter Zahl (vgl Pawlita in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 3. Aufl, § 95 Rn 576) anstellen kann, ergibt sich der Umfang seines Versorgungsauftrags bzw seiner Berechtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung aus der Summe von Zulassung und Gesamtheit der Anstellungsgenehmigungen (BSG SozR 4-2500 § 95 Nr 32).

33 Die sich hieraus ergebende **zeitliche Begrenzung der Teilnahmeberechtigung** von Vertragsärzten und MVZ ist **zwingend einzuhalten**. Dies gilt umso mehr, als es andernfalls zulasten der Versicherten oder anderer (zulassungswilliger) Leistungserbringer zu erheblichen Verwerfungen in der vertragsärztlichen Bedarfsplanung kommen würde, in der - wie zu § 51 Abs 2 BedarfsplRL dargelegt -

zeitlich beschränkte Anstellungen mit entsprechenden Anrechnungsfaktoren zu berücksichtigen sind. Dementsprechend gibt § 95 Abs 3 S 4 SGB V vor, dass die Einhaltung der sich aus den Sätzen 1 und 2 ergebenden Versorgungsaufträge von der KÄV zu prüfen sind. Die KÄV ist deshalb zB auch berechtigt, nachträglich Honorare im Rahmen ihrer Befugnis zur **sachlich-rechnerischen Richtigstellung** (§ 106d Abs 2 S 1 SGB V) zu kürzen, soweit sie auf einem Praxisumfang beruhen, der mit den zulassungsrechtlich festgelegten Bedingungen der Leistungserbringung nicht übereinstimmt (vgl hierzu BSG SozR 4-5520 § 32 Nr 2). Vor diesem Hintergrund kann § 87b Abs 2 S 1 SGB V nur so verstanden werden, dass die Vorschrift die KÄV berechtigt und verpflichtet, unabhängig von den oa Zielrichtungen leistungsmengenbegrenzender **Regelungen im HVM** zu regeln, dass Honorare, die auf der Überschreitung zeitlicher Beschränkungen des Zulassungsstatus beruhen, nicht vergütet werden. Dies gilt unabhängig davon, ob hiervon betroffene Leistungen schon aus anderen Gründen einer Kontingentierung unterliegen (vor allem im Rahmen von Regelleistungsvolumen <RLV>) oder ob es sich dabei um „freie“ Leistungen handelt. Dies hat der Senat bereits in seinem rechtskräftigen Urteil vom 26. Oktober 2016 (aaO) entschieden und zur Begründung auf die entsprechende BSG-Rspr zur Leistungsobergrenze bei Jobsharing-Praxen (BSG SozR 4-2500 § 101 Nr 18) verwiesen.

34 Auch die konkrete Ausformung der auf § 95 Abs 3 SGB V gestützten Honorarbegrenzungsmaßnahmen begegnet keinen Bedenken. (...)

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

2. Regelleistungsvolumen/Qualitätsgebundenes Zusatzvolumen (QZV)

a) RLV: Leistungen im Zusammenhang mit Empfängnisregelung und Schwangerschaftsabbruch

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

RID 19-01-2

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 87a, 87b; GG Art. 3 I

Leitsatz: Es verstößt nicht gegen höherrangiges Recht, dass vertragsärztliche Leistungen im Zusammenhang mit **Empfängnisregelung und Schwangerschaftsabbruch** seit dem 3. Quartal 2010 innerhalb des **Regelleistungsvolumens** vergütet worden sind.

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

b) Praxisbesonderheiten im Rahmen des QZV

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

RID 19-01-3

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 87b

Ob die **Anerkennung von Praxisbesonderheiten im Rahmen des QZV** in der Regel ausgeschlossen ist oder nicht (vgl. insoweit SG Hamburg, Ur. v. 19.07.2017 - S 3 KA 173/13 - RID 18-02-5), kann dahinstehen, wenn die KV jedenfalls auch im Rahmen des QZV der grundsätzlichen Möglichkeit der Anerkennung von Praxisbesonderheiten Raum gegeben und für die Nr. 01512 EBM das Vorliegen der Voraussetzungen auch bejaht hat, allerdings nur im Vergleich zur Arztgruppe der Hämato-/Onkologen und damit innerhalb einer Arztgruppe des Kl.

Dass also für die Zuweisung eines QZV der Facharzt die im Einzelnen in Teil F Abschnitt I Ziff. 3.3 des Beschlusses des Bewertungsausschusses v. 26.03.2010 geregelten (qualifikationsgebundenen) Voraussetzungen erfüllen muss und dieser Umstand sowohl den mit der Anerkennung von Praxisbesonderheiten zu berücksichtigenden Versorgungsauftrag als auch die besondere fachliche Spezialisierung bereits umfasst, schließt zwar eine Anerkennung von Praxisbesonderheiten nach Ziff. 3.7 des Beschlusses nicht per se aus. Jedoch kann andererseits bei der **Bildung der Vergleichsgruppe** nicht unberücksichtigt bleiben, dass letztere sich ebf. wie bereits das QZV aus einem **besonderen Versorgungsauftrag** oder einer besonderen, für die Versorgung bedeutsamen **fachlichen Spezialisierung** ergeben. Würde man daher für die Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten eine Arztgruppe wählen, die größer ist als diejenige des Kl. (Hämato-/Onkologen) ist, würde man also bspw. als Vergleichsgruppe diejenige der Internisten oder der Internisten und Hausärzte wählen, so würden diese speziellen Leistungen gewissermaßen im Verhältnis zur Gruppe der Internisten oder der Internisten und Hausärzte doppelt berücksichtigt, nämlich einmal innerhalb des für die QZV zur Verfügung stehenden Anteils und dann noch einmal innerhalb der Praxisbesonderheiten.

Der Kl. ist als Arzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Hämatologie/Onkologie zugelassen. Er beehrte die Anerkennung von Praxisbesonderheiten für die Quartale III/10 bis IV/11. Die Bekl. gab dem Antrag

teilweise statt. *SG Hamburg*, Urt. v. 08.03.2017 - S 27 KA 43/13 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

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

SG Marburg, Urteil v. 21.11.2018 - S 12 KA 345/16

RID 19-01-4

Rechtskräftig

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 87b

Leitsatz: Eine Erhöhung des QZV-Fallwerts kommt bei fachgruppentypischen Leistungen nicht in Betracht. Von einer **fachgruppentypischen Leistung** ist auszugehen, wenn die Leistung zum **Fachartzkapitel der Fachgruppe** gehört (hier: bejaht für Nr. 10320 EBM <Behandlung von Naevi flammei>, QZV 53 <Dermatologische Lasertherapie> und Hautärzte).

Das *SG* wies die Klage ab.

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

SG München, Urteil v. 17.10.2018 - S 38 KA 730/16

RID 19-01-5

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 87b

Leitsatz: 1. Die Bildung eines **gesonderten Vergütungskontingents** im Honorarverteilungsmaßstab für bestimmte Leistungen innerhalb eines bestehenden Honorarkontingents im Sinne einer sogenannten **Topf-im-Topf-Regelung** ist grundsätzlich zulässig (vgl. *LSG Bayern*, Urt. v. 11.05.2016 - L 12 KA 39/15 -; *BSG*, Beschl. v. 28.06.2017 - B 6 KA 76/16 B - juris).

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

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

4. Vergütung pathologischer und zytologischer Leistungen

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 14.11.2018 - L 5 KA 748/17

RID 19-01-6

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 87b II

Leitsatz: Die **Vergütung pathologischer und zytologischer Leistungen** nach Kapitel 19 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen durch die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg unter dem Regime leistungsspezifischer Volumina in den Quartalen 3/2012 und 4/2012 ist rechtlich nicht zu beanstanden. Soweit hierbei ein **Honorartopf** gebildet worden ist, liegt hierin kein Verstoß gegen den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit. Eine Reaktions- und Korrekturverpflichtung der KV besteht zwar insoweit, als ein gravierender **Punktwertverfall von 15 %** eintritt (*BSG*, Urteil vom 20.10.2004 - B 6 KA 31/03 R - USK 2004-140), bei dem anzustellenden Vergleich ist jedoch die **Trennung des hausärztlichen und des fachärztlichen Versorgungsbereichs** zu wahren, weswegen die Vergütungsquote im hausärztlichen Versorgungsbereich nicht heranzuziehen ist. Auch Leistungsbereiche, die vor der Verteilung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung abgezogen werden, vorliegend die Bereiche Labor und organisierter Notfalldienst, sind nicht in die vergleichende Betrachtung einzubeziehen. Aus dem fachärztlichen Versorgungsbereich sind schließlich die Pathologen herauszurechnen, sodass der Vergleich anhand der Vergütungsquote der Pathologen mit der der (sonstigen) Fachärzte zu erfolgen hat. Der Umstand, dass im Honorarverteilungsmaßstab keine Mindestquote verankert ist, ist rechtlich gleichfalls nicht zu beanstanden; das Gebot der Kalkulationssicherheit stellt insofern nur ein relatives Ziel dar (*BSG*, Urteil vom 08.08.2018 - B 6 KA 26/17 R -).

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

Parallelverfahren:

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 14.11.2018 - L 5 KA 747/17

RID 19-01-7

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 46/18 B
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

5. Konvergenzregelung (KV Schleswig-Holstein)

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

LSG Schleswig-Holstein, Urteil v. 23.01.2018 - L 4 KA 22/16

RID 19-01-8

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 21/18 R
juris
SGB V § 87b

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

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

b) Ungleichbehandlung/Honorarsteigerung

LSG Hamburg, Urteil v. 18.10.2018 - L 5 KA 33/17

RID 19-01-9

Revision anhängig: B 6 KA 4/19 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 87b

Eine **Ungleichbehandlung** liegt darin, dass die Gruppe der Ärzte, die bereits im Vorjahresquartal ein entsprechendes Labor betrieben haben, unter bestimmten Voraussetzungen eine **Konvergenzzahlung** erhalten können, während Ärzte, die erst nach dem Vorjahresquartal den Betrieb des Labors aufgenommen haben, von vornherein nicht anspruchsberechtigt sind.

Über die Rechtmäßigkeit der Konvergenzregelung muss nicht entschieden werden, wenn im **Gesamthonorar** der Vergleichsquartale IV/11 und IV/12 eine **Steigerung** von rund 10.000 € erzielt wird, die eine Amortisation der Anlaufinvestitionen für das Labor zumindest ansatzweise ermöglicht und daher eine Konvergenzzahlung nicht als zwingend rechtlich geboten erscheint.

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

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

LSG Schleswig-Holstein, Urteil v. 27.03.2018 - L 4 KA 8/16

RID 19-01-10

Rechtskräftig (Revision zugelassen)
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 87b

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

Die Beteiligten streiten über die Höhe des Honorars der Kl., einer fachübergreifenden BAG, bestehend aus vier Fachärzten, davon zwei für Anästhesiologie, für die Quartale I/09 sowie III/09 bis II/10. Im Streit ist insb., ob die Kl. einen Anspruch auf Konvergenzzuschläge hat. Streitgegenständlich ist hier das Honorar für das Quartal III/09. *SG Kiel*, Ur. v. 09.09.2015 - S 16 KA 412/15 - verurteilte die Bekl. zur Neubescheidung, das *LSG* wies die Berufung zurück.

6. Fachgruppenspezifische Vergütung psychotherapeutischer Leistungen

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

RID 19-01-11

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 2/19 B

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 87b

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

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

II. Sachlich-rechnerische Berichtigung

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. Verstoß gegen die Fortbildungspflicht durch angestellten (Zahn-)Arzt

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

RID 19-01-12

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

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

II. Zu beachtende gesetzliche Vorschriften bei **Beendigung des Arbeitsverhältnisses** (§§ 611 ff. BGB, §§ 1 ff. KSchG) führen nicht zur Unwirksamkeit der Vorschriften über die Honorarkürzung bei Fehlen des Fortbildungsnachweises für einen angestellten Arzt/Zahnarzt (§ 95d Abs. 5 S. 2 SGB V). Nachdem es sich außerdem um einen überschaubaren Zeitraum handelt und der angestellte Zahnarzt in der Zeit bis zur Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses Leistungen zu Gunsten seines Arbeitgebers erbringen kann, sind Honorarkürzungen hinzunehmen. Ein Verstoß gegen Art. 3, 12 Grundgesetz ist nicht ersichtlich.

Das SG wies die Klage ab.

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

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

RID 19-01-13

Revision anhängig: B 6 KA 6/19 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 106a, 115a; SGG § 131 V

Leitsatz: 1. Die Ermittlung der ordnungsgemäßen Leistungsabrechnung unterliegt im Verwaltungsverfahren der quartalsgleichen sachlich-rechnerischen Berichtigung einer Stufung von Mitwirkungspflichten des Leistungserbringers einerseits und der Amtsermittlungspflicht der Kassenärztlichen Vereinigung andererseits. Die Kassenärztliche Vereinigung genügt dem **Untersuchungsgrundsatz** nicht, wenn sie bei einer Rechnungslegung durch das abrechnende Krankenhaus, die den Abrechnungsrichtlinien genügt, bei **Notfallbehandlungen** die Vergütung von **Laborleistungen** regelwerkstechnisch absetzt, ohne im Einzelfall zu ermitteln.

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

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

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

Die Beteiligten streiten um eine sachlich-rechnerische Berichtigung in den 13 Quartalen I/09 bis I/13 in Höhe von insgesamt 274.319,15 € netto wegen der Absetzung von im Rahmen von Notfallbehandlungen erbrachter Laborleistungen des Kapitels 32 EBM. *SG Marburg*, Urt. v. 18.03.2015 - S 12 KA 616/14 - RID 15-02-41 hob den angefochtenen Bescheid auf und wies die Klage im Übrigen ab. Das *LSG* wies die Berufung der Bekl. zurück.

3. Antrag einer Krankenkasse: Vorverfahren/Fristen/Bagatellgrenze

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

RID 19-01-14

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

Leitsatz: 1. Gegen die ablehnende Entscheidung der KV über den **Antrag einer Krankenkasse** auf sachlich-rechnerische Berichtigung aus dem originären Aufgabenbereich der Krankenkasse nach § 106a Abs. 3 SGB V a.F. (§ 106d Abs. 3 SGB V n.F.) ist **Widerspruch** vor Erhebung einer Klage einzulegen. Wegen der Besonderheiten des Kassenarztrechts gilt die Vorschrift des § 78 Abs. 1 S. 2 Ziff. 3 SGG nicht.

2. Vor Änderung der Prüfungszuständigkeiten (Erweiterung und Erstreckung auch auf die Krankenkassen) geltende **Antragsfristen** im Gesamtvertrag (hier: § 13 Abs. 1 S. 2 GesamtV-EK) sind nicht anzuwenden und bedürfen einer **Transformation**. Sie gelten auch nicht bis zu einer entsprechenden Transformation fort, da es sich um erhebliche Änderungen des Gesetzes handelt. Im Übrigen handelt es sich um reine **Ordnungs-** und nicht um **Ausschlussfristen**, die die KV nicht berechtigen, einen Antrag auf sachlich-rechnerische Berichtigung abzulehnen.

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

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

4. Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger: Rufbereitschaft unzureichend

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

RID 19-01-15

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

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

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

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

Die kl. Fachärztin für Allgemeinmedizin, seit 2000 zugelassen, erhielt 2006 die Genehmigung zur Behandlung von bis zu 50 Substitutionspatienten. Im April 2016 widerrief die Bekl. diese Genehmigung. Zur Begründung stützte sie sich vor allem auf das Ergebnis einer unangemeldeten Praxisbegehung am 15.04.2016. Danach beschäftigte die Kl. in ihrer Praxis seit sieben Jahren im Minijob-Verhältnis einen ausgebildeten Elektriker, Herrn T. Dieser übernehme regelmäßig „Vertretungen“ für die Kl. T habe angegeben, von der Kl. „Prokura“ erhalten zu haben und deshalb Überweisungen, Krankmeldungen und Rezepte selbst zu unterzeichnen. Verschreibungspflichtige Medikamente verordne er, soweit die Patienten diese bereits vorher schon einmal erhalten hätten. Zudem übernehme er auch die Vergabe von Substitutionsmitteln in ihrer Abwesenheit. Im Verlauf des Klageverfahrens verzichtete die Kl. für die nächsten fünf Jahre auf die Substitutionsgenehmigung. Im Verlaufe des vorliegenden Rechtsstreits verzichtete die Kl. auch auf ihre Zulassung, die ihr im August 2016 entzogen worden war. Die Bekl. hob im Juni 2016 die Honorarbescheide für die Quartale I/09 bis IV/15 teilweise, in Höhe von 914.691,27 €, auf und forderte das zu Unrecht gezahlte Honorar zurück. Das **SG** hob den angefochtenen Bescheid in Höhe von 304.897,09 € auf und wies im Übrigen die Klage ab.

5. Kein Bezug von Speziallaborleistungen aus Labor-Leistungserbringergemeinschaft

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

RID 19-01-16

Revision B 6 KA 18/18 R zurückgenommen
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 15 I 1, 106a; Ärzte-ZV § 32 I 1

Leitsatz: Die laboratoriumsmedizinische Analyse bei **Speziallaborleistungen** kann nicht aus anderen Praxen bezogen werden. Aus diesem Grund ist es einem Vertragsarzt nicht möglich, Speziallaborleistungen selbst abzurechnen, deren Analyseteil in einer **Labor-Leistungserbringergemeinschaft** erbracht worden ist, deren Gesellschafter er ist.

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

6. Ausschließlich konservativ tätiger Augenarzt/Versehentliche Abrechnung einer Operationsleistung

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

RID 19-01-17

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

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

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

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

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

RID 19-01-18

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

Leitsatz: Die Betreuungsleistung nach Nr. 01770 EBM kann auch dann nur von einem Vertragsarzt je Quartal und schwangerer Versicherter abgerechnet werden, wenn mehrere Vertragsärzte - gleich aus welchem Grund - mit der Betreuung befasst sind (vgl. BSG, Urt. v. 11.02.2015 - B 6 KA 15/14 R - SozR 4-2500 § 106a Nr. 13, juris Rn. 20 ff.). Die **Feststellung der Schwangerschaft** und damit die erstmalige Abrechnung der Nr. 01770 EBM hat nach **objektiven Kriterien** der Befundung zu erfolgen. Es kommt nicht auf die Kommunikation des Arztes mit der Patientin wie Mitteilung der Schwangerschaft oder gar Aushändigung des Mutterpasses bzw. Eintragung der weiteren Schwangerschaft im Mutterpass an.

Das *SG* wies die Klage ab.

8. Anästhesien des Abschnitts 31.5.3 EBM

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

RID 19-01-19

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

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

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

III. Für die Auslegung einer Gebührenordnungsposition ist nach ständiger Rechtsprechung in erster Linie der **Wortlaut** des EBM maßgeblich (vgl. BSG, Beschl. v. 17.02.2016 - B 6 KA 63/15 B - RID 16-02-67). Hierzu zählt nicht nur die Leistungslegende der einzelnen Gebührenordnungsposition, sondern auch die der Leistungslegende vorangestellte **Präambel**.

Die kl. Anästhesistin arbeitet mit verschiedenen Operateuren unterschiedlicher Fachgebiete zusammen. Auf Antrag der beigel. Krankenkasse hin nahm die Bekl. sachlich-rechnerische Richtigstellungen in den vier Quartalen IV/13 bis I/14 über 122,70 €, 604,87 €, 248,60 € und 453,91 € vor. Das *SG* wies die Klagen ab.

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

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

RID 19-01-20

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 48/18 B
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 106d

Leitsatz: Der Leistungsinhalt der Gebührenordnungsposition **Nr. 86516 der Onkologie-Vereinbarung** (Zuschlag zu den Kostenpauschalen) einer intravenös und/oder intraarteriell applizierten zytostatischen Tumorthherapie ist bei einer intravasalen Therapie mit Bisphosphonaten unter paralleler Gabe von antineoplastisch wirkenden Medikamenten auf nicht intravasalem Weg nicht erfüllt. Maßgebend für das Vorliegen einer **zytostatischen Therapie** i.S.d. GOP ist nicht die (bloße) zytostatische Wirkung von Bisphosphonaten, entscheidend ist vielmehr der (arzneimittelrechtliche) **Zulassungsstatus der eingesetzten Medikamente**.

SG Stuttgart, Urt. v. 26.10.2017 - S 24 KA 2554/15 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

10. Zahnärztliche Behandlung

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

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

RID 19-01-21

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

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

Abweichungen von den KFO-Behandlungsplänen können sachlich-rechnerisch berichtigt werden. Dies gilt grundsätzlich auch für eine erhebliche Überschreitung der veranschlagten Material- und Laborkosten, wobei Reparaturen von Brackets oder anderen im Zuge der kieferorthopädischen Behandlung beim Patienten eingegliederten Materialien grundsätzlich keinem besonderen Genehmigungsvorbehalt unterliegen. Sind sie für die Fortführung der Behandlung im Rahmen des genehmigten Behandlungsplanes notwendig, muss der Zahnarzt sie umgehend durchführen (BSG, Beschl. v. 20.03.2013 - B 6 KA 56/12 B - RID 13-03-91, juris). Dies hindert indes nicht die Notwendigkeit des Einholens einer nachträglichen Genehmigung oder wenigstens der Anzeige einer Änderung des Behandlungsplanes. Dies folgt bereits daraus, dass sich die vorherige Genehmigung nur auf die bereits im KFO-Behandlungsplan angegebenen Leistungen beziehen kann. Die Beantragung oder im Falle der unverzüglichen Behandlungsnotwendigkeit die nachträgliche Anzeige von über den Behandlungsplan hinausgehenden und später abzurechnenden Leistungen gehört deshalb ebenso wie die gewissenhafte, peinlich genaue Leistungsabrechnung selbst zu den Grundpflichten des Kassenarztes.

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

SG Hamburg, Urt. 17.08.2016 - S 27 KA 229/13 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

b) Dokumentation/Nachbehandlung/Zusätzliche Lokalanästhesie

LSG Hessen, Urteil v. 24.10.2018 - L 4 KA 48/12
SGB V § 106a

RID 19-01-22

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

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

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

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

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

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

c) Dokumentation/Schiene/Infusion/Zusätzliche Lokalanästhesie

LSG Hessen, Urteil v. 24.10.2018 - L 4 KA 49/12
SGB V § 106a

RID 19-01-23

Es fehlt am **Nachweis** für die **Erbringung der Leistungen**, wenn die Angaben sich in der Bezeichnung der abgerechneten Leistungen durch Angabe der Gebührenordnungsziffer und/oder der zugeordneten Leistungsbezeichnung in einem Klammervermerk, z.B. „Infiltrationsanästhesie“, „Wiederanbring. ein. gelösten Apparatur“, und bei den Anästhesieleistungen der Bemerkung „operativer Eingriff lang dauernder Eingriff“ bzw. „langdauernder Eingriff operativer Eingriff“ erschöpfen. Notwendig ist eine auf den Behandlungsfall **individualisierte Aufzeichnung** des Leistungsgeschehens, dafür reicht die Angabe des Behandlungsdatums und der behandelten Zahnregion nicht aus. Es sind insb. der erhobene Befund, die Indikation oder die Art der zweimalig pro Tag (in unterschiedlichen Kieferregionen) abgerechneten Nachbehandlung zu vermerken.

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

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

Die Leistung nach **Nr. 8271 GOÄ** ist im Zusammenhang mit einer **zentralen Anästhesie** (Narkose) oder Analgosedierung für die Einbringung von Anästhetika, Anästhesieadjuvantien und Anästhesieantidoten nicht abrechnungsfähig. Werden diese Leistungen im zeitlichen Zusammenhang mit einer zentralen Anästhesie (Narkose) oder Analgosedierung abgerechnet, ist das nicht anästhesiologische infundierte Arzneimittel im Karteiblatt zu **dokumentieren** und muss auf Anforderung zu Prüfzwecken benannt werden.

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

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

III. Genehmigung/Notdienst/Disziplinarrecht

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

1. Anerkennung als Belegarzt: Erreichbarkeit

SG Stuttgart, Urteil v. 26.09.2018 - S 5 KA 1940/17

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 121 II; BMV-Ä §§ 39, 40

RID 19-01-24

Leitsatz: 1. Der **Residenzpflicht** genügt nicht, wer als operativ tätiger **Chirurg** nicht **innerhalb von 30 Minuten** von seiner Wohnung aus das Belegkrankenhaus erreichen kann.

2. Zu **Nebentätigkeiten**, die der Anerkennung als **Belegarzt** entgegenstehen.

Das *SG* wies die Klage ab.

2. Widerruf einer Genehmigung zur Anstellung einer Ärztin ohne Gebietsbezeichnung (Dauerassistentin)

SG München, Urteil v. 19.12.2018 - S 38 KA 962/16

RID 19-01-25

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 95 VI, IX, 95d V; Ärzte-ZV §§ 21, 27

Leitsatz: 1. Rechtsgrundlage für den **Widerruf einer Genehmigung** zur Anstellung einer **Dauerassistentin** ist § 95 Abs. 6 SGB V in Verbindung mit § 27 Zulassungsverordnung-Ärzte (Ärzte-ZV) in entsprechender Anwendung. Die allgemeinen Regeln im SGB X finden auf den Widerruf der Anstellungsgenehmigung keine Anwendung (anders SG Marburg vom 17.01.2014 - S 12 KA 2/13 - RID 14-01-54).

2. Die Genehmigung ist unter anderem zu widerrufen, wenn der angestellte Arzt seine **Tätigkeit nicht mehr ausübt** oder aus rechtlichen Gründen (z.B. Änderung des EBM) Leistungen **nicht mehr abrechnen kann**. Denn der Angestelltensitz muss „gelebt“ und betrieben werden.

3. Bei dem Widerruf der Genehmigung zur Anstellung einer Dauerassistentin handelt es sich um einen **Eingriff in die Berufsausübung** nach Art. 12 GG, der aber aus vernünftigen Gründen des Gemeinwohls zulässig ist. Dazu zählt auch und insbesondere die Qualitätssicherung im Sinne des Gesundheitsschutzes, dem der Gesetzgeber und der Bewertungsausschuss großes Gewicht beimessen durften (vgl. BSG vom 9.4.2008 - B 6 KA 40/07 R - BSGE 100, 154 = SozR 4-2500 § 87 Nr. 16). Indirekt gehört zu den vernünftigen Gründen des Gemeinwohls auch eine Bedarfsplanung, die die Basis für eine qualitativ hochwertige Versorgung erst ermöglicht.

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

3. Beschäftigung eines Vorbereitungsassistenten im MVZ

SG Düsseldorf, Urteil v. 05.12.2018 - S 2 KA 77/17

RID 19-01-26

Sprungrevision anhängig: B 6 KA 1/19 R

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

Zahnärzte-ZV §§ 1 III, 3 III 1, 32 II 1

Den Anforderungen zur **Beschäftigung eines Vorbereitungsassistenten** genügt nur eine **Ausbildereignung** als Praxisinhaber bzw. bei einem MVZ als **Vertragszahnarzt**. Nur diese Personen bieten die Gewähr, die spezifisch vertragszahnärztlichen Belange in die Ausbildung im Rahmen der Vorbereitungszeit einzubringen. Angestellte Zahnärzte erfüllen die notwendige Eignung nicht.

Mit dem gegenüber dem Praxisinhaber reduzierten Kreis von Rechten und Pflichten des **angestellten Zahnarztes** verträgt es sich nicht, dem angestellten Zahnarzt die Ausbildung eines Vorbereitungsassistenten zu gestatten. § 32 IV Zahnärzte-ZV sieht ausdrücklich vor, dass der „Vertragszahnarzt“, also der Praxisinhaber und damit Träger aller Rechte und Pflichten, Assistenten zur Erfüllung der vertragszahnärztlichen Pflichten anzuhalten hat. Für eine den Wortlaut übersteigende Auslegung besteht keine Veranlassung.

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

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

S. auch bereits SG Düsseldorf, Beschl. v. 16.05.2017 - S 2 KA 76/17 ER - RID 17-03-33; LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 13.02.2018 - L 11 KA 33/17 B ER - RID 18-02-22; anders SG Marburg, Ur. v. 31.01.2018 - S 12 KA 572/17 - RID 18-01-25 (Sprungrevision zurückgenommen).

4. Abrechenbarkeit humangenetischer Leistungen für Internisten

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

RID 19-01-27

*Berufung anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 45/18 -
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris*

EBM Abschn. 11.4.3, 13.1.9, 19.4.1, 19.4.2

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

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

5. Notdienst

a) Keine Befreiung eines Belegarztes vom ärztlichen Notdienst

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 14.11.2018 - L 5 KA 109/17

RID 19-01-28

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 75 Ib

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

SG Stuttgart, Urt. v. 29.09.2016 - S 11 KA 3942/14 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

b) Hausverbot für Bereitschaftspraxen (Notdienstpraxen)

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

RID 19-01-29

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 75 Ib

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

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

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

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

Das *SG* stellte die aufschiebende Wirkung des Widerspruchs der Ast. gegen ein bis zum Ablauf des 30.11.2020 erteiltes Hausverbot für alle Bereitschaftspraxen der Ag. wieder her.

c) Koppelung des Beitrags an Honorarumsatz

SG Marburg, Urteil v. 21.11.2018 - S 12 KA 245/16

RID 19-01-30

*Berufung anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 46/18 -
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris*

SGB V §§ 75 Ib, 81 I 3 Nr. 5

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

Das SG wies die Klage ab.

6. Disziplinarrecht: Eigenverantwortliche Entscheidung über kieferorthopädische Änderungen

LSG Hessen, Beschluss v. 24.10.2018 - L 4 KA 57/17

RID 19-01-31

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 49/18 B

SGB V §§ 27, 29, 85 IVEKV-Z § 7

Ein Vertragszahnarzt ist verpflichtet, **eigenverantwortlich** über kieferorthopädische Leistungen, die ohne Therapieänderung über das ursprünglich Geplante eines genehmigten Behandlungsplanes hinausgehen, zu **entscheiden**. Er darf die Fortführung der Behandlung nicht von einer im Recht nicht vorgesehene Nachtragsgenehmigung oder Genehmigung der Therapieergänzung abhängig machen. Dies folgt bereits aus der rahmenrechtlichen Konzeption des Leistungsanspruches des Versicherten, wonach die Pflicht des Vertragsarztes besteht, eine dem Behandlungsanspruch korrespondierende Leistung zu erbringen, wenn dem weder formale Genehmigungserfordernisse noch aus dem Wirtschaftlichkeitsgebot folgende Begrenzungen der vom Vertragsarzt zu erbringenden Leistungen im kollektivvertraglichen Regelwerk entgegenstehen.

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

Die Beteiligten streiten um die Rechtmäßigkeit einer Geldbuße in Höhe von 2.000 €, die die Bekl. als Disziplinarmaßnahme wegen der Verletzung vertragsärztlicher Behandlungspflichten verhängt hat. *SG Marburg*, Gerichtsbb. v. 04.09.2018 - S 12 KA 400/17 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

IV. Wirtschaftlichkeitsprüfung/Arzneikostenregress/Schadensersatz

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

a) Übereinstimmung mit Psychotherapie-RL

SG Berlin, Urteil v. 09.01.2019 - S 87 KA 77/18

RID 19-01-32

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 92 VIa, 106

In der Rechtsprechung zur Wirtschaftlichkeitsprüfung der vertragszahnärztlichen Versorgung ist anerkannt, dass die **Prüfung** der Übereinstimmung der Leistungen mit den **Richtlinien des GBA** der Wirtschaftlichkeitsprüfung unterliegt. Dies gilt auch für die Prüfung der **Voraussetzungen der Psychotherapie-RL**. Denn auch diese soll der Sicherung der kassenärztlichen Versorgung über die Gewähr für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung dienen.

Beruft sich der Beschwerdeausschuss bei Prüfung von Leistungen nach Nr. 35100 (Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände) und 35110 EBM (Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen) allein auf die Abrechnungsdiagnosen und verlangt er insoweit die **Angabe einer Diagnose** nach Kapitel F ICD-10 allein in der Abrechnung ohne Prüfung der Patientendokumentation, verlässt er den Bereich der Wirtschaftlichkeitsprüfung.

Soweit der Beschwerdeausschuss allein prüft, ob eine von ihm für zutreffend erachtete **Abrechnungsdiagnose** angegeben wurde und weder den Vortrag der Ärztin im Rahmen des

Anhörungsverfahrens beachtet noch Patientendokumentationen anfordert und prüft, verstößt er gegen den **Amtsermittlungsgundsatz** nach § 20 SGB X.

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

Aus den EBM Ziffern ergibt sich **keine Pflicht zur Angabe einer bestimmten Diagnose**, es sind auch keine bestimmten Diagnosen aufgezählt, die Voraussetzung für die Leistungserbringung wäre.

Nr. 35100 und 35110 EBM sind nur bei Vorliegen der in § 22 I Psychotherapie-RL genannten **Indikationen** wirtschaftlich. Formulierungen zur Indikation, die nicht einer F-Diagnose entsprechen, können nach der Psychotherapie-RL ausreichend sein.

Die kl. Frauenärztin wandte sich gegen eine Honorarkürzung in Höhe von 4.889,14 €. Das **SG** verpflichtete den Bekl., über die Zufälligkeitsprüfung für die Quartale III/12 bis II/13 erneut unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts zu entscheiden.

b) Außerordentliche Häufigkeit psychischer Erkrankungen/Schätzgrundlage

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

RID 19-01-33

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 106

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

2. Dies gilt insbesondere dann, wenn im Rahmen einer **Prävalenzprüfung**, bei der die Ansatzhäufigkeit von für den Streitgegenstand relevanten **ICD-Kodierungen** mit der Vergleichsgruppe ins Verhältnis gesetzt wird, aussagekräftiges Zahlenmaterial für die Bestimmung der Morbidität des spezifischen Patientenlientels ermittelt wurde.

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

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

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

2. Nachreichen von Diagnosen

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

RID 19-01-34

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 106

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

Dies gilt auch für eine **sog. eingeschränkte Einzelfallprüfung**. Es sind nicht allein die Abrechnungsdiagnosen, sondern vom Arzt dokumentierte Diagnosen zu beachten. Insoweit sind die Patientendokumentationen zu beachten.

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

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

3. Heilmittelregress

a) Verordnung physiotherapeutischer Anwendungen

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

RID 19-01-35

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 106

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

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

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

b) Sachvorbringen des Vertragsarztes im Prüfverfahren

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

RID 19-01-36

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 106

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

2. Die Wirtschaftlichkeitsprüfung mit ihrem verhaltenslenkenden Charakter verfolgt gerade **keine Strafab sicht**, sondern dient der **Funktionsfähigkeit** und der Finanzierbarkeit der Gesetzlichen Krankenversicherung.

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

c) Verordnung außerhalb des Regelfalles

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

RID 19-01-37

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 106

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

Inhaltsleere Phrasen können eine Verordnung außerhalb des Regelfalles nicht tragen, so die Begründungen „Verordnungsrelevante Diagnose: Chronische Lumbago (M54.99G). Die ausgestellten

Verordnungen dienen der Sicherung des Behandlungserfolges. Sie sind dem Schweregrad angemessen und erforderlich um die Lebensqualität der Patientin zu erhalten. Sie sind wirtschaftlich und der Regressantrag unbegründet.“ und „zur Verbesserung der Beweglichkeit bei chron. Lumbago; Erhalt der Lebensqualität“.

Die Kl. zu 1) ist als Fachärztin für Allgemeinmedizin zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. In den Quartalen IV/09 bis IV/10 verordnete sie 39 Versicherten der Kl. zu 2) jeweils wiederholt Heilmittel in Gestalt von physiotherapeutischer Behandlung. Die Kl. zu 2) beantragte eine Erstattung von 12.032,78 €. Der Bekl. setzte eine Ersatzverpflichtung in Höhe von insgesamt 2.885,13 € fest. **SG Berlin**, Ur. v. 26.10.2016 - S 87 KA 27/14 - gab der Klage der Kl. zu 1) teilweise statt und hob den Beschluss auf, soweit ein Regress von mehr als 941,40 € (von der Kl. zu 1) anerkannter Betrag) festgesetzt worden ist. Die Klage der Kl. zu 2) wies das SG ab. Auf Berufung der Kl. zu 2) wies das **LSG** die Klage der Kl. zu 1) ab und die weitergehende Berufung zurück.

4. Sprechstundenbedarf

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

SG Kiel, Urteil v. 06.02.2019 - S 2 KA 257/16

RID 19-01-38

juris
SGB V § 106

Besteht die **Berufsausübungsgemeinschaft** aus **Ärzten verschiedener Fachrichtungen**, dann wirkt sich deren Verbrauchsverhalten für Sprechstundenbedarf anders auf den Fallwert der Betriebsstätte insgesamt aus als wenn die Ärzte nur einer Fachrichtung angehörten. Ebenso wirkt es sich auf den rechnerischen durchschnittlichen **Fallwert** einer gebildeten Vergleichsgruppe unterschiedlich aus, ob die Mitglieder dieser Vergleichsgruppe derselben Fachrichtung angehören – und somit fachlich homogen und daher in ihrem Verbrauchsverhalten für SSB nahezu homogen sind – oder die Mitglieder der Vergleichsgruppe unterschiedlichen Fachrichtungen angehören – und somit fachlich und in ihrem SSB-Verbrauchsverhalten nicht homogen sind. Wenn Radiologen typischerweise einen relativ hohen Verbrauch an – so definierten – SSB-Materialien haben und andere BAG-Mitglieder, z. B. Gynäkologen oder Orthopäden einen signifikant niedrigeren Verbrauchsfallwert im SSB generieren, dann **senken letztere den Fallwert der BAG**, den die Radiologen hätten, wenn sie allein tätig wären. Wenn bereits eine solche BAG durch die fachübergreifende Zusammensetzung mathematisch einen niedrigeren Betriebsstätten-Fallwert erzielt, dann wirkt es sich natürlich auch auf den Fallwert der gebildeten Vergleichsgruppe aus, wenn in diese Vergleichsgruppe mehrere BAG aufgenommen und ausgewertet werden, in der nicht nur Radiologen tätig sind, sondern auch andere Fachärzte. Wenn diese Vergleichsgruppe gleichwohl gebildet wird, dann **bedarf es einer kritischen Würdigung**, ob der rechnerisch ermittelte Durchschnittsfallwert auch bei einer wertenden Betrachtung unter medizinischen Gesichtspunkten repräsentativ ist.

Die Bildung der Vergleichsgruppe mit BAG, in denen **Fachärzte** tätig sind, die bei einer alleinigen Berufsausübung **nicht der SSB-Prüfung** (nach Durchschnittswerten) unterliegen (hier: Nuklearmediziner), führt dazu, dass der durchschnittliche Gruppenverbrauchsfallwert für SSB pro Versichertem sinkt.

Die Prüfungsgremien haben zu hinterfragen, ob die Abforderung von Kontrastmitteln überhaupt einem statistischen Vergleich nach Durchschnittswerten zugänglich ist oder nicht. Es ist eine **intellektuelle Prüfung nach medizinischen Gesichtspunkten** notwendig. Aus dem EBM folgt, dass die Anzahl abgerechneter MRT-Leistungen weder Rückschlüsse auf einen wirtschaftlichen Verbrauch einer Betriebsstätte noch auf einen durchschnittlich wirtschaftlichen Verbrauch von Kontrastmitteln einer Vergleichsgruppe zulässt.

Der Kl. ist ein MVZ für die Erbringung radiologischer Leistungen. Im Jahr 2012 forderte er Sprechstundenbedarf in Höhe von 1.190.152,17 € ab. Bei insgesamt 35.036 Behandlungsfällen ergab sich ein durchschnittlicher Fallwert von 33,97 €. Fallwert der Gruppe der Radiologen betrug 15,47 €, der Fallwert der Untergruppe der MRT-Abrechner 17,64 €. Die Prüfungsgremien setzten einen Regress in Höhe von 62.789 € fest. Das **SG** hob den Beschl. des Bekl. auf.

b) Salben zur Wundbehandlung

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 12.12.2018 - L 3 KA 10/16

RID 19-01-39

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

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

Die Kl. ist eine ehemalige BAG und bestand in den hier maßgeblichen Quartalen I/07 bis III/08 aus zwei Hautärztinnen. Sie verordneten Creme-Rezepturen als Sprechstundenbedarf, die das Antibiotikum Gentamycinsulfat und die Kortikoide Betagalen oder Triamgalen enthielten. Die zu 1. beigel. KV setzte mit sieben Bescheiden v. 13.10.2009 Regresse wegen unzulässiger Verordnungen von Sprechstundenbedarf in Höhe von insgesamt 3.804,99 € fest, außerdem einen Erstattungsbetrag von 33,90 € wegen der Verordnung der Rezeptur Triamcinolonacetamid 0,1. Der Bekl. bestätigte die festgesetzten Regresse. *SG Hannover*, Urt. v. 16.12.2015 - S 66 KA 89/12 - hob die Bescheide auf, soweit dort Regresse wegen der Verordnung von Gentamycinsulfat-Betagalen Creme und Gentamycinsulfat-Triamgalen Creme festgesetzt worden sind. Das *LSG* wies die Klage ab.

5. Zahnärztliche Behandlung

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

SG Kiel, Urteil v. 20.06.2018 - S 13 KA 253/16

RID 19-01-40

juris
SGB V § 106

Die Schwelle zur **offensichtlichen Unwirtschaftlichkeit** kann für die statistische Vergleichsprüfung + **30 % über den entsprechenden Durchschnittswerten** der Fachgruppe angesetzt werden, wenn diese Grenze regelhaft angesetzt wird. Die Gruppe der Vertragszahnärzte ist eine **homogene Vergleichsgruppe**. Es besteht nahezu kein Raum für besonderes Abrechnungsverhalten aufgrund von Zusatzqualifikationen. Es können in Ausnahmefällen Praxisbesonderheit festgestellt werden. Es ist unerheblich, dass nicht alle Vertragszahnärzte jede BEMA-Z-Position in gleichem Umfang erbringen und es durchaus Schwerpunkte geben kann, die in einer Praxis anfallen und zu einer deutlich überdurchschnittlichen Abrechnung einzelner Positionen und einer deutlich unterdurchschnittlichen Abrechnung anderer Positionen führen.

Besonderheiten der Abrechnung von BEMA-Z-Positionen bei **Gemeinschaftspraxen** gegenüber Einzelpraxen sind dem Grunde nach nicht ersichtlich.

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

b) Einzelleistungsprüfung: Kein Korrekturfaktor für unterdurchschnittliche Fallzahl

SG Kiel, Urteil v. 23.05.2018 - S 13 KA 381/15

RID 19-01-41

juris
SGB V § 106

Der jeweils ausgewiesene **Landesdurchschnittswert** jeder **Einzelleistung** muss nicht mit dem **Faktor** „durchschnittliche Fallzahl der Gruppe durch Fallzahl des jeweiligen Vertragsarztes“ multipliziert werden, um eine „Statistik“ zu generieren, die nicht mehr auf den tatsächlich erhobenen Daten beruht und für jeden einzelnen Vertragsarzt für jede einzelne BEMA-Z-Position einen individuellen Landesdurchschnitt ausweist, mit dem er verglichen wird. Er würde für unterdurchschnittliche Praxen einen erhöhten individuellen Landesdurchschnitt und für überdurchschnittliche Praxen einen abgesenkten individuellen Landesdurchschnitt ergeben. Eine solche Vorgehensweise ist weder mathematisch oder denklogisch notwendig noch für die Zwecke der Wirtschaftlichkeitsprüfung geboten.

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

c) Begründungsanforderungen/Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten

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

RID 19-01-42

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 106

Leitsatz: I. Wesentliches Indiz für eine **intellektuelle Prüfung** im Rahmen der statistischen Wirtschaftlichkeitsprüfung ist, dass eine Auseinandersetzung mit dem Vortrag des zu prüfenden Arztes/Zahnarztes und/oder eine solche mit den den Prüfungsgremien bereits bekannten Besonderheiten der Praxis erfolgt ist. Diese intellektuelle Prüfung muss wenigstens in groben Zügen **in den Prüfbescheiden abgebildet** werden, damit die Schlüssigkeit und Plausibilität des gefundenen Ergebnisses durch den Betroffenen, aber auch durch die Gerichte nachprüfbar ist. Es genügt deshalb nicht, allgemeine und pauschale Ausführungen zu machen.

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

III. Der Verweis auf eine **hohe belassene Restüberschreitung** als Begründung für eine bestimmte Kürzung, ohne sich mit etwaigen Praxisbesonderheiten und Einsparungen auseinanderzusetzen, genügt den Erfordernissen an die **Begründungspflicht** nach § 35 SGB X nicht (vgl. LSG Bayern, Urt. v. 04.02.2009 - L 12 KA 27/08 - RID 09-04-28).

Gegenstand der Klage ist die Wirtschaftlichkeitsprüfung im Quartal IV/14, die zu einem Regress in Höhe von 7.928,30 € führte. Sie bezog sich auf die Leistungen der Nrn. 12, 49 und 106 (Bema-Nr. 12: Kürzung 10 %; Bema-Nr. 49: Kürzung 45 %; Bema-Nr. 106: Kürzung: 10 %). Das **SG** verpflichtete den Bekl., über den Widerspruch der Kl. erneut unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts zu entscheiden.

d) Statistischer Kostenvergleich einer BAG mit MKG-Chirurgen

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

RID 19-01-43

Sprungrevision anhängig: B 6 KA 2/19 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 106

Leitsatz: 1. Nehmen die **Prüfungsgremien sachlich-rechnerische Berichtigungen** nach Nr. 7750 GOÄ vor und sind die beanstandeten ausführlichen schriftlichen Krankheits- und Befundberichte die einzige Leistung, so kann die **Fallzahl** zur Berechnung des Fallwerts angepasst werden.

2. Eine aus einem Arzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, der sowohl zur vertragsärztlichen als auch als Zahnarzt zur vertragszahnärztlichen Versorgung zugelassen ist, und weiteren Vertragszahnärzten bestehende Berufsausübungsgemeinschaft kann im Rahmen einer statistischen Wirtschaftlichkeitsprüfung des konservierend-chirurgischen Bereichs mit einer fiktiven Vergleichsgruppe entsprechender Berufsausübungsgemeinschaften verglichen werden, wenn eine Gewichtung der Vergleichswerte für Ärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie und für Zahnärzte, wobei angestellte Zahnärzte wie zugelassene Vertragszahnärzte zu gewichten sind, nach der Zusammensetzung der Berufsausübungsgemeinschaft erfolgt (hier Gewichtung 1 : 7 bzw. 1 : 8) und wenn der Beschwerdeausschuss keine Anhaltspunkte dafür sieht, dass sich das Behandlungsverhalten und die Behandlungsweise der Praxis von der Typik der MKG-Chirurgen oder der Vertragszahnärzte wesentlich unterscheidet (vgl. bereits SG Marburg, Urt. v. 18.11.2015 - S 12 KA 275/14 - juris, RID 16-01-44, Berufung anhängig beim LSG Hessen - L 4 KA 18/18 <vormals L 4 KA 49/15> -; SG Marburg, Urt. v. 27.11.2013 - S 12 KA 228/13 - juris, RID 14-01-38, Berufung anhängig beim LSG Hessen - L 4 KA 17/18 <vormals L 4 KA 1/14> -; SG Marburg, Beschl. v. 15.03.2013 - S 12 KA 255/13 ER - RID 13-03-46 und LSG Hessen, Beschl. v. 08.08.2013 - L 4 KA 29/13 B ER - RID 13-04-34).

Die Beteiligten streiten um eine Honorarkürzung in Höhe von insgesamt 662.538,08 € bzw. nach Berücksichtigung der Degressionskürzung und des HVM-Einbehalts von 472.077,27 € für das Quartal III/13 und hierbei um sachlich-rechnerische Berichtigungen nach Nr. 7750 GOÄ um 21.585,43 € und 797,98 €, im KB-Bereich um 300,71 € und wegen unwirtschaftlicher Behandlungsweise bezogen auf den Gesamtfallwert in Höhe von 639.853,96 €. Das **SG** wies die Klage ab.

Parallelverfahren:

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

RID 19-01-44

Sprungrevision anhängig: B 6 KA 3/19 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

V. Zulassungsrecht

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. Zulassung

a) Entsperrung: Spezialisierte fachärztliche Versorgung (Radiologie)

LSG Bayern, Urteil v. 28.11.2018 - L 12 KA 18/18

RID 19-01-45

SGB V § 101; BedarfsPIRL § 26 IV Nr. 3

Stellt das SG im - zwischenzeitlich rechtskräftigen - Urteil zur Neubescheidung fest, dass im Rahmen des Auswahlermessens der **Tätigkeit als programmverantwortlicher Arzt** im Screening-Verfahren keine entscheidungserhebliche Bedeutung beigemessen werden muss, so bindet dies die Verfahrensbeteiligten.

Die Lage in einem **Tourismusgebiet** ist für einen **Radiologensitz** nicht besonders zu berücksichtigen, wenn die potentiell in Anspruch genommenen Orthopäden oder Chirurgen selbst Röntgenuntersuchungen vornehmen können.

Der Zulassungsausschuss ließ nach Teilentsperrung Dr. A zur vertragsärztlichen Versorgung zu. Den Antrag auf sofortige Vollziehung lehnte SG München, Beschl. v. 26.06.2014 - S 38 130/14 ER - ab. Der bekl. Berufungsausschuss ließ den beigel. Facharzt für Radiologie Dr. B zu und lehnte die Anträge der übrigen Bewerber ab. Auf deren Klagen verurteilte SG München, Urt. v. 27.04.2016 - S 28 KA 1377, 1381 und 1388/14 - RID 16-03-54, 55 u. 67 zur Neubescheidung. Der Bekl. ließ erneut Dr. B zu. SG München, Beschl. v. 13.03.2017 - S 38 47/17 ER - lehnte eine sofortige Vollziehung ab, LSG Bayern, Beschl. v. 02.11.2017 - L 12 KA 57/17 B ER - RID 17-04-38 wies die Beschwerde zurück. **SG München**, Urt. v. 24.01.2018 - S 38 KA 971/16 - RID 18-02-31 verpflichtete den Bekl. zur Neubescheidung. Auf Berufung des Bekl. wies das **LSG** die Klage ab.

b) Sonderbedarfszulassung

aa) Wechsel des Versorgungsbereichs: Hausärztlicher Internist - Rheumatologe

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 28.11.2018 - L 7 KA 30/16

RID 19-01-46

Revision zugelassen

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 101; GG Art. 3, 12

Leitsatz: 1. Will ein im **hausärztlichen Versorgungsbereich** zugelassener Facharzt für Innere Medizin mit einem **Schwerpunktgebiet** (hier: Rheumatologie) in den **fachärztlichen Versorgungsbereich wechseln**, dürfen bei der Frage, ob hierdurch eine Verbesserung der Versorgung zu erwarten ist, die von ihm bislang erbrachten Leistungen im Schwerpunktgebiet nicht berücksichtigt werden.

2. Zu den weiteren Voraussetzungen für einen Wechsel des Versorgungsbereichs.

Der Kl. nimmt als Arzt für Innere Medizin mit vollem Versorgungsauftrag an der vertragsärztlichen Versorgung – hausärztlicher Versorgungsbereich – teil. Er darf die Teilgebietsbezeichnung „Rheumatologie“ führen. Er beantragte Ende August 2013 erfolglos die Umwandlung seiner hausärztlichen in eine fachärztlich rheumatologische Zulassung, weil er fast ausschließlich Patienten mit rheumatologischen Erkrankungen behandle und auch im aktuellen Quartal aufgrund des Todes bzw. des Ausscheidens zweier rheumatologischer Kollegen enormen Anstieg rheumatologischer Patienten zu verzeichnen habe. **SG Berlin**, Urt. v. 09.03.2016 - S 22 KA 404/15 - wies die Klage ab, das **LSG** verpflichtete auf die Berufung des Kl. die Bekl., den Wechsel des Kl. von der hausärztlichen in die fachärztliche Versorgung als Facharzt für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Rheumatologie mit der Maßgabe zu genehmigen, dass nur die ärztlichen Leistungen abrechnungsfähig sind, die im Zusammenhang mit der Behandlung rheumatologischer Erkrankungen stehen.

Aus den Gründen:

„(...) 32 Unabhängig von der Auslegung von § 101 Abs. 5 Satz 6 SGB V ist dieser Vorschrift – ebenso wie den sonstigen Regelungen des SGB V – jedoch kein Anhaltspunkt zu entnehmen, dass ein Wechsel zwischen haus- und fachärztlichem Versorgungsbereich grundsätzlich ausgeschlossen sein soll. Auch wenn das BSG allein mit Blick auf § 73a Abs. 1 Sätze 3 bis 5 SGB V (und daher möglicherweise missverständlich) meint, mit diesen Regelungen habe der Gesetzgeber die Zuordnung zur haus- oder fachärztlichen Versorgung umfassend und abschließend geregelt (BSG, Urteil vom 28. Oktober 2009 – B 6 KA 22/08 R –, juris, Rn. 14), entspricht es allgemeiner Meinung, dass ein solcher **Wechsel**, ggf. unter Beachtung von Zulassungsbeschränkungen, grundsätzlich möglich sein soll (SG Berlin, Urteil vom 10. August 2011 – S 71 KA 92/11 –, juris; Pawlita, in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 3.A., § 101 Rn. 114f; Zeller/Zalewski, in: Liebold/Zalewski, Kassenarztrecht, Stand Juli 2018, § 101 SGB V, C 101-23), wobei als Rechtsgrundlage hierfür teilweise § 24 Abs. 6 Ärzte-ZV analog genannt wird (Sozialgericht Marburg, Beschluss vom 19. Juli 2007 – L 12 KA 287/07 ER –, juris; Ladurner, Ärzte-ZV Zahnärzte-ZV, § 24 Ärzte-ZV Rn. 91 m.w.N.), aber auch § 73 Abs. 1a Satz 5 SGB V in Erwägung gezogen wird (in diese Richtung Klückmann, in: Hauck/Noftz, SGB, Stand: 05/13, § 73 SGB V, Rn. 11, mit dem zutreffenden Argument, dass Internisten „ohne Schwerpunktbezeichnung“ im Sinne der Vorschrift auch Internisten sind, welche zwar auf Grund einer entsprechenden Weiterbildung das Recht erworben haben, eine Schwerpunktbezeichnung der Inneren Medizin zu führen, aber auf dieses Recht – etwa wegen Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung – verzichten).

33 Diese Unbestimmtheit im Hinblick auf die parlamentsgesetzliche Rechtsgrundlage wäre zwar schwer vereinbar mit der Rechtsprechung des BSG, wonach bei Betätigungen im Rahmen des Art. 12 Abs. 1 GG sich aus dem Gesetz selbst ergeben müsse, unter welchen Voraussetzungen die Genehmigung erteilt bzw. versagt werde (so BSG, Urteil vom 03. August 2016 – B 6 KA 31/15 R –, juris, für die Verlegung des Praxissitzes unter Berufung auf BVerfGE 20, 150 <Sammlungsgesetz>). Dies kann indes auf sich beruhen, da nach der hier gefundenen Lösung Art. 12 Abs. 1 GG genügt wird.

34 II. Ein **Wechsel des Fachgebiets** ist jedenfalls unter den Voraussetzungen von § 38 Bedarfsplanungs-RL (in der seit dem 1. Januar 2013 unveränderten, hier maßgeblichen Fassung) **zulässig**. Danach gilt: (...)

60 2. Darüber hinaus – und dies ist streitentscheidend – folgt der Senat der Rechtsauffassung des Sozialgerichts nicht, soweit dieses eine **Verbesserung der Versorgung** durch den vom Kläger erstrebten Versorgungsbereichswechsel verneint hat. Eine solche Verbesserung stellt der Senat aufgrund folgender Umstände und Überlegungen fest:

61 a. Der Beklagte verkennt, dass die Behandlung von Versicherten mit rheumatischen Leiden im hausärztlichen und im fachärztlichen Bereich nicht identisch ist. Zum einen ist der Kreis der abrechnungsfähigen Leistungen unterschiedlich (hierzu aa.), zum anderen ist trotz des klägerischen Vorbringens von einer spezialisierten und somit „höherwertigen“ Behandlung im fachärztlichen Bereich auszugehen (hierzu bb.). (...) 64 b. Bei der Prüfung, ob durch den Wechsel des Versorgungsbereich eine Verbesserung der Versorgung zu erwarten ist, darf die bisherige Leistungserbringung durch den Kläger nicht berücksichtigt werden. Die bisherige Praxis des Beklagten führt zu gleichheitswidrigen Ergebnissen. Denn würde der Kläger seine Praxis ohne vertragsärztliche Zulassung führen und wäre somit nur privatärztlich tätig, wäre seine bisherige Leistungserbringung bei der Frage nach einer Versorgungsverbesserung unbeachtlich. Aufgrund des bestehenden Versorgungsmangels müsste ihm dann eine Sonderbedarfszulassung erteilt werden. Allein die Tatsache, dass der Kläger bereits an der vertragsärztlichen Versorgung teilnimmt, benachteiligt ihn gegenüber bislang rein privatärztlich tätigen Rheumatologen. Dies ist vor dem Hintergrund des in Art. 3 GG verankerten Gleichbehandlungsgebots und der gleichzeitig in den Blick zu nehmenden Berufsausübungsfreiheit (Art. 12 GG) nicht zu rechtfertigen.

65 c. Die vom Beklagten und vom Sozialgericht vertretene Rechtsauffassung hätte zur Folge, dass der Anwendungsbereich von § 38 Bedarfsplanungs-RL erheblich eingeschränkt wäre. (...)

bb) Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen

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

RID 19-01-47

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 101 I 1 Nr. 3; BedarfsplRL §§ 36 f.

Leitsatz: 1. Ein Anzeichen dafür, dass ein weiterer ungedeckter pädaudiologischer **Versorgungsbedarf** besteht, ist bereits darin zu sehen, dass **Wartezeiten** von bis zu vier Monaten bestehen.

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

Dem 1970 geb. Kl. wurde im Jahr 2000 die Approbation als Arzt erteilt. Er ist als Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde und als Facharzt für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen anerkannt. Er ist zudem berechtigt, die Zusatzbezeichnungen Notfallmedizin und Stimm- und Sprachstörungen zu führen. 2011 wurde er als Facharzt für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen und Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde mit einem hälftigen Versorgungsauftrag zugelassen. Er ist in einer örtlichen BAG mit HNO-Fachärzten tätig. 2012 beantragte er erfolglos die Aufhebung der Beschränkung des hälftigen Versorgungsauftrags im Bereich der Sprach-, Stimm- und kindlichen Hörstörungen. Das SG verpflichtete den Bekl., über den Widerspruch des Kl. unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts erneut zu entscheiden.

c) Praxisnachfolge

aa) Praxisverlegung des Mitbewerbers an Standort des Praxissitzes

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

RID 19-01-48

Revision anhängig: B 6 KA 20/18 R

juris

SGB V § 103 IIIa, IV; SGG § 54 I 2

Orientierungssatz juris: Im Rahmen der **Nachfolgezulassung** nach § 103 Abs. 3a SGB V ist das **Klageziel eines Konkurrenten** die Aufhebung der Zulassung des ausgewählten Arztes, um den Weg für eine neue Auswahlentscheidung der Zulassungsgremien frei zu machen. Das rechtlich geschützte Interesse des Konkurrenten beschränkt sich jedoch darauf, bei der tatsächlich erfolgten Nachbesetzung nicht unter Verstoß gegen die in § 103 SGB V genannten Kriterien übergangen zu werden (vgl. BSG, Urt. v. 05.11.2003 - B 6 KA 11/03 R - BSGE 91, 253 = SozR 4-2500 § 103 Nr. 1 Rn. 21 ff.). Daraus ergibt sich im Umkehrschluss, dass der Konkurrent kein rechtlich geschütztes Interesse dahingehend hat, dass sich die **Rahmenbedingungen** - welche im Rahmen einer Auswahlentscheidung bei den vom Zulassungsausschuss zu beachtenden Kriterien ggf. zu berücksichtigen sind - in tatsächlicher Hinsicht während laufender Nachbesetzungsverfahren oder zwischen dem ersten und ggf. notwendigen zweiten Nachbesetzungsverfahren **ändern** (hier: Verlegung des Praxissitzes des Wunschkandidaten des abgebenden Arztes an den Praxissitz eben dieses abgebenden Arztes und Genehmigung zur überörtlichen gemeinsamen Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit).

bb) Rücknahme des Antrags auf Ausschreibung nach Konkurrentenklage

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

RID 19-01-49

Revision anhängig: B 6 KA 19/18 R

juris

SGB V § 103 IIIa, IV; SGG § 131 I 3

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

d) Auswahlentscheidung: Standortfrage/Räumliche Verteilung/Offener MRT

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

RID 19-01-50

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 95, 103; BedarfspRL § 26 IV Nr. 3

Die **Standortfrage** ist ein wesentliches Kriterium für eine zutreffende Auswahlentscheidung nach Teilentsperrung.

Aus der Formulierung „bestmögliche Versorgung der Versicherten“ in § 26 IV Nr. 3 sechster Spiegelstrich BedarfspRL ergibt sich, dass auch für die **spezialisierte fachärztliche Versorgung** trotz der Großräumigkeit des Planungsbereichs eine **möglichst wohnortnahe Versorgung bei gleichmäßiger Verteilung der Vertragsarztsitze** anzustreben ist (vgl. SG Marburg, Urt. v. 16.03.2016 - S 12 KA 170/15 - RID 16-02-42). Es genügt eine allgemeine, jedoch nachvollziehbare Einschätzung des Bedarfs verbunden mit einer Gegenüberstellung des Bedarfs an den einzelnen avisierten Standorten.

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

Im Rahmen der Feststellung des Bedarfs sind auch die Versorgungsangebote und Versorgungsleistungen einer **Filialpraxis** zu berücksichtigen. Es kommt auf die tatsächliche Versorgungssituation an.

Die **Tätigkeit als programmverantwortlicher Arzt** im Screening-Verfahren ist zu beachten.

Es ist nicht ermessensfehlerhaft, die fehlende **Nebentätigkeit** zugunsten eines Bewerbers zu berücksichtigen.

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

Der Zulassungsgremien ließen nach Teilentsperrung in einem Auswahlverfahren nach § 26 IV Nr. 3 BedarfspIRL den zu 1) beigel. Radiologen mit einem halben Versorgungsauftrag zu, wogegen der Kl. und der Beigel. zu 9) (zum Az.: S 38 KA 625/17) Klage erhoben. Das **SG** verpflichtete den Bekl. zur Neubescheidung über den Zulassungsantrag des Kl.

Parallelverfahren:

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

RID 19-01-51

2. Anstellungsgenehmigung

a) Anstellungsgenehmigung für Strahlentherapeutin nach Zulassungsmoratorium

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

RID 19-01-52

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 95 IX 1, 101 I Nr. 1, 103 IVa 5; Ärzte-ZV § 32b; GG Art. 12 I, 14 I

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

Die Eintragung des anzustellenden Arztes in das **Arztregister** muss wie der Antrag selbst bei Eingreifen des Moratoriumsbeschlusses zum 07.09.2012 bereits vorliegen, um nicht unter eine später beschlossene Zulassungssperre zu fallen. Ein Ausnahmefall liegt nicht vor, wenn weder die Genehmigung der Anstellung noch die Eintragung ins Arztregister rechtzeitig vor Inkrafttreten des Moratoriumsbeschlusses zum 07.09.2012 beantragt sind.

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

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

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

Das kl. MVZ verfügt seit Jahren über zwei strahlentherapeutische Sitze. Auf dem einen - nicht streitbefangenen - Sitz war bis zum 24.10.2014 die Fachärztin für Strahlentherapie D2 als angestellte Ärztin beschäftigt. Nach ihrem Ausscheiden wurde der Sitz mit dem Facharzt für Strahlentherapie N als angestelltem Arzt nachbesetzt. Auf dem zweiten - hier streitbefangenen - Sitz war vom 01.10.2009 bis **01.04.2011 die Fachärztin für Strahlentherapie I2 als angestellte Ärztin beschäftigt**. Für diesen Sitz **beantragte die Kl. erstmals am 14.09.2012 eine Anstellungsgenehmigung für Frau H** mit Wirkung zum 01.01.2013, ferner am 14.11.2012 mit Wirkung zum 01.02.2013 und am 14.01.2013 mit Wirkung zum 01.03.2013. **Frau H wurde am 26.11.2012 approbiert** und auf ihren Antrag vom 18.12.2012 am 14.03.2013 ins Arztregister eingetragen. **SG Düsseldorf**, Urt. v. 14.10.2015 - S 2 KA 9/14 - RID 15-04-47 verurteilte den Bekl., der Kl. eine Anstellungsgenehmigung für die Beschäftigung von Frau H mit einem Beschäftigungsumfang von 40 Stunden pro Woche am Vertragsarztsitz des MVZ am Evangelischen Krankenhaus zu erteilen. Das **LSG** wies auf Berufung der Beigel. KV die Klage ab.

b) Anstellungsgenehmigung nach Einbringen des Sitzes

aa) Nachträgliche Kündigung

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

RID 19-01-53

Rechtskräftig

SGB V §§ 95 VII 1, 103 IVa 1; SGG § 86b I 1 Nr. 2

Ein Vertragsarzt verliert seine **Zulassung** durch den erklärten **Verzicht** mit Erteilung der **Anstellungsgenehmigung**. Mit dem Verzicht auf die Zulassung tritt das Ende der Zulassung, der Rechtsverlust, gem. § 95 VII 1 SGB V kraft Gesetzes ein. Ein entsprechender Beschluss des Zulassungsausschusses hat nur deklaratorische Wirkung. Eine anschließende Störung des Anstellungsverhältnisses mit fristloser Kündigung spielt zulassungsrechtlich keine Rolle.

Der Ast., Facharzt für Pathologie, brachte seinen Sitz in das MVZ ein. Der Zulassungsausschuss stellte mit Beschl. v. 28.02.2018 das Ende der Zulassung zum 31.03.2018 fest und genehmigte seine Anstellung im MVZ. Der Ast. nahm die Tätigkeit im MVZ zum 01.04.2018 nicht auf. Das MVZ kündigte das Arbeitsverhältnis mit Schreiben vom 30.05.2018 fristlos. Der Ast. erhob erfolglos Widerspruch gegen die Beschlüsse des Zulassungsausschusses, wogegen er Klage einlegte (S 49 KA 186/18, S 49 KA 187/18). Er begehrt die Feststellung der aufschiebenden Wirkung der Klage gegen sein Zulassungsende (S 49 KA 187/18 - Klage zwischenzeitlich zurückgenommen). Das **SG** lehnte den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab.

bb) Keine Anfechtbarkeit einer Anstellungsgenehmigung nach Zulassungsverzicht

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

RID 19-01-54

SGB V § 103 IVa 1; SGG § 86b I 1 Nr. 2

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

Der Ast., Facharzt für Pathologie, brachte seinen Sitz in das MVZ ein. Der Zulassungsausschuss stellte mit Beschl. v. 28.02.2018 das Ende der Zulassung zum 31.03.2018 fest und genehmigte seine Anstellung im MVZ. Der Ast. nahm die Tätigkeit im MVZ zum 01.04.2018 nicht auf. Das MVZ kündigte das Arbeitsverhältnis mit Schreiben vom 30.05.2018 fristlos. Der Ast. erhob erfolglos Widerspruch gegen die Beschlüsse des Zulassungsausschusses, wogegen er Klage einlegte (S 49 KA 186/18, S 49 KA 187/18). Er begehrt die Feststellung der aufschiebenden Wirkung der Klage gegen die Anstellungsgenehmigung (S 49 KA 186/18). Das **SG** lehnte den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab.

3. Zulassungsende: Zulassung unter der Bedingung des hälftigen Verzichts

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

RID 19-01-55

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

Ärzte-ZV § 19 III; SGB X §§ 32 II Nr. 2, 40 I

Wird ein Vertragsarzt mit vollem Versorgungsauftrag für einen weiteren hälftigen Versorgungsauftrag unter der **Bedingung des hälftigen Verzichts** an seinem bisherigen Vertragsarztsitz zugelassen und wird diese Nebenbestimmung bestandskräftig, dann endet die weitere Zulassung, wenn der Verzicht nicht innerhalb der im Bescheid genannten Frist erklärt wird. Die Beschränkung auf einen Versorgungsauftrag ist verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden (vgl. BSG, Urt. v. 28.09.2016 - B 6 KA 32/15 R - GesR 2017, juris Rn. 34; BSG, Beschl. v. 09.02.2011 - B 6 KA 44/10 B - juris Rn. 18). Eine Nebenbestimmung, wonach die vertragsärztliche Tätigkeit endet, wenn sie nicht **innerhalb von drei Monaten** nach Bestandskraft der Zulassungsentscheidung aufgenommen wird, ist nicht nichtig. BVerfG, 1. Sen. 2. Ka., Beschl. v. 26.09.2016 - 1 BvR 1326/15 - RID 16-04-80 wirkt auf eine zuvor ergangene Bestimmung nicht zurück.

Der Kl., als Urologe seit 1985 in N zugelassen, betreibt im benachbarten Landkreis zwei Zweigpraxen in A u. B. Der Zulassungsausschuss ließ ihn, nach teilweiser Entsperrung des Planungsbereichs, mit einem hälftigen Versorgungsauftrag in B unter der Bedingung des hälftigen Verzichts seiner Zulassung in N und der Bestimmung, die vertragsärztl. Tätigkeit ende, wenn sie nicht innerhalb von drei Monaten ab Unanfechtbarkeit aufgenommen werde, zu. Eine Konkurrentenklage wies SG München, Urt. v. 23.07.2015 - S 43 KA 1115/14 -,

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

4. Zulassungsentziehung

a) Nichtausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit: Geringe Fallzahl/Notdienst

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

RID 19-01-56

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 95 VI; Ärzte-ZV § 27

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

2. Weist ein Vertragsarzt **unter 10 % der Fallzahlen** der Vergleichsgruppe auf, ist er in einem Umfang tätig, der annähernd der gänzlichen **Nichtausübung** der vertragsärztlichen Tätigkeit gleichzusetzen ist (vgl. LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 20.10.2010 - L 5 KA 2155/09 - RID 11-01-55; SG München, Urt. v. 11.10.2011 - S 38 KA 1338/09 -).

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

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

Das **SG** wies die Klage ab.

b) Falsche Angaben/Alkoholkonsum

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

RID 19-01-57

SGB V § 95 VI; SGG § 86b I 1 Nr. 2; Ärzte-ZV §§ 21, 24

Ein die **Entziehung der Zulassung** rechtfertigender Grund liegt in der **Nichtaufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit** entgegen der **Aufnahmeerklärung** gegenüber dem Zulassungsausschuss. Die ärztliche **Tätigkeit im Bereitschafts- bzw. Notdienst** ist zwar Teil der vertragsärztlichen Versorgung, reicht für sich allein aber nicht zur Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit in eigener Praxis mit vollem Versorgungsauftrag aus.

Ein schwerer **Pflichtenverstoß** besteht darin, dass durch **falsche Angaben** über die Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit die Auszahlung eines Förderbetrages (hier: 60.000 €) nach der Sicherstellungsrichtlinie durch die KV bewirkt wird.

Ein Arzt verstößt gegen eine **satzungsrechtliche Mitwirkungspflicht**, wenn er mit der Beantragung eines Zuschusses nach der Sicherstellungsrichtlinie nicht zugleich darüber **informiert**, dass er seit acht Jahren ununterbrochen unter **Vermögensbetreuung** steht, erhebliche Schulden beim Finanzamt und bei diversen Banken hat, eine eidesstattliche Offenbarungsversicherung abgegeben hat und zu befürchten ist, dass der gewährte Zuschuss von den weiteren Gläubigern gepfändet wird und somit nicht mehr zweckentsprechend für die Gründung einer Arztpraxis verwendet werden kann.

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

wirkt der **Alkoholkonsum** bis in den Bereitschaftsdienst hinein. Ein Vertragsarzt ist jedenfalls dann für die vertragsärztliche Tätigkeit ungeeignet, wenn der Alkoholkonsum - unabhängig von seiner diagnostischen Einordnung - in einem zeitlichen Zusammenhang mit der Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit erfolgt.

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

c) Verstoß gegen infektionshygienische Anforderungen und Praxisschließung

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

RID 19-01-58

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 95 VI

Leitsatz: 1. Eine gröbliche Pflichtverletzung i.S. von § 95 Abs. 6 SGB V liegt vor, wenn eine urologische Praxis ohne Beachtung der seit Jahren gültigen **Hygiene- und Arbeitsschutzstandards** betrieben wird.

2. Eine gröbliche Pflichtverletzung liegt auch dann vor, wenn der Vertragsarzt eine **Untersagungsverfügung nicht beachtet** und weiterhin vertragsärztliche Leistungen abrechnet.

Dem 1944 geb. Urologen (Kl.) untersagte das Amt für öffentliche Ordnung im November 2013 wegen hygienischer Mängel den weiteren Betrieb der Praxis mit sofortiger Wirkung. Im Dezember 2013 erließ das Regierungspräsidium ebf. eine Untersagungsverfügung. Die Anwendung der in der Praxis aufbereiteten Instrumente, die bestimmungsgemäß keimarm oder steril zur Anwendung kämen, werde mit sofortiger Wirkung untersagt. Die sofortige Vollziehung wurde angeordnet. Im Januar 2015 fand eine Nachbegehung der Praxis statt. Der Kl. erklärte, dass er nur noch das Wartezimmer für Behandlungen nutze, weil er gedacht habe, dieses gehöre nicht zu den Praxisräumen. Die beigel. KV stellte im Februar 2015 den Antrag auf Zulassungsentziehung. Der Zulassungsausschuss ordnete im April 2015 das Ruhen der Zulassung für den Zeitraum vom 24.04. bis 11.06.2015 und die sofortige Vollziehung dieser Entscheidung an, was er bis 16.09.2015 verlängerte. Im September 2015 entzog der Zulassungsausschuss die Zulassung und ordnete die sofortige Vollziehung der Entscheidung an. Der Bekl. hielt nach der Einleitung eines einstweiligen Anordnungsverfahrens an der Anordnung der sofortigen Vollziehung nicht mehr fest. Im November 2015 hob das Gesundheitsamt die Untersagungsverfügung unter Auflagen auf. Der Kl. dürfe keine ambulanten Operationen und invasive Eingriffe in seiner Praxis mehr vornehmen. Im Januar 2016 wies der Bekl. den Widerspruch zurück und ordnete die sofortige Vollziehung des Beschlusses des Zulassungsausschusses an. Das SG stellte mit Beschl. v. 07.03.2016 fest, dass die Klage aufschiebende Wirkung habe, da der Bekl. lediglich die sofortige Vollziehung seiner Entscheidung, nicht jedoch die des Zulassungsausschusses anordnen könne. Das SG wies die Klage ab.

5. Ermächtigung: Facharztfilter für urologisch therapeutische Maßnahmen bei Kindern

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

RID 19-01-59

SGB V § 116; SGG § 86b I 1 Nr. 1

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

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

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

VI. Verfahrensrecht/Kosten/EHV der KV Hessen

Nach BSG, Urt. v. 12.12.2018 - **B 6 KA 52 bis 55/17 R** - hat die **KV Hessen** im Rahmen der ihr als Normgeber der GEHV zustehenden Gestaltungsfreiheit für einen angemessenen Ausgleich der gegenläufigen Interessen der aktiven und der ehemaligen Vertragsärzte gesorgt. Die rechtlich geschützten **Belange der ehemaligen Vertragsärzte** sind durch die **Neuregelung der GEHV nicht verletzt**. Der **Fehler bei der Beschlussfassung** über die GEHV anlässlich der Sitzung der Vertreterversammlung (VV) führt nicht zur Nichtigkeit der Neufassung der GEHV. Die Ausrichtung der Anpassung der Zahlungen aus der EHV an der Entwicklung der Bezugsgröße für die Sozialversicherung hält sich im Rahmen der der Bekl. zukommenden Gestaltungsfreiheit. Die Bekl. war nicht gehalten, die **Einnahmen der aktiven Vertragsärzte aus Selektivverträgen** zum Anlass einer Erhöhung der Zahlungen aus der EHV zu nehmen. Über den Mechanismus des paritätischen 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 KÄ 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. Vollstreckungsabwehrklage: Aufrechnung einer Krankenkasse m. Kosten (Kickback-Zahlungen)

SG Düsseldorf, Urteil v. 07.11.2018 - S 2 KA 278/14

RID 19-01-60

Berufung anhängig: LSG Nordrhein-Westfalen - L 11 KA 87/18 -

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

ZPO § 767; BGB § 242

Als **rechtsvernichtende Einwendung** greift im Rahmen einer **Vollstreckungsabwehrklage** einer Krankenkasse das **Verbot unzulässiger Rechtsausübung** (vgl. BGHZ 94, 316, 318), wenn sich die Vollstreckung aus einem Kostenfestsetzungsbeschluss als **rechtsmissbräuchlich** (dolo agit qui petit quod statim redditurus est) darstellt. Das ist der Fall, wenn eine Krankenkasse gegen einen Vertragszahnarzt einen Schadensersatzanspruch hat, dessen Höhe allein noch offen ist, die Zulassung zur vertragszahnärztlichen Versorgung nicht mehr besteht, der Arzt bereits 65 Jahre alt ist und die Durchsetzung des Schadensersatzanspruchs erschwert oder sogar vereitelt werden könnte.

Der Bekl. war seit 1989 zur vertragszahnärztlichen Versorgung zugelassen. Er wurde in 36 Fällen des gewerbs- und bandenmäßigen Betrugs (wegen sog. Kickback-Zahlungen) für schuldig befunden (BGH, Urt. v. 16.11.2006 - 3 StR 204/06 - RID 09-02-218). Seine vertragszahnärztliche Zulassung wurde entzogen (BSG, Beschl. v. 05.11.2008 - B 6 KA 59/08 B - RID 09-01-107). Die kl. Krankenkasse machte nunmehr Schadensersatzansprüche aus unerlaubter Handlung gegen den Bekl. geltend. SG Düsseldorf, Urt. v. 25.02.2009 - S 2 KA 29/08 - RID 09-02-81 verurteilte den Bekl., an die Kl. einen Betrag in Höhe von 53.533,13 € zzgl. Zinsen zzgl. 1.761,08 € vorgerichtlicher nicht anrechenbarer Anwaltsvergütung und 20 € vorgerichtlicher Mahnkosten zu zahlen. LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 19.10.2011 - L 11 KA 30/09 - RID 12-03-90 wies die Berufung des Bekl. zurück. BSG, Urt. v. 20.03.2010 - B 6 KA 18/12 R - SozR 4-5545 § 23 Nr. 2 hob die vorinstanzlichen Urteile auf und legte der Kl. die Kosten für alle Rechtszüge auf. Zwar habe das LSG materiell zu Recht einen Anspruch der Kl. auf Schadensersatz bejaht. Eine unmittelbare Leistungsklage sei jedoch unzulässig. Die Prüfungsgremien hätten die Schadensfestsetzung vornehmen müssen. Unter dem 25.11.2013 erklärte die Kl. die Aufrechnung des von dem Bekl. geltend gemachten Kostenerstattungsanspruchs mit ihrem Schadensersatzanspruch. Unter Bezugnahme auf eine Abtretungserklärung wandten sich die Rechtsanwälte an die Kl. und baten um Auszahlung des Kostenerstattungsanspruchs an sie. Die Urkundsbeamtin des SG setzte mit Kostenfestsetzungsbeschl. v. 29.04.2014 die von der Kl. dem Bekl. zu erstattenden Kosten auf 14.634,55 € fest. Das **SG** erklärte die Zwangsvollstreckung aus dem vollstreckbaren Kostenfestsetzungsbeschluss des SG Düsseldorf v. 29.04.2014 - S 2 KA 29/08 - für unzulässig und verurteilte den Bekl., die ihm erteilte vollstreckbare Ausfertigung des o.g. Beschlusses an die Kl. herauszugeben. Es wird angeordnet, dass die Vollstreckung aus dem o.g. Beschluss bis zur Rechtskraft des Urteils in dem vorliegenden Rechtsstreit einstweilen eingestellt wird.

2. Zulassung der Berufung bei nachträglicher Divergenz

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

RID 19-01-61

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGG §§ 66 II 1, 144

Leitsatz: Der **Zulassungsgrund der Divergenz** kann auch dann erfolgreich geltend gemacht werden, wenn das Beschwerdegericht nach Erlass der angegriffenen Entscheidung einen Rechtssatz aufstellt, von dem die angegriffene Entscheidung der Vorinstanz entscheidungstragend abweicht; dies gilt

jedenfalls dann, wenn das SG oder das LSG in dem die Divergenz nachträglich herbeiführenden Rechtsstreit die Berufung wegen grundsätzlicher Bedeutung der Rechtssache zugelassen haben (Anschluss an BSG, Beschluss vom 08.09.2015 - B 1 KR 34/15 B - SozR 4-1500 § 160 Nr. 28, RID 16-02-189).

Soweit in einem Rechtsstreit, in dem die Berufung der Zulassung bedarf, weder dem Tenor noch den Entscheidungsgründen der angegriffenen Entscheidung eine Entscheidung über die **Zulassung der Berufung** zu entnehmen ist, sondern allein in der **Rechtsmittelbelehrung** auf die Möglichkeit der Einlegung der Berufung hingewiesen wird, ist dies nicht als Entscheidung über die Zulassung der Berufung zu verstehen (Anschluss an BSG, etwa Urteil vom 19.11.1996 - 1 RK 18/95 - SozR 3-1500 § 158 Nr. 1 und Urteil vom 23.07.1998 - B 1 KR 24/96 R - SozR 3-1500 § 158 Nr. 3).

SG Mainz, Gerichtsbb. vom 12.04.2018 hob den Arzneimittelregressbescheid über 340,89 € (netto) betreffend die Quartale II/12 bis III/13 wegen einer Geringfügigkeitsgrenze in der Prüfvereinbarung auf und wies die Klage im Übrigen - soweit der Kläger beehrte, „wegen der grundsätzlichen Bedeutung zur Sicherung der Rechtsordnung und einer einheitlichen Spruchpraxis die Bekl. anzuweisen, alle derzeit noch laufenden und bereits abgeschlossenen Verfahren in dieser Sache entsprechend aufzuheben und zu korrigieren“ - ab. Das **LSG** ließ auf die Beschwerde der Bekl. gegen die Nichtzulassung der Berufung die Berufung zu.

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

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

RID 19-01-62

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGG § 197a

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

Mit ihrer 2015 zum SG erhobenen Klage hat die Kl. die Entscheidung des bekl. Berufungsausschusses in einer Zulassungssache betreffend einen häftigen Versorgungsauftrag im Fachgebiet Radiologie angegriffen, mit der auf den Widerspruch des Beigel. zu 8) gegen die der Kl. für R erteilte Anstellungsgenehmigung aufgehoben wurde und stattdessen der Beigel. zu 8) mit halbem Versorgungsauftrag zugelassen wurde. **SG Dresden**, Gerichtsbb. v. 26.07.2017 - S 11 KA 311/15 - wies die Klage ab und entschied, dass die Kl. die Kosten des Verfahrens zu tragen und die außergerichtlichen Kosten des Beigel. zu 8) zu erstatten habe. Hiergegen legte die Kl. Berufung ein. Nach Übersendung der Berufungsschrift an alle Beteiligten zur Kenntnisnahme zeigten sich für den Beigel. zu 8) die bereits erstinstanzlich beauftragten Bevollmächtigten unter Vorlage der Vollmacht an, ohne einen Sachantrag zu stellen. Die Klägerin nahm die Berufung, ohne dass diese zuvor begründet wurde, zurück. Das **LSG** beschloss, dass die Kl. auch die Kosten des Berufungsverfahrens trägt. Außergerichtliche Kosten, die den Beigel. im Berufungsverfahren entstanden sind, hat die Kl. nicht zu erstatten.

4. EHV: Unzulässig Beitragsabführung ohne Steigerung der Anwartschaft

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

RID 19-01-63

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

Grundsätze der Erweiterten Honorarverteilung der KV Hessen

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

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

VII. Gesamtvergütung/Kassenärztliche Vereinigung/Hausarztzentrierte Versorgung

1. Abschläge nach § 95d SGB V: Auslegung des Begriffs „Honorarberichtigungen“ in Vergütungsverb.

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

RID 19-01-64

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

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

Abschläge nach § 95d III 3 SGB V zählen nicht zu den **Honorarberichtigungen** i.S. einer sachlich-rechnerischen Berichtigung in einer Vergütungsvereinbarung der Gesamtvertragspartner. Sie sind zwar einerseits eine Sonderform der in ihrer Reinform von dieser Vorschrift umfassten sachlich-rechnerischen Richtigstellung. Andererseits sind sie eine Disziplinarmaßnahme eigener Art. Zahlungen aus Disziplinarmaßnahmen sind aber bereits nach den Regelungen des SGB V nicht an die Krankenkassen weiterzuleiten (vgl. LSG Nordrhein-Westfalen, Ur. v. 08.03.2017 - L 11 KA 21/15 - RID 17-04-49, aufgehoben durch BSG, Ur. v. 27.06.2018 - B 6 KA 60/17 R - SozR 4 <vorgesehen>).

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

2. Festlegung eines Termins zur Wahl eines KV-Vorstandsmitgliedes

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

RID 19-01-65

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

Leitsatz: Die Festlegung eines **Termins** zur **Wahl eines Vorstandsmitgliedes** der Kassenärztlichen Vereinigung binnen mehr als drei Wochen nach Ungültigerklärung der Wahl durch ein Gericht und in den Sommerferien stellt keinen Wahlfehler dar.

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

Das *SG* wies die Klage ab.

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

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

RID 19-01-66

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

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

Die in einem (**Selektiv-**)**Vertrag über die hausarztzentrierte Versorgung** (HzV) festgelegte Pflicht der an der HzV teilnehmenden (Haus-)Ärzte, **Leistungen des Allgemeinlabors** (Abschnitt 32.2 EBM) bei nach Qualifikation/Ausstattung möglicher Selbsterbringung **selbst vorzunehmen**, stellt einen Eingriff in (Zulassungs-)Statusrechte bzw. in die Berufsausübungsfreiheit (Art. 12 Abs. 1 GG) der nur auf Überweisung zur vertragsärztlichen Leistungserbringung befugten **Laborärzte** nicht dar; diese sind dadurch nur „**rechtsreflexhaft**“ in rechtlich nicht geschützten Interessen (Erwerbssaussichten) betroffen.

SG Stuttgart, Ur. v. 25.08.2016 - S 5 KA 3811/13 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

VIII. Bundessozialgericht (BSG)

1. Kein Vergütungsanspruch bei Verstoß gegen strafrechtliches Berufsverbot

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

RID 19-01-67

juris

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Bayern*, Urt. v. 21.02.2018 - L 12 KA 23/15 - wird zurückgewiesen.

Statusbegründende und statusentziehende Entscheidungen wirken im Vertragsarztrecht **ex nunc**.

Einer „Transformation“ eines **strafrechtlichen Berufsverbots** in das Vertragsarztrecht bedarf es zu seiner Wirksamkeit nicht.

Die **Zulassung** ist nur eine von mehreren, keineswegs aber die alleinige Voraussetzung für die Erbringung und Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen. Für die Rechtmäßigkeit der Gewährung **vertragsärztlichen Honorars** kommt es nicht allein darauf an, dass der Vertragsarzt formell zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen ist, sondern er muss auch **materiell berechtigt sein**, Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung zu erbringen (BSG, Urt. v. 23.6.2010 - B 6 KA 7/09 R - BSGE 106, 222 = SozR 4-5520 § 32 Nr. 4, Rn. 55). Die Zulassung ändert - ebenso wie die Approbation - nichts an der **Wirksamkeit eines strafrechtlichen Berufsverbots**.

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

Nicht nur Verstöße gegen vertragsärztliche Bestimmungen haben Auswirkungen auf den Honoraranspruch eines Vertragsarztes. Die Befugnis zur **sachlich-rechnerischen Richtigstellung** der Honoraranforderung besteht auch nicht nur im Falle rechnerischer und gebührenordnungsmäßiger Fehler. Diese erfasst vielmehr auch weitere Fallgestaltungen, in denen der Vertragsarzt Leistungen unter Verstoß gegen Vorschriften über formale oder inhaltliche Voraussetzungen der Leistungserbringung durchgeführt und abgerechnet hat.

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

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

Der 1959 geb. Kl., ein Radiologe, wurde vom *AG Memmingen* im April 2005 zu zwei Jahren und elf Monaten Haft wegen Beleidigung in Tatmehrheit mit sexueller Nötigung verurteilt. Er erhielt ein **Berufsverbot** für zwei Jahre insoweit, dass er in der Arztpraxis mit Personen weiblichen Geschlechts keinen unmittelbaren Kontakt aufnehmen durfte. Das *LG Memmingen* verwarf die Berufung des Kl. und verurteilte auf Berufung der Staatsanwaltschaft zu einer Freiheitsstrafe u.a. wegen vorsätzlicher Körperverletzung und Vergewaltigung. *OLG München* sprach auf Revision d. Kl. ihn teilweise frei und änderte den Schuldspruch in Vergewaltigung in Tateinheit mit Beleidigung; es verwies den Rechtsstreit an das LG zurück. *BVerfG*, Beschl. v. 22.08.2008 - 2 BvR 553/08 - nahm die Verfassungsbeschwerde nicht an. Der bekl. **Berufungsausschuss** bestätigte die Zulassungsentziehung wegen der Vergewaltigung einer Patientin. *SG München*, Urt. v. 17.10.2008 - S 39 KA 626/08 - wies die Klage ab, *LSG Bayern*, Urt. v. 22.04.2009 - L 12 KA 106/08 - RID 10-03-51 die Berufung zurück. *BSG*, Beschl. v. 05.05.2010 - B 6 KA 32/09 B - RID 10-03-52 verwarf die Nichtzulassungsbeschwerde. Nachdem die bekl. KV Kenntnis von den Strafverfahren erlangt hatte, nahm sie **sachlich-rechnerische Berechtigungen** der Honorarforderungen des Kl. u.a. in den hier streitbefangenen Quartalen (II/05 bis IV/06/144.943,07 €; Parallelverfahren: I/04-I/05/813.727,84 €) vor und forderte das für die Behandlungen weiblicher Patienten geleistete Honorar zurück, soweit die Erbringung der Leistung einen unmittelbaren Arzt-Patienten-Kontakt unbedingt erforderte. Weitere Honorarrückforderungen für die vorangegangenen Quartale I/04 bis I/05 sind Gegenstand des Parallelverfahrens. *SG München*, Urt. v. 22.10.2014 - S 20 KA 1609/12 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

Parallelverfahren:

BSG, Beschluss v. 24.10.2018 - B 6 KA 9/18 B

RID 19-01-68

juris

2. Ausgleichszahlungen wegen Härtefalls

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

RID 19-01-69

juris

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Baden-Württemberg*, Urt. v. 25.10.2017 - L 5 KA 1868/14 - RID 17-04-12 wird zurückgewiesen.

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

3. Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen: Reichweite der Vereinbarung

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

RID 19-01-70

SozR 4-2500 § 120 Nr. 6 = KRS 2018, 361 = KrV 2018, 201 = MedR 2018, 987

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

4. Behandlung in Notfallambulanzen von Krankenhäusern/Abrechnungsfristen

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

RID 19-01-71

juris

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Bayern*, Urt. v. 18.07.2018 - L 12 KA 24/16 - wird zurückgewiesen.

In der Rechtsprechung des BSG ist geklärt, dass die **Notfallbehandlung von Versicherten durch Nichtvertragsärzte** - und damit auch in **Notfallambulanzen von Krankenhäusern** - der vertragsärztlichen Versorgung zuzurechnen ist und dass der Vergütungsanspruch dem Grunde und der Höhe nach aus den Vorschriften des Vertragsarztrechts über die Honorierung ärztlicher Leistungen folgt. Dass dabei für Krankenhäuser nicht isoliert nur die für sie günstigen Bestimmungen zur Vergütung vertragsärztlicher Leistungen gelten können, liegt auf der Hand und bedarf keiner Klärung in einem Revisionsverfahren. Nach st. Rspr. dürfen Notfallbehandlungen, die in Krankenhausambulanzen erbracht werden, unter Beachtung des Gleichheitsgrundsatzes aus Art. 3 I GG grundsätzlich nicht schlechter vergütet werden als entsprechende Behandlungen von Vertragsärzten. Daraus folgt aber auch, dass Krankenhausambulanzen keinen Anspruch auf eine Privilegierung gegenüber Vertragsärzten bei der Vergütung haben können.

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

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

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

RID 19-01-72

SozR 4-2500 § 101 Nr. 20 = ZMGR 2018, 181 = SGB 2018, 643

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

2. Mit der Vorgabe in den Bedarfsplanungs-Richtlinien, nach der eine Saldierung von Punktzahlen innerhalb des **Jahresbezugs** zulässig ist, wird der Kassenärztlichen Vereinigung (KÄV) kein Ermessensspielraum eingeräumt; vielmehr ist ein Ausgleich von Über- und Unterschreitungen der Job-Sharing-Obergrenze grundsätzlich innerhalb von vier Quartalen vorzunehmen.

3. Zur Neuberechnung des **Faktors für die jährliche Anpassung** der Job-Sharing-Obergrenzen in Sonderfällen (hier: wegen Änderung der Fachgruppenzuordnung im Zuge der Vereinigung von KÄVen).

6. Umwandlung einer Arztstelle in eine Zulassung

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

RID 19-01-73

juris

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Bayern*, Urt. v. 06.12.2017 - L 12 KA 79/16 - RID 18-02-32 wird zurückgewiesen.

Eine mit bestandskräftigem Bescheid verfügte **Umwandlung einer genehmigten Anstellung** in eine Zulassung hat zur Folge, dass die Anstellungsgenehmigung nicht mehr existiert und dass die Stelle auch nicht mehr nachbesetzt werden kann. Das folgt aus dem insoweit eindeutigen Wortlaut des § 95 IXb 1 SGB V. Die Bedeutung des Wortes „umzuwandeln“ schließt es aus, dass der Status der Anstellung neben dem neu entstehenden Status der Zulassung unverändert erhalten bleiben könnte. Dem kann nicht mit Erfolg entgegengehalten werden, dass die Versorgung der Patienten durch die damit im Ergebnis bewirkte Reduzierung des Versorgungsgrades beeinträchtigt würde.

Mit dem Antrag, die Anstellung in eine Zulassung umzuwandeln und dem (ehemals) angestellten Arzt die Zulassung zu erteilen, verzichtet das MVZ auf die Nachbesetzung der Angestelltenstelle. Wenn der Arzt, dem die Zulassung nach § 95 IXb SGB V im Wege der Umwandlung übertragen worden ist, von dieser Zulassung keinen Gebrauch macht, **fällt die Stelle nicht an das MVZ zurück**. Vielmehr wird in einem übertensorgten Planungsbereich ein - grundsätzlich gewollter - Abbau der Übertensorgung bewirkt.

Der Gesetzgeber wollte dem MVZ mit der Einführung des § 95 IXb SGB V auch die Möglichkeit geben, eine nicht mehr benötigte Anstellung wirtschaftlich zu „verwerten“. Wenn die Umwandlung durchgeführt worden ist und dem (ehemals) angestellten Arzt die Zulassung erteilt worden ist, ist die „Verwertung“ jedoch abgeschlossen. Auf den konkreten Inhalt der in der Praxis regelmäßig dahinterstehenden **zivilrechtlichen Vereinbarungen** zwischen dem Träger eines MVZ und dem (ehemaligen) Angestellten und damit die Frage, ob sich die mit der Umwandlung verbundenen wirtschaftlichen Erwartungen des MVZ erfüllt haben, kommt es nicht an. Wie die mit § 95 IXb SGB V ermöglichte „Verwertung“ vertraglich umgesetzt wird, ist grundsätzlich Sache der Vertragsparteien.

7. Kommunale Gesundheitseinrichtung: Wechsel der Trägerschaft

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

RID 19-01-74

SozR 4-2500 § 311 Nr. 2

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

8. Gesamtvergütung: Versicherte mit Wohnsitz im Ausland

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

RID 19-01-75

SozR 4-2500 § 82 Nr. 5

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

9. Hausarztzentrierte Versorgung

a) Schiedsspruch:

Feststellungsinteresse/Schadensersatzanspruch/Wirtschaftlichkeitsgebot

BSG, Urteil v. 21.03.2018 - B 6 KA 44/16 R

RID 19-01-76

SozR 4-2500 § 73b Nr. 2 = GesR 2018, 592 = SGB 2018, 778

Leitsatz: 1. Die für das **Feststellungsinteresse** notwendige **Wiederholungsgefahr** kann nicht mit der Verletzung von Rechtsvorschriften begründet werden, die zum Zeitpunkt der Entscheidung des Gerichts nicht mehr gelten.

2. Ist der für eine bestimmte Zeit geschlossene **Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung** durchgeführt worden, stehen der **Krankenkasse** grundsätzlich weder gegen ihren Vertragspartner noch gegen die teilnehmenden Ärzte **Schadensersatz- oder Rückforderungsansprüche** zu, die auf die Unvereinbarkeit des Vertrags mit gesetzlichen Vorgaben gestützt werden.

3. Zu den aus dem Wirtschaftlichkeitsgebot folgenden Anforderungen an die **Ausgestaltung** eines Vertrags zur hausarztzentrierten Versorgung (Anschluss an BSG vom 25.3.2015 - B 6 KA 9/14 R = BSGE 118, 164 = SozR 4-2500 § 73b Nr 1).

b) Aufsichtsordnung gegen Krankenkasse zur Behebung einer Rechtsverletzung

BSG, Urteil v. 21.03.2018 - B 6 KA 59/17 R

RID 19-01-77

BSGE = SozR 4-2400 § 89 Nr. 7

Leitsatz: 1. Die Spruchkörper für **Vertragsarztrecht** sind auch zuständig für Aufsichtsstreitigkeiten in Angelegenheiten, die ihnen zugewiesen sind.

2. Einer **Aufsichtsordnung** gegen die Krankenkasse zur Behebung einer Rechtsverletzung steht bei Vorliegen eines gewichtigen öffentlichen Interesses nicht entgegen, dass zwischen der Krankenkasse und Dritten ein Rechtsstreit über den Gegenstand der Rechtsverletzung anhängig ist (Abgrenzung zu BSG vom 27.10.1966 - 3 RK 27/64 = BSGE 25, 224 = SozR Nr 1 zu § 30 RVO).

B. KRANKENVERSICHERUNGSRECHT

I. Vertrags(zahn)ärztliche Behandlung

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

1. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

a) LDL-Apherese: Progrediente kardiovaskuläre Erkrankung

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

RID 19-01-78

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 27, 92 I 2 Nr. 5, 135 I

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

SG Duisburg, Beschl. v. 19.09.2018 - S 31 KR 1003/18 ER - gab dem Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung statt, das *LSG* lehnte ihn ab.

b) Autohomologe Immuntherapie nach Kief

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

RID 19-01-79

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 2 Ia, 13 III, 27, 135

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

SG Stuttgart, Urt. v. 23.02.2018 - S 10 KR 5212/17 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

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

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

RID 19-01-80

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 13 III, 27, 135

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

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

d) Heidelberg Retina Tomograph

SG Berlin, Urteil v. 12.12.2018 - S 73 KR 722/14

RID 19-01-81

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 2, 135

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

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

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

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

RID 19-01-82

juris
SGB V §§ 2 I, 12 I, 13 III, 27 I, 92 I, 135

Bei der **elektrischen Stimulation der Sehnerven** zur Therapie von Gesichtsfeldausfällen mit dem Next Wave System handelt es sich um eine neue Behandlungsmethode. Sie ist bisher nicht Bestandteil des im EBM beschriebenen vertragsärztlichen Leistungsspektrums. Diese Therapie ist daher ambulant nur dann zu Lasten der GKV zu erbringen, wenn eine positive Empfehlung des GBA vorliegt. Hieran fehlt es.

Das *SG* wies die Klage ab.

f) Elektrostimulationsbehandlung bei Glaukom und Gliose

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

RID 19-01-83

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 27

Leitsatz: Es besteht kein Anspruch auf eine im Jahr 2016 ambulant durchgeführte **Elektrostimulationsbehandlung** bei einem Glaukom und einer epiretinalen Gliose beider Augen.

SG Mannheim, Urt. v. 21.03.2017 - S 5 KR 2091/16 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

g) Ambulante Liposuktion

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 12.07.2018 - L 16 KR 680/17

RID 19-01-84

Rechtskräftig
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 13 III, 27 I 2 Nr. 5, 39 I 1, 135 I 1 Nr. 1

Ein Anspruch auf die **neue Behandlungsmethode** der ambulanten ärztlichen **Liposuktion** zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung scheidet aus, weil der **Gemeinsame Bundesausschuss** (GBA) diese Methode der Fettabsaugung nicht positiv empfohlen hat (§ 135 I 1 Nr. 1 SGB V) und kein Ausnahmefall vorliegt, in welchem die positive Empfehlung entbehrlich ist. Ein **Ausnahmefall** des Systemversagens liegt nicht vor, nachdem sich der GBA auf Antrag der Patientenvertretung seit dem 20.03.2014 mit der Liposuktion befasst hat und mit Beschluss vom 20.07.2017 über eine Änderung der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung entschieden und das Bewertungsverfahren ausgesetzt hat.

SG Düsseldorf, Urt. v. 07.09.2017 - S 8 KR 1246/15 - www.sozialgerichtsbarkeit.de verurteilte die Bekl. zur Erstattung eines Betrages von 7.057,21 € für die an den Beinen durchgeführten Liposuktionen. Nach dem *SG* ist entgegenstehende höhergerichtliche Rechtsprechung jedenfalls seit dem Inkrafttreten des GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) vom 16.07.2015 nicht mehr maßgeblich. Denn mit der durch dieses Gesetz erfolgten Einführung des § 137c III SGB V hat der Gesetzgeber in Reaktion auf die BSG-Rspr.

ausdrücklich klargestellt, dass diese mit dem in § 137c SGB V zum Ausdruck gebrachten Regelungsgehalt in einem Wertungswiderspruch steht. (BT-Drs. 18/4095, S. 121). Das **LSG** wies die Klage insgesamt ab.

2. Molekularbiologische Untersuchung bei Risikoschwangerschaft (Pränatale Array CGH)

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 23.10.2018 - L 11 KR 804/17

RID 19-01-85

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 13, 24c

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

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

3. Kein Anspruch auf Psychotherapie in Muttersprache Türkisch

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

RID 19-01-86

Berufung anhängig: LSG Berlin-Brandenburg - L 1 KR 371/18 -
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 13 III, 28 III, 72 I 2, 76 I

Leitsatz: Aus den Vorschriften des SGB V ergibt sich kein Anspruch auf Versorgung mit **psychotherapeutischen Leistungen** in einer nichtdeutschen **Muttersprache**.

Das *SG* wies die Klage ab.

4. Entfernung einer Tätowierung auf dem rechten Schulterblatt

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

RID 19-01-87

juris
SGB V §§ 2 I 1, 13 III 1, 27 I 1

Die **Entfernung einer Tätowierung** auf dem rechten Schulterblatt verschafft nur ein anderes Aussehen, hat aber keine Auswirkungen auf **Körperfunktionen**.

Einer Tätowierung auf dem rechten Schulterblatt kommt für sich allein **keine Auffälligkeit** von solchem Gewicht zu, dass ihr bei objektiver Betrachtung eine entstellende Wirkung beizumessen ist. Das Tattoo verursacht bereits keine erhebliche Auffälligkeit, die selbst bei flüchtigen Begegnungen „im Vorbeigehen“ Reaktionen hervorruft, weil es in der Regel durch Bekleidung bedeckt und überhaupt nicht sichtbar ist, da es sich auf dem rechten Schulterblatt befindet. Allein das **subjektive Empfinden** eines Versicherten vermag die Regelwidrigkeit und die daraus abgeleitete Behandlungsbedürftigkeit seines Zustandes nicht zu bestimmen.

Das *SG* wies die Klage ab.

5. Nadelepilationsbehandlung zur Entfernung der Barthaare durch Elektrologin bei Transsexualität

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

RID 19-01-88

juris
SGB V § 27 I 1

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

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

Entfernen von Barthaaren bei Transsexuellen. Eine Krankenkasse kann deshalb auch nicht die Leistung unter Verweis auf die Pflicht der Ärzte zur Leistungserbringung wegen des übertragenen Sicherstellungsauftrages verweigern.

Für die konkrete Barthaarentfernung ist die Behandlung nicht durch einen Arzt erforderlich. Eine **Nadelepilation durch eine Elektrologistin** erzielt auch ein wesentlich besseres Ergebnis.

Das *SG* verurteilte die Bekl., die Kosten für die notwendige Nadelepilationsbehandlung zur Entfernung der Barthaare durch eine entsprechend qualifizierte Kosmetikerin/einen entsprechend qualifizierten Kosmetiker (Elektrologistin/Elektrologen) dem Grunde nach zu übernehmen.

6. Rückkehr nach Deutschland zur missbräuchlichen Inanspruchnahme von Leistungen

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

RID 19-01-89

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 52a

Leitsatz: Keine Leistungspflicht der GKV gegenüber Deutschen, die im **Ausland** leben und nur zur - **missbräuchlichen** - Inanspruchnahme von Leistungen der GKV nach Deutschland zurückkehren.

SG Würzburg, Beschl. v. 07.02.2018 - S 11 KR 37/18 ER - lehnte den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das *LSG* wies die Beschwerde zurück.

7. Zahnärztliche Behandlung

a) Keine Teilerstattung unwirtschaftlicher Wurzelkanalbehandlung von Backenzähnen

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

RID 19-01-90

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 2 I, 13 III, 27 I 2 Nr. 2, 28 II 1, 92 I 2 Nr. 2

Der Versicherte hat gegenüber der gesetzlichen Krankenkasse nur den Sachleistungsanspruch auf Durchführung der Wurzelkanalbehandlung durch den Vertragszahnarzt, welche dieser nach Maßgabe der **Behandlungsrichtlinie** durchführt.

Eine **Wurzelkanalbehandlung** von **Backenzähnen** ist (nur) angezeigt, wenn damit eine geschlossene Zahnreihe erhalten werden kann, eine einseitige Freundsituation vermieden wird bzw. der Erhalt von funktionstüchtigem Zahnersatz möglich wird. Zusätzlich müssen die Wurzelkanäle bis in die Spitzen gefüllt werden können (B III Nr. 9.1a Behandlungsrichtlinie). Die letztgenannte Voraussetzung hat der Behandler Dr. V in seinem Befundbericht aller drei Zähne „mit herkömmlichen Therapien und Zeitaufwand“ verneint. Seine Therapie entspricht - nach seiner Einschätzung - nicht dem Gebot der Wirtschaftlichkeit. Eine **Teilerstattung** ist gesetzlich nicht vorgesehen.

Die **Prüfung** der Voraussetzungen der Behandlungsrichtlinie obliegt dem **Vertragszahnarzt** und nicht der Krankenkasse.

SG Cottbus, Gerichtsbb. v. 23.11.2016 - S 18 KR 57/13 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

b) Kein Anspruch auf professionelle Zahnreinigung

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

RID 19-01-91

juris

SGB V §§ 13 III, 27 I 1, 2 Nr. 2, 28 II 1, 92 I 2 Nr 2

Versicherte der Gesetzlichen Krankenversicherung haben auch bei Vorliegen einer **Parodontitis** neben dem als Sachleistung gewährten Entfernen harter Beläge keinen (weitergehenden) Anspruch auf Durchführungen einer **professionellen Zahnreinigung**.

Das *SG* wies die Klage ab.

II. Stationäre Behandlung

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

LSG Bayern, Urteil v. 04.12.2018 - L 20 KR 406/18

RID 19-01-92

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 27 I

Leitsatz: 1. Überschüssige Haut an Brüsten und Oberarmen aufgrund Gewichtsverlustes **nach einer bariatrischen Operation** stellt für sich genommen keinen krankhaften Befund dar.

2. Grundsätzlich sind **dermatologische Erkrankungen** mit den Mitteln dieser Fachrichtung zu behandeln. Nur wenn trotz über einen längeren Zeitraum erfolgter fachdermatologischer Behandlung kein Erfolg erzielt werden kann, ist zu prüfen, ob als ultima ratio ein Anspruch auf **Hautstraffung** besteht.

3. Hautüberschüsse aufgrund einer Gewichtsreduktion nach einer bariatrischen Operation sind nicht mit einer Brustrekonstruktion bei Mammakarzinom vergleichbar. Im einen Fall geht es um den Ausgleich der unmittelbaren Folgen der Krankenbehandlung an dem erkrankten und von der Behandlung betroffenen Organ (Brust) und im anderen Fall um den **mittelbaren Ausgleich** an einem zunächst von der Krankheit (Adipositas) bzw. deren Behandlung (bariatrische Operation) nicht betroffenen Organ (Haut).

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

2. Liposuktion der Hüfte und Beine bei Lipödem

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

RID 19-01-93

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 2 I, 13 IIIa, 27, 39, 137c

Leitsatz: 1. Zum fehlenden Anspruch auf Versorgung mit einer unter stationären Bedingungen durchgeführten **Liposuktion bei Lipödem**.

2. Holt die Krankenkasse eine **gutachterliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes** ein, hat sie den Versicherten hierüber innerhalb der **Drei-Wochen-Frist** zu unterrichten. Für die Annahme, eine nicht „unverzügliche“ Information könne die Fünf-Wochen-Frist nicht auslösen, fehlt es an einer gesetzlichen Grundlage. Die Information muss nicht schriftlich erfolgen.

3. Stützt der Kläger sein Leistungsbegehren im anhängigen Berufungsverfahren auch auf einen früheren Leistungsantrag, weil dieser fingiert genehmigt sei, liegt eine **Klageänderung** vor.

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

3. Geschlechtsangleichende Operationen

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

RID 19-01-94

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 27

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

Die Beteiligten streiten über die Kosten für geschlechtsangleichende Operationen (Brustvergrößerung, Gesichtsfeminisation, Korrektur des Adamsapfels und der Stimmbänder, Gesichtshaarentfernung). Das *SG* verurteilte die Bekl., die Kosten für eine operative Reduktion des Adamsapfels sowie die Korrektur der Stimmbänder bzw. Stimmhöhe zu übernehmen, und wies im Übrigen die Klage ab.

4. Kein Anspruch auf Spitzenmedizin in Privatklinik

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

RID 19-01-95

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 83/18 B
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 13 III, 108

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

Es existieren zahlreiche **Vertragskliniken**, in denen eine stationäre **Behandlung verschiedenster Essstörungen**, so auch der Bulimie, möglich ist und mit Erfolg durchgeführt wird.

Der Grundsatz, dass die Krankenkassen Krankenbehandlung nur durch zugelassene Krankenhäuser erbringen lassen dürfen, gilt auch dann, wenn das Leistungsangebot privater Anbieter wegen einer besonders modernen technischen Ausstattung eines Krankenhauses oder wegen des auch international herausragenden fachlichen Rufs des dortigen Arztes oder wegen vergleichbarer Umstände eine überdurchschnittliche Qualität aufweist. Denn eine solche **Spitzenmedizin** bildet nicht den Maßstab für die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung.

SG Hamburg, Urt. v. 16.0.2017 - S 9 KR 809/13 - verurteilte die Bekl., an d. Kl. 14.070 € (14.350 € abzgl. der gesetzlichen Zuzahlung) zu zahlen, das *LSG* wies die Klage ab.

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

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

RID 19-01-96

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

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

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

III. Kostenerstattung

1. Genehmigungsfiktion

a) Hilfsmittel

aa) Elektrorollstuhl keine Versorgung der medizinischen Rehabilitation

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

RID 19-01-97

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

Leitsatz: 1. Die **Genehmigungsfiktion** des § 13 Abs. 3a SGB V ist auch auf die Versorgung mit Hilfsmitteln wie einem **Elektrorollstuhl** anwendbar.

2. Die Versorgung mit einem solchen Hilfsmittel durch Genehmigungsfiktion ist durch § 13 Abs. 3a S. 9 SGB V nicht ausgeschlossen; eine solche Versorgung ist keine der **medizinischen Rehabilitation**

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

SG für das Saarland, Urt. v. 08.07.2016 - S 23 KR 804/15 - verurteilte die Bekl., der Kl. einen Elektrorollstuhl für den Außenbereich unter Ausschluss der Eigensteuerung zu gewähren, das *LSG* wies die Berufung zurück.

bb) Fußhebersystem zur Sicherung des Erfolges einer Krankenbehandlung

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

RID 19-01-98

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 3 KR 85/18 B
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 13 IIIa, 33 I

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

SG Mainz, Gerichtsbb. v. 20.12.2017 - S 14 KR 442/15 - wies die Klage ab, das *LSG* verurteilte die Bekl., den Kläger mit dem Fußhebersystem Bioness L 300 zu versorgen.

cc) Hilfsmittel des unmittelbaren Behinderungsausgleichs

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

RID 19-01-99

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 3 KR 19/18 R
juris
SGB V §§ 13 IIIa, 33 I

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

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

dd) Rollstuhlzuggerät

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

RID 19-01-100

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 3 KR 20/18 R
juris
SGB V §§ 13 IIIa, 33 I

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

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

b) Cannabis

aa) Kein Anspruch ohne medizinische Verordnung oder Stellungnahme

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

RID 19-01-101

Revision anhängig: B 1 KR 1/19 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 13 IIIa

Die Herleitung eines Anspruchs aus § 13 IIIa SGB V setzt als **Vertrauensschutzregelung** voraus, dass der Versicherte auf das Ergehen einer Genehmigung vertrauen durfte (vgl. etwa BSG, Urt. v. 11.07.2017 - B 1 KR 26/16 R - BSGE 123, 293 = SozR 4-2500 § 13 Nr. 36, juris Rn 20). Eine Versicherte darf eine Abdominalplastik ebenso wie eine Bruststraffung nicht für erforderlich halten, wenn keine **Verordnung** von Krankenhausbehandlung, kein **Attest** und keine sonstige **medizinische Stellungnahme** vorgelegt wird, aus der sich ergibt, dass die in Aussicht genommene Behandlung

medizinisch indiziert ist. Ein berechtigtes Vertrauen darauf, dass eine Krankenkasse aufwändige medizinische Behandlungen gleichsam auf Zuruf bewilligen wird, ist nicht anzuerkennen. Ansonsten müsste die Beklagte eine Operation als Sachleistung erbringen, ohne dass vorher irgendein Arzt die medizinische Verantwortung für das Bestehen einer entsprechenden Indikation übernommen hätte. Nur unter Außerachtlassung der erforderlichen Sorgfalt kann die Versicherte sich die Vorstellung gemacht haben, dass die Krankenkasse den Antrag so, wie er gestellt wurde, auch bewilligen würde. Die **Beratung** durch eine ausschließlich **privat abrechnende Ärztin** kann kein entsprechendes Vertrauen schaffen.

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

bb) Ärztliche Verordnung als Voraussetzung

LSG Bayern, Beschluss v. 24.04.2018 - L 5 KR 112/18 B ER

RID 19-01-102

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 13 IIIa, 31 VI

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

SG München, Beschl. v. 21.02.2018 - S 29 KR 1636/17 ER - lehnte den Antrag auf einstweiligen Rechtsschutz ab, das *LSG* wies die Beschwerde zurück.

c) Fristen

aa) Positive Kenntnis berechtigter Gründe für Nichteinhaltung der Entscheidungsfrist

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

RID 19-01-103

juris

SGB V § 13 IIIa; BGB § 242

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

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

bb) Bearbeitungsfristen bei Versicherten mit Wohnsitz im Ausland

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

RID 19-01-104

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 36/18 R

juris

SGB V § 13 IIIa

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

2. Zu den Voraussetzungen der **Aufhebung** eines von der Krankenkasse nach Klageerhebung erlassenen Verwaltungsaktes zur Rücknahme einer fingierten Genehmigung (Anschluss an BSG, UrT. v. 07.11.2017 - B 1 KR 24/17 R - BSGE 124, 251 = SozR 4-2500 § 13 Nr. 39 Rn. 37 ff.; entgegen BSG, UrT. v. 11.05.2017 - B 3 KR 30/15 R - BSGE 123, 145 = SozR 4-2500 § 13 Nr. 34 Rn. 50 ff.).

SG München, Gerichtsbb. v. 06.04.2017 - S 29 KR 1627/15 - RID 17-03-141 verurteilte die Bekl., d. Kl. – aufgrund des Eintritts der Genehmigungsfiktion des § 13 IIIa 6 SGB V – fünf postbariatrische Wiederherstellungsoperationen (lateral erweiterte Abdominoplastik inklusive Nabelkorrektur und Extension des alten Nabels sowie Neupositionierung des Nabels und Straffung des mons pubis, angleichende Mamareduktionplastik inklusive lateraler Thoraxstraffung, Oberarmstraffung beidseits inklusive Axilia-Straffung, Oberschenkelstraffung beidseits inklusive Liposuktion und Liposuktion des Rückens) als Sachleistung zu gewähren.

d) Keine fiktive Genehmigung im Widerspruchsverfahren

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

RID 19-01-105

juris
SGB V § 13 IIIa

Leitsatz: Die Vorschrift des § 13 Abs. 3a SGB V statuiert nach verständiger Auslegung der Norm keine Vorgaben für das **Widerspruchsverfahren**.

Die Vorschrift des § 13 Abs. 3a SGB V findet auf das Widerspruchsverfahren keine analoge Anwendung. Mangels planwidriger Regelungslücke liegen die Voraussetzungen einer **Analogiebildung** nicht vor.

Das **SG** wies die Klage ab.

e) Keine Fortwirkung einer fingierten Genehmigung nach Kassenwechsel

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 11.12.2018 - L 11 KR 1276/18

RID 19-01-106

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 4/19 B
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 13

Leitsatz: Eine nach § 13 Abs. 3a SGB V **fingierte Genehmigung** wird mit dem **Ende der Mitgliedschaft** bei der Krankenkasse gegenstandslos.

Der Genehmigungsfiktion nach § 13 Abs. 3a SGB V kommt **keine Feststellungswirkung** gegenüber anderen Krankenkassen zu. Der Leistungsantrag einer Versicherten, der zum Eintritt der Genehmigungsfiktion nach § 13 Abs. 3a SGB V bei der bisherigen Krankenkasse geführt hat, wirkt nach Beendigung der Mitgliedschaft bei dieser Krankenkasse nicht gegenüber der neuen Krankenkasse fort.

SG Freiburg, Urt. v. 16.02.2018 - S 2 KR 2609/17 - verurteilte die Bekl., der Kl. eine Bauchdeckenplastik und Oberschenkelstraffung beidseits als Sachleistung zu gewähren. Das **LSG** wies die Klage ab.

2. Kostenbeteiligung des Versicherten zur Entfernung von Brustimplantaten

a) Medizinisch nicht indizierte ästhetische Operation/Verfassungsgemäßheit

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

RID 19-01-107

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 52 II

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

Nach § 52 II SGB V muss die Krankheit durch eine **medizinisch nicht indizierte ästhetische Operation** verursacht worden sein. Darunter sind Eingriffe zu verstehen, die zur Verbesserung des Aussehens dienen. Beispiele ästhetischer Operationen sind insbesondere **Brustvergrößerungen** oder Verkleinerungen oder das Einbringen eines formgebenden Implantats.

Es kommt nicht darauf an, ob die Operation zum Einsatz der Implantate seinerzeit nicht mit Problemen oder Komplikationen verbunden war. Es kommt auch nicht darauf an, ob Brustimplantate mittlerweile als völlig normal und üblich anzusehen sind.

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

b) Verfassungsmäßigkeit der Kostenbeteiligung

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

RID 19-01-108

Sprungrevision anhängig: B 1 KR 37/18 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 29, 52 II; GG Art. 1 I, 2 I, 3

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

Piercing zugezogen haben, in angemessener Höhe an den Kosten zu beteiligen hat, ist **verfassungsgemäß** (Anschluss an SG Berlin, Urt. v. 10.12.2013 - S 182 KR 1747/12 - RID 14-01-85).

Die Beteiligten streiten über die Beteiligung der Kl. an den Kosten einer Krankenhausbehandlung zur Entfernung von Brustimplantaten. Im Juni 2017 unterzog sich die Kl. einer von ihr selbst finanzierten, medizinisch nicht indizierten, ästhetischen Operation zur Brustvergrößerung (Mammaaugmentationsplastik). Im Oktober 2017 erfolgte wegen Wundheilungsstörungen mit Serom und einer Nahtdehiszenz ein Implantatwechsel. Diese Behandlung wurde nicht im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung durchgeführt und abgerechnet. Am 15.11.2017 wurde die Kl. wegen erneuter Komplikationen als Folge der Mammaaugmentationsplastik (perforierte Mammaimplantate, Wundheilungsstörungen bei Entstehung eines Seroms und Nahtdehiszenz) als Notfall in die Klinik B. aufgenommen und dort vollstationär bis zum 18.11.2017 behandelt. Im Rahmen dieser Behandlung wurden u.a. die Brustimplantate entfernt. Die Bekl. zahlte an das Krankenhaus die Vergütung für die vollstationäre Behandlung in Höhe des auf der Grundlage der einschlägigen Fallpauschale (DRG J24B) abgerechneten Betrages von insgesamt 4.589,80 € und forderte mit Bescheid eine Eigenbeteiligung in Höhe von 2.294,90 € von der Kl. zurück. Das **SG** wies die Klage ab.

3. Kosten einer ambulanten Psychotherapie

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

RID 19-01-109

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 13 III

Benennt die **Krankenkasse** ihrer Versicherten eine zugelassene **Psychotherapeutin**, bei der sie kurzfristig die Behandlung beginnen kann, dann besteht kein Kostenerstattungsanspruch bei Wahl eines anderen Psychotherapeuten, unabhängig davon, dass die Versicherte zum Zeitpunkt des Therapiebeginns Absagen von anderen zugelassenen Psychotherapeuten erhalten und den Behandlungsvorschlag noch nicht vorliegen hat. Bei objektiver Leistungsfähigkeit der Krankenkasse ist es für den Erstattungsanspruch grundsätzlich unerheblich, ob der Versicherte von der konkreten Leistungsmöglichkeit des Systems keine Kenntnis hat, solange er sich nicht **bei seiner Krankenkasse erkundigt** hat (BSG, Urt. v. 02.11.2007 - B 1 KR 14/07 R - BSGE 99, 180 = SozR 4-2500 § 13 Nr. 15; LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 23.02.2012 - L 5 KR 115/09 - RID 12-02-111). Denn es genügt im Regelfall, dass für die in Frage kommende Behandlung zugelassene Therapeuten für den Versicherten verfügbar und leistungsbereit sind. Sie auszuwählen, ist Sache des Versicherten (BSG, Urt. v. 18.07.2006 - B 1 KR 9/05 R - USK 2006-79).

An einer wirksamen **Begründung einer Honorarforderung** gegenüber Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung fehlt es schon, wenn der Therapeut vor Beginn der Behandlung des Versicherten keine Klarheit darüber schafft, auf welcher Grundlage die Behandlung stattfinden soll. Hierzu ist er im Rahmen seiner wirtschaftlichen Aufklärungspflicht (vgl. dazu näher BSG, Urt. v. 18.07.2006 - B 1 KR 5/05 R - BSGE 96, 161 = SozR 4-2500 § 13 Nr. 8) dem Versicherten gegenüber verpflichtet.

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

4. Auslandsbehandlung

a) Behandlung in Österreich

aa) Cross-over-Lebendnierenspende in Österreich

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

RID 19-01-110

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 2 Ia, 13 V; TPG §§ 8 I 2, 19 I Nr. 2

Eine **Nierentransplantation** gehört auch in **Deutschland** zu den gefestigten medizinischen **Standardtherapien**.

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

Die Beteiligten streiten über die Erstattung von Kosten, welche der Kl.lässlich einer Lebendnierenspende im September 2016 in Österreich i.H.v. 49.607,87 € entstanden sind. Im angefochtenen

Widerspruchsbescheid, auf den die Kammer verweist (§ 136 III SGG), wird u.a. ausgeführt, dass in Deutschland derzeit kein kompatibles Spenderpaar unter den regulatorischen Hürden gefunden werden konnte, falle nicht in den Verantwortungsbereich der gesetzlichen Krankenversicherung. Ein Nachweis darüber, dass in Österreich ein passendes Spenderpaar bekannt ist, sei nicht erfolgt. Das *SG* wies die Klage ab.

bb) „Grenzgänger in Rente“: Wechsel des Wohnsitzes

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

RID 19-01-111

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

Verordnung (EG) Nr. 883/2004 Art. 28; SGB V § 13 III, IV

Leitsatz: 1. Wechselt ein bisheriger „Grenzgänger in Rente“ seinen Wohnsitz in den früheren Beschäftigungsort, verliert er den Status als „Grenzgänger in Rente“.

2. Es besteht dann kein **Sachleistungsanspruch** im ehemaligen Wohnmitgliedstaat zu Lasten der deutschen Krankenkasse mehr.

3. Ein Anspruch ergibt sich bereits nach dem Wortlaut und der Rechtsfolge nicht aus **Art. 28 Abs. 2 VO (EG) 883/2004**.

4. Eine **entsprechende Anwendung** des Art. 28 Abs. 2 VO (EG) 883/2004 kommt in dieser Fallgestaltung nicht in Betracht.

5. Auch ein Anspruch aus **Art. 5 b VO (EG) 883/2004** scheidet aus.

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

cc) Leistungen bei Beschäftigung im Ausland

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

RID 19-01-112

Revision zugelassen

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 17; SGB I § 30 I; VO (EG) 883/2004 Art. 19 I

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

SG Berlin, Urt. v. 21.06.2018 - S 76 KR 154/15 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

b) Behandlung einer Bronchitis fibroplastica in USA

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

RID 19-01-113

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 2 I, Ia, 18

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

Das *SG* verpflichtete die Bekl., die Kosten (hier: in Höhe von 299.199,61 €) der Behandlung des Klägers im Children's Hospital of Philadelphia einschließlich der Kosten der Begleitperson endgültig zu übernehmen.

IV. Arzneimittelversorgung

1. Cannabis

a) Versorgung mit Cannabisblüten nur aufgrund vertragsärztlicher Verordnung

LSG Baden-Württemberg, Beschluss v. 26.11.2018 - L 11 KR 3464/18 ER-B

RID 19-01-114

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 31 VI; SGG § 86b II

Leitsatz: Ein Anspruch auf **Genehmigung einer Versorgung mit Cannabisblüten** nach § 31 Abs. 6 SGB V bedarf einer **vertragsärztlichen Verordnung**.

Ein **Apotheker** erwirbt keinen **Vergütungsanspruch** für die Abgabe von Cannabisblüten, wenn er sich nicht bei jeder Abgabe die notwendige **Genehmigung der Erstverordnung** vorlegen lässt. Daraus folgt aber nicht, dass die nach erteilter Genehmigung der Erstverordnung ausgestellten Folgeverordnungen exakt der Erstverordnung entsprechen müssen.

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

b) Alternativtherapien/Voraussetzung einer „begründeten Einschätzung“

LSG Rheinland-Pfalz, Urteil v. 20.12.2018 - L 5 KR 125/18

RID 19-01-115

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

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

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

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

c) Medizinal-Cannabisblüten: Zwangsstörungen/Ärztliche Begründung

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

RID 19-01-116

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

Leitsatz: Massive Auswirkungen einer **Zwangsstörung** können eine **schwerwiegende Erkrankung** i.S. von § 33 Abs. 6 Satz 1 SGB V sein.

Eine begründete **Einschätzung des behandelnden Vertragsarztes**, dass im konkreten Fall eine dem medizinischen Standard entsprechende Leistung nicht zur Anwendung kommen kann, liegt vor, wenn der Arzt nach Beginn der Standardtherapie das Auftreten von Nebenwirkungen beschreibt und außerdem darlegt, weshalb eine Umstellung auf andere Therapien dem Versicherten im konkreten Fall nicht zumutbar ist.

SG Mannheim, Beschl. v. 30.07.2018 - S 7 KR 1987/18 ER - juris lehnte den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das *LSG* verpflichtete die Ag., d. Ast. vorläufig bis zum Abschluss des Hauptacheverfahrens nach vertragsärztlicher Verordnung mit Medizinal-Cannabisblüten zu versorgen.

d) Schwerwiegende Erkrankung/Zweifelhafter Nutzen durch Cannabis bei ADHS

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

RID 19-01-117

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

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

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

Der Ast. begehrte im Wege der einstweiligen Anordnung die Kostenübernahme für die Versorgung mit Medizinal-Cannabisblüten. *SG Hildesheim*, Beschl. v. 20.09.2018 - S 40 KR 4031/18 ER - lehnte den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das *LSG* wies die Beschwerde zurück.

e) Fehlen einer vertragsärztlichen Verordnung/Folgenabwägung

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

RID 19-01-118

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

Allein das **Fehlen einer kassenärztlichen Verordnung** i.S.d. § 8 I 1 BtMVV (Betäubungsmittelrezept) rechtfertigt nicht die Annahme, dass die Voraussetzungen eines Anordnungsanspruches nicht glaubhaft gemacht sind (vgl. LSG Bayern, Beschl. v. 03.05.2018 - L 20 KR 161/18 B ER -; a.A. LSG Bayern, Beschl. v. 23.05.2018 - L 5 KR 190/18 B ER - RID 18-03-96; LSG Baden-Württemberg, Beschl. v. 19.09.2017 - L 11 KR 3414/17 ER-B - RID 17-04-102).

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

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

f) Einstweiliges Anordnungsverfahren: Hoher Grad an Wahrscheinlichkeit

LSG Niedersachsen-Bremen, Beschluss v. 12.12.2018 - L 5 KR 222/18 B ER

RID 19-01-119

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 13 IIIa, 31 VI; SGG § 86b II

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

Nach der Gesetzesbegründung soll der Anspruch auf **Versorgung mit Cannabisarzneimitteln** nur in „eng begrenzten Ausnahmefällen“ gegeben sein.

SG Schleswig, Beschl. v. 09.11.2018 - S 10 KR 45/18 ER - lehnte den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das *LSG* wies die Beschwerde zurück.

2. Orphan drugs: Unterstellter Zusatznutzen/Preisbestimmung (Nusinersen/Spinraza®)

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

RID 19-01-120

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 27 I 2 Nr. 3, 35a I Nr. 11, 130b

Leitsatz: 1. Ein nach der Verordnung (EG) Nr. 141/2000 **zugelassenes Arzneimittel** für **seltene Leiden** unterfällt der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in dem von der Zulassung umfassten Indikationsgebiet.

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

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

4. Das Verfahren nach § 35a SGB V ist ein Mittel zur Bestimmung der Wirtschaftlichkeit der Verordnung eines Arzneimittels im Sinne von § 12 SGB V. Ein **besonders hoher Preis** für das

begehrte Arzneimittel - insbesondere in der Einführungsphase - kann damit dem Antragsteller nicht entgegengehalten werden, sondern ist systemimmanent.

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

V. Hilfsmittel/Heilmittel

1. Rollstuhlfahrrad mit Elektroantrieb

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

RID 19-01-121

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

Steht fest, dass ein im Jahr 2001 geb. Versicherter durch den **Schulbesuch** - zudem in dem erforderlichen betreuten Rahmen - **Kontakt zu Gleichaltrigen** hat, und ist sichergestellt, dass er im Rahmen der behinderungsbedingt von vornherein erschwerten Integration in den Kreis Gleichaltriger unter Inanspruchnahme der vorhandenen Hilfsmittel und der gewährleisteten Unterstützung durch Integrationshelfer und Familie an ihm grundsätzlich möglichen **Unternehmungen** (z.B. Zoobesuch, Kinobesuch, Besuch von Fußballspielen und sonstigen Veranstaltungen) im Kreise Gleichaltriger teilhaben kann, dann besteht kein Anspruch auf Versorgung mit einem **Rollstuhlfahrrad mit Elektroantrieb**.

SG Köln, Gerichtsbb. v. 24.01.2017 - S 9 KR 1208/15- wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.
BSG, Beschl. v. 26.09.2018 - B 3 KR 66/17 B - juris verwarf die Nichtzulassungsbeschwerde als unzulässig.

2. Orthese für unmittelbaren Behinderungsausgleich (Mikroprozessorgesteuerte Armorthese Gowing)

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

RID 19-01-122

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

Ausgangspunkt der **Abgrenzung** zwischen **mittelbarem und unmittelbarem Behinderungsausgleich** ist, ob die Restfunktionalität ersetzt bzw. verstärkt wird (unmittelbarer Behinderungsausgleich) oder ob bei fehlender Restfunktionalität lediglich die Folgen einer Behinderung ohne Beteiligung des betroffenen Funktionssystems ausgeglichen werden (mittelbarer Behinderungsausgleich).

Eine **mikroprozessorgesteuerte Armorthese** ist dem **unmittelbaren Behinderungsausgleich** zuzuordnen, wenn sie das Greifen mit der eigenen Hand ermöglicht, indem die vorhandene Restfunktionalität verstärkt wird. Der Kläger ergreift Gegenstände mit seiner eigenen Hand, so wie ein Prothesennutzer mit seinen eigenen Beinen (bzw. dem vorhandenen Rest) selbständig geht. Die Orthese bildet mit dem Arm des Klägers ein zusammenhängendes Funktionssystem. Die Bedienung ist nur mit der verbleibenden Armkraft des Klägers möglich und durch Dritte.

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

3. Erstattung von Stromkosten für Betrieb eines Motomed-Bewegungstrainers

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

RID 19-01-123

Rechtskräftig
www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 33 I

Ein Versicherter hat Anspruch auf Erstattung von **Stromkosten** für die von ihm mit Strom betriebenen Hilfsmittel, so für den Betrieb eines **Motomed-Bewegungstrainers**. Eine **Bagatellgrenze** gibt es nicht.

Das *SG* verurteilte die Bekl., an den Kl. ab 01.10.2018 monatliche Stromkosten in Höhe von 2,31 € zu zahlen. Für den Zeitraum 2017 bis zum 30.09.2018 zahlt die Bekl. an den Kl. 48,51 €. Rückwirkend für den Zeitraum 2013 bis 2016 zahlt die Bekl. an den Kl. 110,64 €. Im Übrigen wies es die Klage ab.

4. Hörgeräteversorgung

a) Beratungspflichten trotz Versorgungsvertrag

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 13.12.2018 - L 1 KR 431/16

RID 19-01-124

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 13 III, 33; SGB IX § 15

Die Sicherstellung des Hörverstehens auch in Situationen, in denen es **störende Nebengeräusche** gibt und mehrere Personen gleichzeitig reden, ist schon Gegenstand der nach § 33 SGB V geschuldeten Versorgung. Auf die Frage der besonderen beruflichen Betroffenheit kommt es daneben nicht an. **Festbeträge** sind nicht geeignet, die gesetzlich begründeten Leistungsansprüche der Versicherten einzuschränken.

Dafür, dass eine angemessene Versorgung auch zu einem günstigeren Preis möglich gewesen wäre, spricht zwar die Auskunft des Gutachters. Die Krankenkasse hat es aber versäumt, der Kl. in dieser Frage **beratend** zur Seite zu stehen. Dann kann sie sich nicht auf vermeintliche oder tatsächliche günstigere Möglichkeiten einer ausreichenden Versorgung berufen. Die Bekl. irrt insb., wenn sie meint, dass sie ihren Pflichten bereits durch den Abschluss eines Versorgungsvertrages mit dem Hilfsmittellieferanten Genüge getan habe. Aus der gem. § 2 I 1 SGB V bestehenden Verantwortung für die Sachleistungen ergibt sich die Verpflichtung der Krankenkassen, ihre Versicherten zu informieren und zu beraten. Diese Verpflichtung wird durch die Vereinbarung von Festbeträgen nicht außer Kraft gesetzt (BSG, Urte. v. 17.12.2009 - B 3 KR 20/08 R - BSGE 105, 170 = SozR 4-2500 § 36 Nr. 2, juris Rn 36).

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

b) Nachweis der Erforderlichkeit

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

RID 19-01-125

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 33

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

SG Hamburg, Urte. v. 01.02.2017 - S 25 KR 106/15 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

5. Rauchmeldesystem für Gehörlose bei stationärer Unterbringung

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

RID 19-01-126

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

Leitsatz: 1. **Gehörlose** Versicherte haben regelmäßig gegen ihre Krankenkasse Anspruch auf Versorgung mit einem ihren Bedürfnissen angepassten **Rauchwarnmeldesystem** in ihrer eigenen Wohnung (BSG, Urte. v. 18.06.2014 - B 3 KR 8/13 R - BSGE 116, 120 = SozR 4-2500 § 33 Nr. 42).

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

3. Aus dem Zweck und dem Aufgabenprofil einer **Einrichtung der Eingliederungshilfe ausschließlich für hörbehinderte Menschen** ergibt sich, dass der Einrichtungsträger, gegebenenfalls in Zusammenarbeit mit dem Gebäudeeigentümer, in der Pflicht steht, für einen adäquaten Brandschutz dergestalt zu sorgen, dass den Menschen in der Einrichtung trotz ihrer Hörbehinderung ein möglichst selbstständiges Wohnen mit vergleichbarem Sicherheitsstandard wie nicht behinderten Menschen ermöglicht wird. Die dafür notwendigen Hilfsmittel in Form von Rauchmeldern für Gehörlose gehören zum von der Einrichtung vorzuhaltenden Inventar. Eine Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung kommt daneben nicht in Betracht.

SG Nürnberg, Urte. v. 23.01.2017 - S 5 KR 407/16 - verurteilte die Bekl., den Kl. mit einem visuellen Rauchmelder zu versorgen, das *LSG* wies die Klage ab.

6. Zusätzliche Funkübertragungsanlage zum Zwecke eines Studiums

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

RID 19-01-127

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 13 IIIa, 33

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

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

7. Kein Anspruch auf Krankengymnastik ohne Kassenrezept

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

RID 19-01-128

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 10/19 B
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 13 III, 32, 73 II Nr. 7

Es besteht kein Anspruch auf **Krankengymnastik**, wenn diese nicht auf **Kassenrezept** ärztlich verordnet worden ist. Dies gilt jedenfalls dann, wenn der Arzt auf die Ausstellung von vertragsärztlichen Verordnungen nur deshalb verzichtet, weil er von der medizinischen Indikation der begehrten speziellen Form der Krankengymnastik in Wirklichkeit nicht überzeugt ist und sich der mit der Ausstellung von Kassenrezepten verbundenen **Gefahr eines Regresses** wegen unwirtschaftlichem Verhalten (vgl. § 106 SGB V) nicht aussetzen will. Eine derartige Vorgehensweise ist insb. vor dem Hintergrund des in § 32 Ia SGB V geregelten besonderen Verwaltungsverfahrens unzulässig. Nach dieser Vorschrift haben Versicherte mit langfristigem Behandlungsbedarf die Möglichkeit, sich auf Antrag die erforderlichen Heilmittel von der Krankenkasse für einen geeigneten Zeitraum genehmigen zu lassen.

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

VI. Rehabilitation/Häusliche Krankenpflege/Fahrkosten

1. Stationäre Rehabilitationsmaßnahme bei Alzheimer mit fortgeschrittener Demenz

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

RID 19-01-129

juris
SGB V §§ 11 II 1, 12 I, 13 III 1, 40

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

Weitere Beweiserhebungen waren daher von Amts wegen nicht mehr notwendig.

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

2. Häusliche Krankenpflege

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

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

RID 19-01-130

juris
SGB V § 37 II; SGB IX §§ 2, 14, 18; SGB XII 19, 53, 54, 55

Leitsatz: 1. Ein an Diabetes mellitus Typ I erkranktes 3 1/2-jähriges Kind hat im Rahmen der **Eingliederungshilfe** Anspruch auf eine **Integrationskraft zur Beobachtung und Beaufsichtigung im Kindergarten**, da anderenfalls der Besuch eines Regelkindergartens nicht möglich ist.

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

3. Nach Weiterleitung des Antrages durch den an sich hierfür zuständigen Sozialhilfeträger an die **Krankenkasse** hat diese den Anspruch zu erfüllen.

4. Die **Genehmigungsfiktion** des § 18 Abs. 3 SGB IX greift hier nicht, da die Krankenkasse als Träger der Eingliederungshilfe tätig wird.

5. Daneben besteht - bei entsprechender vertragsärztlicher Verordnung - ein Anspruch gegen die Krankenkasse auf **Gewährung häuslicher Krankenpflege**, die Blutzuckermessungen und Insulingaben umfasst.

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

b) Medikamentengabe in ambulant betreuter Wohngruppe

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

RID 19-01-131

juris
SGB V §§ 13 III, 37

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

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

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

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

LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 21.09.2018 - L 9 KR 110/18 B ER

RID 19-01-132

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

Ist keine **rechtzeitige Mitteilung** eines hinreichenden Grundes für eine Verzögerung der Bescheidung an den Ast. erfolgt, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt (§ 13 IIIa 6 SGB V).

Mit Blick auf das unzweifelhafte Vorliegen des begehrten Anspruchs kraft fingierter Genehmigung ist der Beginn der häuslichen Krankenpflege nicht erst auf den Zeitpunkt der Entscheidung des Sozialgerichts (über 22 Stunden ab 26.03.2018) bzw. des Senats (über zwei Stunden ab 21.09.2018) entsprechend seiner Rechtsprechung **zeitlich „nach hinten“ zu verlegen**, zumal der Ast. letztlich auf die gesamte Leistung untrennbar sofort angewiesen war und ist.

Das **LSG** änderte auf Beschwerde des Ast. **SG Potsdam**, Beschl. v. 26.03.2018 - S 3 KR 33/18 ER - und fasste im Hinblick auf seinen erweiterten Antrag den Beschl. wie folgt: Die Ag. wird im Wege der einstweiligen Anordnung verpflichtet, dem Ast. ab dem 01.01.2018 bis zum Ergehen einer rechtskräftigen Entscheidung in der Hauptsache, längstens bis zum 31.12.2018, Leistungen der häuslichen Krankenpflege in Form der speziellen Krankenbeobachtung für 24 Stunden täglich zu bewilligen. Die Beschwerde der Ag. wird zurückgewiesen.

3. Fahrkosten zur Methadonbehandlung/Wegstreckenentschädigung

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

RID 19-01-133

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 60

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

Nach § 5 I 2 BRKG beträgt die **Wegstreckenentschädigung** bei Benutzung eines Kraftfahrzeuges oder eines anderen motorbetriebenen Fahrzeuges 20 Cent je Kilometer zurückgelegter Strecke. Für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung beschränkt sich die Wegstreckenentschädigung hierauf (so ausdrücklich BSG, Beschl. v. 21.05.2010 - B 1 KR 6/10 BH - juris Rn. 6; BVerfG, 1. Sen. 3. Ka., Beschl. v. 28.09.2010 - 1 BvR 1484/10 - nahm die Verfassungsbeschwerde nicht an).

SG Duisburg, Urt. v. 13.01.2017 - S 39 KN 164/16 KR WA - verurteilte die Bekl., dem Kl. Fahrkosten in Höhe von 30 Cent pro Kilometer statt 20 Cent zu erstatten. Im Übrigen wies es die Klage ab und ließ die Berufung zu. Das *LSG* wies auf Berufung der Bekl. die Klage ab und die Berufung des Kl. zurück.

4. Transport von Eigenblutspenden

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

RID 19-01-134

Revision zugelassen

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 13 III, 60, 133

Der **Transport von Eigenblutspenden** wird Versicherten nur bezahlt, wenn er aus medizinischen Gründen notwendig ist. Eigenblutspenden gehören zu den Krankenhausleistungen. Sie erfolgen regelmäßig am Ort der Operation. Ist aus medizinischen Gründen die Blutentnahme an einem anderen Ort notwendig, so werden auch die Kosten für den Bluttransport übernommen. Entscheidet sich hingegen ein Versicherter aus Zeit- und Kostengründen für eine Blutentnahme in der Nähe seines Wohnortes, so hat er die Kosten für den Bluttransport selbst zu tragen.

SG Gießen, Urt. v. 13.02.2018 - S 5 KR 716/15 - verurteilte die Bekl., der Kl. die Kosten für den Transport des Eigenbluts i.H.v. 199 € nebst Zinsen zu erstatten, das *LSG* wies die Klage ab.

VII. Beziehungen zu Krankenhäusern

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

1. Vergütungsanspruch/Fälligkeit

a) Neue Behandlungsmethode (Lungenvolumenreduktion mittels Implantation von Coils)

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 11.12.2018 - L 11 KR 206/18

RID 19-01-135

Revision anhängig: B 1 KR 2/19 R

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 137c

Leitsatz: Aus § 137c Abs. 1 S. 1 SGB V i.d.F. vom 22.12.2011 (BGBl I 2983) folgt, dass **Behandlungsmethoden**, deren Nutzen noch nicht hinreichend belegt ist, die aber das **Potenzial einer erforderlichen Behandlungsalternative** bieten, nicht von vornherein im Rahmen einer Krankenhausbehandlung ausgeschlossen sind (Abweichung von BSG, Urt. v. 17.12.2017 - B 1 KR 17/17 R - BSGE <vorgesehen> = SozR 4-5562 § 6 Nr. 1 <vorgesehen>).

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

Baden-Württemberg, Urt. v. 23.11.2016 - L 5 KR 1101/16 - RID 17-01-143, Revision der Kl. zurückgewiesen durch BSG, Urt. v. 17.12.2017 - B 1 KR 17/17 R - aaO.).

SG Stuttgart, Urt. v. 14.11.2017 - S 22 KR 3944/14 - verurteilte die Bekl., der Kl. einen Betrag in Höhe von 70 € zzgl. Zinsen zu zahlen und wies im Übrigen die Klage ab. Das **LSG** verurteilte die Bekl. auf die Berufung der Kl., an diese 17.702,40 € nebst Zinsen zu zahlen.

b) Nachweis von Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit

aa) Beweislast für Erforderlichkeit der Dauer stationärer Behandlung

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

RID 19-01-136

juris
SGB V §§ 12 I, 39, 112

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

SG Schwerin, Gerichtsb. v. 18.08.2014 - S 20 KR 13/11 - verurteilte die Bekl., an die Kl. 1.941,93 € nebst Zinsen zu zahlen, das **LSG** wies die Klage ab.

bb) Umfang einer Operation/Patientendokumentation

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

RID 19-01-137

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 39 I, 109 IV

Der **Umfang einer Operation** (hier: Nabelhernie) begründet bereits die **stationäre Behandlungsbedürftigkeit** an sich. Sofern sich aus diesem Umstand die Notwendigkeit einer längeren Verweildauer ergeben sollte, muss sich dieser Umstand in der **Patientendokumentation** aufgrund der festgestellten Befunde und der dokumentierten Schmerzen niederschlagen.

Das **SG** verurteilte den bekl. Krankenhausträger, an die kl. Krankenkasse 758,24 € nebst Zinsen zu zahlen.

cc) Keine leitliniengerechte Behandlung/Unzureichende Dokumentation

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

RID 19-01-138

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 109 IV 3, 112 II 1 Nr. 1; KHG § 17b; KHEntg § 7 I 1 Nr. 1

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

Das **SG** verurteilte den bekl. Krankenhausträger, an die Kl. 9.945,40 € nebst Zinsen zu zahlen.

dd) Keine Umsetzung des leitliniengerechten Vorgehens

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

RID 19-01-139

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 2 I, 12 I, 109 IV 3, 112 II 1 Nr. 1; KHG § 17b; KHEntg § 7 I 1 Nr. 1

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

Das **SG** verurteilt den bekl. Krankenhausträger, an die kl. Krankenkasse 9.945,40 € nebst Zinsen zu zahlen, und wies im Übrigen die Klage ab.

c) Änderung der Forderungsbeurteilung (OPS) keine Nachforderung

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

RID 19-01-140

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 109, 301

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

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

d) Zweitägige Augeninnendruckmessung

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

RID 19-01-141

juris
SGB V §§ 109 IV 3, 112 II 1 Nr. 1, 275 I c; KHG § 17b; KHEntgG § 9 I 1 Nr. 1

Leitsatz: Im Einzelfall kann eine zweitägige **Augeninnendruckmessung** medizinisch notwendig sein. Ein abstrakter Rechtssatz, wonach für Augeninnendruckmessungen eine eintägige stationäre Behandlung genügt, existiert nicht. Es existiert auch kein abstrakter Rechtssatz, wonach immer eine zweitägige Messung notwendig ist. Das Krankenhaus hat den **Einzelfall zu dokumentieren**.

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

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

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

RID 19-01-142

Berufung anhängig: LSG Hessen - L 8 KR 41/19 -
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 109 IV 3, 275 I c; KHG § 17c II

Leitsatz: 1. Verstößt ein Krankenhaus gegen die **vierwöchige Frist zur Einreichung von Unterlagen** nach § 7 Abs. 2 der Prüfverfahrensvereinbarung vom 01.09.2014, so führt dies zum **Erlöschen** der ursprünglichen Vergütungsforderung.

2. § 7 Abs. 2 der Prüfverfahrensvereinbarung ist von der **Ermächtigungsgrundlage** des § 17c Abs. 2 KHG gedeckt (Anschluss an LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 17.04.2018 - L 11 KR 936/17 - juris Rdnr. 52, RID 18-03-131).

Das *SG* wies die Klage ab.

f) Verjährung von Erstattungsforderungen

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

RID 19-01-143

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB I § 45 I

Die **Verjährung von Erstattungsforderungen** beginnt gem. § 45 I SGB I nach Ablauf des Kalenderjahrs, in dem der Anspruch entstanden ist, und der öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch im gleichgeordneten Leistungserbringungsverhältnis bereits im Augenblick der Überzahlung (BSG, Urt. v. 14.10.2014 - B 1 KR 27/13 R - BSGE 117, 82 = SozR 4-2500 § 109 Nr. 40 Rn. 33). Das MDK-**Prüfverfahren** nach § 275 SGB V stellt kein vereinbartes Begutachtungsverfahren im Sinne von § 204 I Nr. 8 BGB dar, weil es am Tatbestandsmerkmal des „vereinbarten“ Begutachtungsverfahrens fehlt und die Krankenkasse bei der Beauftragung des MDK mit einer Abrechnungsprüfung gemäß § 275 I Nr. 1 SGB V einer im Gesetz verankerten öffentlich-rechtlichen Pflicht folgt und nicht eine Vereinbarung mit dem Krankenhausträger ausführt (BSG, Urt. v. 19.09.2013 - B 3 KR 31/12 R - SozR 4-2500 § 275 Nr. 11 Rn. 16).

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

2. Fallpauschalen

a) Bestimmung der Hauptdiagnose bei Auftreten weiterer Erkrankungen

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

RID 19-01-144

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

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

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

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

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

RID 19-01-145

juris

Die **Einordnung** in den **ICD-10** ist am **Krankheitsgeschehen** auszurichten und weniger an der **Ursache der Erkrankung**. Die Erkrankung bestimmt, welche Therapie durchgeführt werden muss, und damit auch, welche Vergütung das Krankenhaus verlangen kann. Die Ätiologie einer Erkrankung ist für die Frage, welche Leistungen das Krankenhaus erbracht hat, von untergeordneter Bedeutung. Liegt ein exakt die bei dem Patienten vorliegende Erkrankung abbildender ICD-Kode (nämlich S36.41) vor, so besteht nicht die Notwendigkeit eines Kodes, der zwar im Hinblick auf die Ätiologie spezifisch ist, aber die Erkrankung nicht exakt abbildet.

Das *SG* wies die Klage ab.

c) Wirtschaftlichkeit der Gabe von Apherese-Thrombozytkonzentraten

aa) Einschätzung des Paul Ehrlich Instituts: Gleichwertigkeit von Poolprodukten

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

RID 19-01-146

juris

SGB V § 109 IV 3

Leitsatz: 1. Ob eine **Gleichwertigkeit** von **Apharese-(ATK)** und **Pool-Thrombozytenkonzentrat (PTK)** im Einzelfall der Behandlung eines Versicherten vorliegt, ist eine rechtliche Frage, die der gerichtlichen Entscheidung zugänglich ist. Das Gericht muss sachlich bei der Entscheidung auf den aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft aufbauen. In einer bestehenden wissenschaftlichen Kontroverse kommt für eine gerichtliche Entscheidung besonderes Gewicht der Stellungnahme der Institutionen zu, die vom Gesetzgeber für die Aufbereitung und Einschätzung von Risiken der Blutprodukte berufen sind. Vorliegend richtungsweisend ist die **Einschätzung des Paul Ehrlich Instituts**.

2. Das Paul Ehrlich Institut hat ATK und PTK als **Blutprodukte** zugelassen. Es ist der Auffassung, dass diese grundsätzlich bis auf wenige Ausnahmefälle gleichwertig und mit gleichem Behandlungserfolg eingesetzt werden können. PTK ist nicht indiziert bei

- Chronisch-transfusionspflichtigen Patienten bei Vorliegen hämatologisch-onkologischer Grunderkrankung,
- Transfusionspflichtigen Kindern,
- Boosterung z.B. im Rahmen von Schwangerschaften

- Vortransfusionen
- Transplantationen
- Antigene auf Leukozyten
- Antigene auf Thrombozyten.

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

Das **SG** wies die Klage ab.

bb) Keine Unwirtschaftlichkeit bei fehlender Datengrundlage

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

RID 19-01-147

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 109 IV 3

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

Die Beteiligten streiten über die Kosten einer Krankenhausbehandlung des Z. in Höhe von 948,38 €. Streitig ist konkret die Vergütung der beiden während des stationären Aufenthalts vom 06.02.2009 bis 19.02.2009 applizierten Apherese-Thrombozytenkonzentrate über das Zusatzentgelt ZE 84. Das **SG** wies nach Erledigterklärung der Bet. die Widerklage der Krankenkasse ab.

cc) Fehlende Datengrundlage für Nachweis der Unwirtschaftlichkeit

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

RID 19-01-148

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 109 IV 3

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

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

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

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

RID 19-01-149

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 3/19 R

juris

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

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

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

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

Parallelverfahren:

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

RID 19-01-150

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 4/19 R

juris

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

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

RID 19-01-151

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 109

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

Dieser „Paradigmenwechsel“ im Verständnis der Sepsis hatte allerdings im **Jahr 2016** noch keinen Eingang in Leitlinien gefunden. Soweit deshalb eine Sepsis schon dann kodiert werden darf, wenn beim Nachweis einer **Bakteriämie** (positive Blutkultur) zusätzlich zwei der sog. SIRS-Kriterien erfüllt sind, ohne dass eine lebensbedrohliche Organkomplikation eingetreten ist, muss dies hingenommen werden, solange die Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) und die ICD-10-Klassifikation hierzu keine eindeutigen Regelungen enthalten. Wie zu entscheiden ist, wenn neue Leitlinien vorliegen, lässt der Senat offen.

SG Karlsruhe, Gerichtsbb. v. 04.03.2018 - S 5 KR 3288/17 - verurteilte die Bekl., der Kl. 1.178,20 € zzgl. Zinsen zu zahlen, das *LSG* wies die Berufung zurück.

f) Voraussetzungen für die Diagnose einer Sepsis 2012/2013

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

RID 19-01-152

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 109

Leitsatz: Die medizinischen Voraussetzungen für die **Diagnose einer Sepsis** beurteilten sich in den Jahren 2012 und 2013 nach der S 2 Leitlinie Prävention, Diagnose Therapie und Nachsorge der Sepsis der Deutschen Sepsis Gesellschaft und der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin, die bis zum 1.2.2015 gültig war und zur Zeit überprüft wird.

Danach genügt es (bei Vorliegen von mindestens zwei der sog. SIRS-Kriterien) für die Diagnose einer Sepsis, dass vor Beginn der antimikrobiellen Therapie die **Abnahme nur eines Blutkulturpärchens** erfolgte, wenn dadurch der positive **Nachweis einer Infektion** erbracht wurde.

SG Stuttgart, Urt. v. 10.09.2018 - S 9 KR 3684/17 - verurteilte die Bekl., der Kl. 12.918,25 € zzgl. Zinsen zu zahlen, das *LSG* wies die Berufung zurück.

g) Allogene Stammzelltransplantation bei einem rezidierten Myelom

LSG Hessen, Urteil v. 20.12.2018 - L 8 KR 385/14

RID 19-01-153

Revision zugelassen

www.sozialgerichtsbarkeit.de

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

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

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

VIII. Beziehungen zu Leistungserbringern und Arzneimittelherstellern

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

1. Hilfsmittelerbringer

a) Orthopädie-schuhtechnische Leistungen: Übergangsrecht 2010/Qualifikation

LSG Sachsen, Urteil v. 18.12.2018 - L 9 KR 25/15

RID 19-01-154

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 126, 127

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

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

SG Leipzig, Urt. v. 25.11.2014 - S 8 KR 332/09 - wies die Klage ab, das *LSG* verurteilte die Bekl., dem Kl. 6.879,87 € nebst Zinsen zu zahlen.

b) Keine aufschiebende Wirkung des Widerspruchs gegen „Beschaffungsbeschluss“

SG Hamburg, Beschluss v. 04.12.2018 - S 37 KR 1565/18 ER

RID 19-01-155

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 69, 127; SGG § 86b I

Für den Antrag der Ast., die aufschiebende Wirkung des Widerspruchs gegen den „Beschaffungsbeschluss“ der Ag. festzustellen, ist zwar der **Sozialrechtsweg** eröffnet (entgegen LSG Thüringen, Beschl. v. 17.08.2018 - L 6 KR 708/18 B ER - RID 18-04-72), gleichwohl ist der Antrag unzulässig; denn bei dem „Beschaffungsbeschluss“ handelt es sich um **keinen Verwaltungsakt**. Der mehr als neun Monate nach der Ausschreibung und kurz vor Abschluss des vergaberechtlichen Nachprüfungsverfahrens beim Sozialgericht gestellte Antrag, der Ag. im Rahmen des einstweiligen Rechtsschutzes zu untersagen, Verträge mit Bietern, die sich an dem Vergabeverfahren beteiligt haben, zu schließen, ist **mangels Eröffnung des Sozialrechtsweges** unzulässig.

Das *SG* untersagte der Ag. bis zum 19.12.2018, in dem Vergabeverfahren „Ausschreibung der D. mit Stomaartikeln“ Verträge mit Bietern, die sich an dem Vergabeverfahren beteiligt haben, zu schließen. Im Übrigen lehnte es den Antrag ab. Das im Tenor ausgesprochene befristete Verbot dient nach dem *SG* allein der Gewährleistung eines effektiven Rechtsschutzes, indem die Ast. die Möglichkeit erhält, in einem etwaigen Beschwerdeverfahren beim *LSG* einen Hängebeschluss zu erwirken.

2. Apotheker: Abgabe thalidomidhaltiger Arzneimittel

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

RID 19-01-156

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 129

Thalidomidhaltige Arzneimittel werden mit einem sog. **T-Rezept** verordnet. Für den Apotheker genügt eine ärztliche Verordnung, bei der das erste Feld über „alle Sicherheitsmaßnahmen“ angekreuzt ist, den Anforderungen des § 3a II AVMM. Die Verordnung ist damit ordnungsgemäß und das Medikament darf abgegeben werden. Aus der Sicht des Apothekers kommt es also für ein

ordnungsgemäßes Rezept nicht auf das Ankreuzen des zweiten Feldes an. Das zweite Feld hat nur gegenüber dem Arzt die Bedeutung einer Checkliste seiner ärztlichen Pflichten.

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

3. Arzneimittelhersteller

a) Lieferanten von Sprechstundenbedarf: Bereicherungsrechtlicher Zahlungsanspruch

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

RID 19-01-157

Berufung anhängig: LSG Nordrhein-Westfalen - L 16 KR 868/18 -

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 129, 130a, 130b, 130c

Ein **Pharmaunternehmen** hat mit der Lieferung der Kontrastmittel an die jeweiligen Vertragsarztpraxen die Ansprüche der Versicherten der Krankenkasse auf entsprechende Sachleistung gegenüber der Krankenkasse erfüllt (so zutreffend: *LSG Hamburg*, Urt. v. 24.02.2011 – L 1 KR 32/08 - RID 11-02-186, juris Rn. 23). Es handelt sich um Leistungen im Dreiecksverhältnis **ohne vertragliche Vereinbarung**. Dem Pharmaunternehmen steht ein **Zahlungsanspruch bereicherungsrechtlicher Art** zu (§ 812 I 1, Alt. 1 i.V.m. § 818 II BGB).

Dem bereicherungsrechtlichen Anspruch stehen die durchgeführte Ausschreibung und die hieraus resultierenden **Exklusivlieferverträge** nicht grundsätzlich anspruchshindernd in dem Sinne entgegen, dass das Pharmaunternehmen durch seine Lieferungen Regelungen zur Umsetzung des Wirtschaftlichkeitsgebotes rechtswidrig umgeht. Denn mit ihrem Vorgehen hat die Krankenkasse ein im Gesetz nicht vorgesehenes und damit rechtswidriges Instrumentarium ergriffen. Für eine Ausschreibung und Exklusivverträge bedarf es einer gesetzlichen **Ermächtigungsgrundlage**.

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

b) Keine unmittelbare Klage gegen Nutzenbewertungsbeschluss des GBA

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 19.10.2018 - L 1 KR 558/15 KL

RID 19-01-158

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 3 KR 77/18 B

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 35a, 130b

§ 35a VIII SGB V schließt es ausdrücklich aus, gegen einen **Nutzenbewertungsbeschluss** des GBA direkt vorzugehen. Der **nachgelagerte Rechtsschutz** ist gewährleistet, indem das pharmazeutische Unternehmen gegen den Schiedsspruch nach § 130b IV SGB V gerichtlich vorgehen kann. Inzident wird in diesem Verfahren auch der Nutzenbewertungsbeschluss des Beklagten überprüft.

§ 35a VIII SGB V kann auch nicht dadurch umgangen werden, dass sich der pharmazeutische Unternehmer mit dem GKV Spitzenverband über einen **Erstattungsbetrag einigt**. Die Norm ist auch dann noch beachtlich, wenn das frühzeitige Nutzenbewertungsverfahren abgeschlossen ist. Die Gültigkeit der Regelung ist für die Vertragspartner nicht disponibel. Die Kl. hat sich freiwillig dazu entschieden, kein Schiedsverfahren durchzuführen zu lassen mit der Möglichkeit anschließender Klage. Sie kann deshalb nicht in ihrem Recht aus Art. 19 IV GG verletzt sein.

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

c) Widerrufs- und Unterlassungsansprüche gegen MDK

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

RID 19-01-159

juris

SGG § 197a

Die in § 275 V 1 SGB V ausdrücklich geregelte **Unabhängigkeit der Ärzte des MDK** stellt sicher, dass diese ihre Gutachten frei von der Befürchtung erstellen können, in der Folge mit Widerrufs- und Unterlassungsansprüchen sowie möglicherweise mit Schadensersatzansprüchen überzogen zu werden. Ebenso wie bei Sachverständigen und Gutachtern besteht daher eine Privilegierung auch für die Ärzte

des MDK hinsichtlich der von ihnen abgegebenen (ärztlichen) Meinungsäußerungen und Empfehlungen. Soweit sich die Ärzte des MDK in diesem Rahmen halten, bestehen daher keine **Widerrufs- und Unterlassungsansprüche**. Dies gilt jedoch nicht für **Tatsachenbehauptungen**. Sie dürfen keine unwahren Tatsachen in Gutachten oder gutachterlichen Stellungnahmen behaupten. Anders als bei Meinungsäußerungen oder Empfehlungen besteht dann ein Anspruch auf Unterlassung bzw. auf Widerruf.

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

4. Häusliche Krankenpflege: Qualitätsstandards hinsichtlich der angestellten Pflegefachkräfte

LSG Sachsen, Urteil v. 13.09.2018 - L 9 KR 265/13

RID 19-01-160

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 69 I, 70 I, 132

Leitsatz: 1. Sieht ein **Rahmenvertrag** nach § 132a SGB V vor, dass die häusliche Behandlungspflege nur durch Pflegefachkräfte mit der **Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung** „Altenpfleger“ oder „Altenpflegerin“ ausgeführt werden darf, und wird gleichwohl die Leistung vertragswidrig durch Pflegepersonal ohne die erforderliche Erlaubnis erbracht, hat die Krankenkasse gegen den Leistungserbringer bei bereits gezahltem Entgelt einen öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch.

2. Die rechtliche Befugnis der Krankenkasse, die Zusammenarbeit mit dem Leistungserbringer von der Erfüllung bestimmter - auch formaler - **Qualitätsstandards** hinsichtlich der angestellten **Pflegefachkräfte** abhängig zu machen, leitet sich aus der gesetzlichen Verpflichtung der Krankenkasse ab, eine ausreichende und zweckmäßige Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse in der fachlich gebotenen Qualität sicherzustellen.

3. Dem Leistungserbringer steht für die unter Verstoß gegen derartige vertragliche Regelungen bewirkten Leistungen weder ein **Vergütungsanspruch** noch ein Wertersatzanspruch aus ungerechtfertigter Bereicherung noch ein Aufwendungsersatzanspruch aus Geschäftsführung ohne Auftrag zu, selbst wenn die Leistungen im Übrigen ordnungsgemäß erbracht worden und für den Versicherten geeignet und nützlich sind. Denn die Funktionsfähigkeit des Systems der Leistungserbringung würde in Frage gestellt, wenn Vorschriften nicht eingehalten werden, die die Qualität der Leistungserbringung sichern und deren Überprüfung erleichtern sollen.

4. Bei den vertraglich festgeschriebenen formalen **Qualifikationsanforderungen** an die **Pflegefachkräfte** handelt es sich nicht um Regelungen mit bloßer Ordnungsfunktion, sondern um solche mit einer der Qualitätsgewährleistung dienenden **Steuerungsfunktion**. Mit der Erlaubniserteilung werden sowohl die fachliche Befähigung als auch die berufsrechtliche Würdigkeit und die gesundheitliche Eignung belegt. Außerdem wird den Anforderungen des Verwaltungsvollzugs Rechnung getragen, der nicht mit Prüfungs- und Ermittlungsaufgaben darüber belastet werden soll, ob im Einzelfall die fachliche und persönliche Eignung der Pflegefachkraft vorhanden ist.

5. Die ordnungsgemäße Durchführung der Maßnahmen der Behandlungspflege setzt nicht nur besondere **Fachkenntnisse** der Pflegefachkraft voraus, sondern auch - durch den nahen Umgang mit dem Patienten - **Gesundheit und persönliche Zuverlässigkeit**.

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

Parallelverfahren:

LSG Sachsen, Urteil v. 23.10.2018 - L 9 KR 105/15

RID 19-01-161

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

IX. Angelegenheiten der Krankenkassen

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

1. Aufwandsentschädigungen für Werbung von Mitgliedern

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 27.09.2018 - L 1 KR 318/17 KL

RID 19-01-162

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 A 2/18 B
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 4 III

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

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

Die Verpflichtung einer Krankenkasse durch die Aufsichtsbehörde, gewährte Aufwandsentschädigungen nicht durch Aufsattelungen durch Prämien und sonstige Vergünstigungen für erfolgreiche Mitgliederwerbung, insb. durch Staffelung der Prämie nach **Anzahl der geworbenen Mitglieder**, zu erhöhen und zu steigern, ist rechtmäßig.

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

2. Aufsichtsrechtliche Maßnahme: Ausschreibung von Inhalations- und Atemtherapiegeräten

LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 17.10.2018 - L 9 KR 76/18 KL ER

RID 19-01-163

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 127; SGB IV § 89 I; SGG §§ 86a II Nr. 5, 86b I 1 Nr. 2

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

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

3. Zur **Prüfung** einer aufsichtsrechtlichen Anordnung, durch die eine Krankenkasse zur Aufhebung einer Ausschreibung nach § 127 SGB V verpflichtet werden soll, im **einstweiligen Rechtsschutz**.

Die Beteiligten streiten um eine aufsichtsrechtliche Maßnahme des Bundesversicherungsamtes im Zshg. mit der Ausschreibung 0067-CPAP-2017 einer Krankenkasse (Ast.). Das **LSG** lehnte den Antrag, die aufschiebende Wirkung der Klage der Ast. gegen den Bescheid der Bekl. (L 9 KR 73/18 KL) anzuordnen, ab.

3. Erstattung: Zuständigkeit der Krankenkasse für Zweitversorgung mit Kinder-Therapiestuhl

SG Nürnberg, Urteil v. 19.09.2018 - S 11 KR 328/17

RID 19-01-164

Berufung zugelassen
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 33; SGB IX § 14 IV 1

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

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

X. Sonstiges/Verfahrensrecht

1. Streitwert und Parallelverfahren: Vergleichsmehrwert

LSG Baden-Württemberg, Beschluss v. 08.10.2018 - L 11 KR 4427/17 B

RID 19-01-165

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

GKG §§ 66, 68; RVG §§ 32, 33; GKVerz. Nr. 7600

Leitsatz: Zur Festsetzung eines sog. **Vergleichsmehrwerts** in sozialgerichtlichen Verfahren.

Im Ausgangsverfahren stritten die Bet. darüber, ob die Bekl. zu Recht eine im Behandlungsfall C. A. gezahlte Aufwandspauschale i.H.v. 300 € im Wege der Erstattung gegen eine unstreitige Gegenforderung der Kl. aufgerechnet hatte. In der mündlichen Verhandlung vor dem SG wurden zeitgleich insgesamt sieben anhängige Parallelverfahren verhandelt. In der für alle Verfahren gemeinsam geführten Niederschrift wurde ein Gesamtvergleich für die geladenen sieben Verfahren sowie „sämtliche in der Anlage aufgeführten derzeit bei Sozialgericht Stuttgart anhängigen Verfahren“ protokolliert. **SG Stuttgart**, Beschl. v. 07.09.2017 - S 8 KR 4419/16 - setzt den Streitwert auf 300 € fest, das **LSG** setzte auf Beschwerde der Kl. den Vergleichsmehrwert auf 33.300 € fest und wies im Übrigen die Beschwerde zurück.

XI. Bundessozialgericht (BSG)

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

BSG, Urteil v. 24.04.2018 - B 1 KR 29/17 R

RID 19-01-166

SozR 4-2500 § 2 Nr. 11 = KHE 2018/13

Leitsatz: 1. Versicherte können unter den Voraussetzungen **grundrechtsorientierter Leistungsauslegung** auch noch **nicht allgemein anerkannte Untersuchungsmethoden** beanspruchen, um Therapieentscheidungen vorzubereiten.

2. Eine **spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf** kann auch darin liegen, die lebensbedrohlichen Risiken von Therapieoptionen abzuklären.

2. Stationäre Versorgung

a) Anforderungen des Qualitätsgebots (Liposuktion)

BSG, Urteil v. 24.04.2018 - B 1 KR 10/17 R

RID 19-01-167

BSGE = SozR 4-2500 § 137e Nr. 10 = GesR 2018, 525 = KrV 2018, 152 = ZMGR 2018, 253 = NZS 2018, 694 = KRS 2018, 304 = KHE 2018/12 = SuP 2018, 648

Leitsatz: 1. Entscheidet eine Krankenkasse **verzögert** über einen **Widerspruch** ihres Versicherten gegen die fristgerechte Ablehnung seines Antrags auf Krankenbehandlung, gilt der Antrag nicht als genehmigt.

2. Versicherte haben als Regelleistung keinen Anspruch auf stationäre Krankenhausbehandlung mit **Methoden**, die **lediglich das Potenzial einer erforderlichen Behandlungsalternative** bieten.

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

BSG, Urteil v. 24.04.2018 - B 1 KR 13/16 R

RID 19-01-168

BSGE = SozR 4-2500 § 137e Nr. 1 = KHE 2018/16 = NZS 2019, 57

Leitsatz: 1. Versicherte haben gegen ihre Krankenkasse als Zusatzleistung im Rahmen von Erprobungsrichtlinien Anspruch auf **stationäre Krankenhausbehandlung** mit **Methoden**, die lediglich das Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative bieten.

2. Versicherte haben Anspruch auf dem allgemeinen **Gleichheitssatz** genügende Teilhabe am Auswahlverfahren für Leistungen aufgrund von **Erprobungsrichtlinien**, wenn die Nachfrage das Angebot übersteigt.

3. Der **Gemeinsame Bundesausschuss** ist verfassungskonform ermächtigt, Erprobungsrichtlinien zu erlassen.

3. Genehmigungsfiktion

a) Hilfsmittel und Reha-Leistung

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

RID 19-01-169

BSGE = SozR 4-2500 § 13 Nr. 41 = NZS 2018, 815 = NJW 2018, 3537

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

Parallelverfahren:

BSG, Urteil v. 15.03.2018 - B 3 KR 12/17 R

RID 19-01-170

juris

BSG, Urteil v. 15.03.2018 - B 3 KR 4/16 R

RID 19-01-171

juris

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

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

RID 19-01-172

juris

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

4. Beziehungen zu Krankenhäusern

a) BVerfG: Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit

1. Sen. 1. Ka., Beschluss v. 26.11.2018 - 1 BvR 318/17, 1 BvR 1474/17, 1 BvR 2207/17

RID 19-01-173

www.bundesverfassungsgericht.de = juris

Die Verfassungsbeschwerden gegen

BSG, Urt. v. 25.10.2016 - B 1 KR 16/16 R - juris

BSG, Urt. v. 25.10.2016 - B 1 KR 18/16 R - juris

BSG, Urt. v. 25.10.2016 - B 1 KR 19/16 R - juris

BSG, Urt. v. 25.10.2016 - B 1 KR 22/16 R - BSGE 122, 87 = SozR 4-2500 § 301 Nr. 7

BSG, Urt. v. 28.03.2017 - B 1 KR 23/16 R - juris

BSG, Urt. v. 23.05.2017 - B 1 KR 24/16 R - SozR 4-2500 § 301 Nr. 8

werden nicht zur Entscheidung angenommen.

Die Rspr. des BSG, nach der es bezogen auf die Rechtslage vor 2016 bei der Prüfung einer Krankenhausabrechnung unter Einbeziehung des MDK neben der gesetzlich ausdrücklich vorgesehenen „Auffälligkeitsprüfung“ noch eine davon unabhängige „**Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit**“ gab, die zu keinem Anspruch der Krankenhäuser auf Zahlung einer **Aufwandspauschale** gegen die Krankenkassen führte, überschreitet die Grenzen richterlicher Rechtsfortbildung nicht.

b) BVerfG: Fachbereichsgrenzen für ambulante Operationen nach Weiterbildungsordnung

BVerfG, 1. Sen. 1. Ka., Beschluss v. 25.10.2018 - 1 BvR 1689/16

RID 19-01-174

juris

Die Verfassungsbeschwerde gegen **BSG**, Urt. v. 31.05.2016 - B 1 KR 39/15 R - SozR 4-2500 § 115b Nr. 7 wird nicht zur Entscheidung angenommen.

Unternehmen, die sich überwiegend oder **vollständig in öffentlicher Hand** befinden, sind **nicht grundrechtsfähig** (vgl. BVerfGE 128, 226 <244 ff.>); das gilt jedenfalls dann, wenn sie wie die Bf. mit der **Gesundheitsvorsorge öffentliche Aufgaben** wahrnehmen. Dabei besteht hinsichtlich der

Grundrechtsfähigkeit kein Unterschied zwischen Unternehmen unmittelbar in staatlicher Hand und solchen in kommunaler Trägerschaft (vgl. BVerfGK 15, 484 <488 f.>).

c) Vergütungsanspruch: Methode und Qualitätsgebot

BSG, Urteil v. 19.12.2017 - B 1 KR 17/17 R

RID 19-01-175

BSGE = SozR 4-5562 § 6 Nr. 1 = GesR 2018, 244 = ZMGR 2018, 116 = KRS 2018, 222 = KHE 2017/92 = MPR 2018, 56 = MedR 2018, 506 = SGB 2018, 705

Leitsatz: 1. Ein Krankenhaus, das einen Versicherten im Jahr 2013 stationär behandelt, hat gegen dessen Krankenkasse keinen **Vergütungsanspruch**, wenn die **Methode** nicht dem **Qualitätsgebot** entspricht.

2. Behandelt ein Krankenhaus einen Versicherten stationär mit einer Methode, die dem Qualitätsgebot nicht genügt, hat es gegen dessen Krankenkasse keinen Vergütungsanspruch, auch wenn eine hierfür geltende **Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden-Vereinbarung** ein Zusatzentgelt preisrechtlich vorsieht.

d) Grundrechtsorientierte Leistungsgewährung bei abzulehnender Arzneimittelzulassung

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

RID 19-01-176

juris = GesR 2019, 38 = KRS 2019, 45

§ 2 Ia SGB V begründet keinen Anspruch auf **Fertigarzneimittel** für eine Indikation, für die die EMA eine **Genehmigung** in einem Zulassungsverfahren **abgelehnt** hat. Dazu genügt, dass der Ständige Ausschuss für Humanarzneimittel - wie hier bei Avastin für die Indikation des rezidivierenden Glioblastoms - ein im Ergebnis **ablehnendes Gutachten** erstellt, ohne dass der Hersteller das Verfahren weiterverfolgt.

e) Einsichtnahme in Behandlungsunterlagen/Geriatriische frührehabilitative Komplexeleistung

BSG, Urteil v. 19.12.2017 - B 1 KR 19/17 R

RID 19-01-177

SozR 4-1500 § 120 Nr. 3 = KHE 2017/94 = KRS 2018, 248 = GesR 2019, 48

Leitsatz: 1. Klagt ein **Krankenhaus** gegen eine Krankenkasse auf Vergütung der Behandlung ihres **Versicherten**, darf es ohne dessen **Einwilligung** dem Gericht hierfür bedeutsame Behandlungsunterlagen zu Beweis Zwecken vorlegen, ohne die Einsichtnahme von Verfahrensbeteiligten auszuschließen.

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

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

f) Kodierung der Arzneimittel bei Zusammenführung (Zytostatika)

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

RID 19-01-178

SozR 4-5562 § 9 Nr. 9 = KRS 2019, 15 = KHE 2018/44

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

5. Pharmazeutische Unternehmer: Auskunftsanspruch der Krankenkassen

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

RID 19-01-179

SozR 4-2500 § 129 Nr. 13

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

2. Die Rechtmäßigkeit eines solchen auf Erteilung konkreter **Auskünfte und Nachweiserbringung** gerichteten Begehrens ist ausgehend von der dafür vorgesehenen Ermächtigungsgrundlage (hier: § 129 Abs. 5c S. 4 SGB V in der bis 12.5.2017 geltenden Fassung) auch unter dem Blickwinkel des **Bestimmtheitsgrundsatzes** und des **Sozialdatenschutzes** zu beurteilen.

3. **Gerichte** sind nach den Grundsätzen zur „geltungserhaltenden Reduktion“ eines Auskunftsverwaltungsakts nicht befugt, einen solchen im Sinn eines vermeintlichen „Minus“ nur **teilweise aufzuheben** (Anschluss an BSG vom 24.2.2011 - B 14 AS 87/09 R = BSGE 107, 255 = SozR 4-4200 § 60 Nr. 1).

6. Angemessenheit der Vergütung eines Krankenkassenvorstands

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

RID 19-01-180

BSGE = SozR 4-2400 § 35a Nr. 5 = KrV 2018, 108 = GesR 2019, 42

Leitsatz: 1. Die **Aufsichtsbehörde** hat über die **Angemessenheit der Vergütung eines Krankenkassenvorstands** nach pflichtgemäßem **Ermessen** zu entscheiden und hierzu normkonkretisierend Ermessenskriterien vorab in Verwaltungsvorschriften festzulegen.

2. Die **Vergütung** hat in angemessenem Verhältnis zum Aufgabenbereich des Vorstandsmitglieds, zur Größe des Vorstands und zur Bedeutung der Körperschaft zu stehen, die sich insbesondere aus ihrer Mitgliederzahl ergibt.

C. ENTSCHEIDUNGEN ANDERER GERICHTE

I. Ärztliches Berufsrecht

1. Widerruf/Ruhen/Wiedererteilung der Approbation/Berufserlaubnis

a) Widerruf der Approbation

aa) Strafverurteilung wegen Besitzes und Verbreitens von Kinderpornografie

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

RID 19-01-181

^{juris}
BÄO §§ 5 II, 8; StGB § 184

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

bb) Besitz kinder- und jugendpornographischer Schriften

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

RID 19-01-182

^{juris}
BÄO §§ 3 I 1 Nr. 2, 5 II 1

Der für die Annahme der **Unwürdigkeit** erforderliche Vertrauensverlust kann auch durch ein Verhalten bewirkt werden, das ein **außerberufliches Fehlverhalten** betrifft. Es ist nicht nur auf ein Verhalten abzustellen, das im beruflichen Umfeld auf Missfallen stößt (so ausdrücklich BVerfG, 1. Sen. 1. Ka., Beschl. v. 01.08.2017 - 1 BvR 1657/17 - RID 17-04-161, juris, Rn. 13) oder das unmittelbare Arzt-Patienten-Verhältnis betrifft (vgl. BVerwG, Beschl. v. 16.02.2016 - 3 B 68/14 - RID 16-02-190, juris, Rn. 6; BVerwG, Beschl. v. 18.08.2011 - 3 B 6/11 - RID 11-04-196, juris Rn. 4).

Ein Arzt zeigt ein **gravierendes Fehlverhalten**, das mit dem Berufsbild und den allgemeinen Vorstellungen von der Persönlichkeit eines Arztes schlechthin nicht vereinbar ist, wenn er durch den **Besitz erheblicher Mengen kinder- und jugendpornographischen Bildmaterials**, das er sich wiederholt beschafft hat und das zum Teil auch den schweren sexuellen Missbrauch von Kindern zeigt, zumindest mittelbar zum Erhalt und zur Förderung des „Kinderpornographiemarktes“ beiträgt und durch seine Nachfrage Anreize zur Begehung neuer Straftaten des sexuellen Missbrauchs von weiteren Kindern schafft. Der Arzt trägt durch den Besitz kinder- und jugendpornographischen Bildmaterials eine Mitverantwortung für den Verstoß gegen die Menschenwürde und körperliche Unversehrtheit der abgebildeten Kinder und Jugendlichen, die zum bloßen auswechselbaren Objekt geschlechtlicher Begierde oder Erregung der Betrachter gemacht werden.

b) Ruhen

aa) Nicht rechtskräftiges Strafurteil: Totschlag durch Unterlassen

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

RID 19-01-183

^{juris}
BÄO § 6 I Nr. 1

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

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

bb) Anhängiges Strafverfahren wegen ritueller Beschneidungen (Zirkumzisionen)

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

RID 19-01-184

^{juris}
BÄO § 6 I Nr. 1

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

Nicht jede fehlerhafte ärztliche Behandlung - hier: Vorwurf einer fahrlässigen Körperverletzung in drei Fällen gegenüber einem sich in der Facharztausbildung zum Augenarzt befindenden Arzt, der in seiner Privatpraxis rituelle Beschneidungen an Kleinkindern vorgenommen haben soll, ohne über die erforderlichen chirurgischen Fertigkeiten und Kenntnisse zu verfügen und ohne die hygienischen Standards - rechtfertigt den Schluss auf die **Unwürdigkeit oder Unzuverlässigkeit** des Arztes. Zu dem fachlichen Fehlverhalten müssen vielmehr weitere Umstände hinzutreten, die das Verhalten als besonders schwerwiegend und dem ärztlichen Heilauftrag widersprechend erscheinen lassen. Nichts anderes gilt für die Anforderungen, die an das Ruhen einer ärztlichen Approbation zu stellen sind.

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

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

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

RID 19-01-185

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

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

Ein dem Betroffenen mit einer Anklageschrift wegen fahrlässiger Körperverletzung in drei Fällen vorgeworfenes Verhalten, wonach dieser trotz **gravierender Hygienemängel** in der Praxis **Beschneidungen** durchgeführt haben soll, ohne über die chirurgischen Fertigkeiten und Kenntnisse zu verfügen, die nach den Regeln der ärztlichen Kunst zu fordern sind, ist geeignet, dessen **Unzuverlässigkeit** zur Ausübung des ärztlichen Berufes zu begründen.

Aufgrund des mit der der sofortigen Vollziehung verbundenen Eingriffs in Art. 12 Abs. 1 GG ist ein **besonderes Vollzugsinteresse** erforderlich. Der vorläufige Eingriff ist nur unter strengen Voraussetzungen zum Schutz wichtiger Gemeinschaftsgüter und unter strenger Beachtung des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes statthaft. Das wirtschaftliche Interesse sowie das grundrechtliche geschützte berufliche Interesse des Antragstellers, vorübergehend bis zum rechtskräftigen Abschluss

des Hauptsacheverfahrens als Arzt tätig zu werden, muss gegenüber dem grundrechtlich durch Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG geschützten, wichtigen Gemeinschaftsgut des Lebens und der körperlichen Unversehrtheit der Patienten angesichts der möglicherweise diesen drohenden - teilweise irreparablen - gesundheitlichen Schäden zurücktreten.

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

VG Bremen, Beschluss v. 22.10.2018 - 5 V 2130/18

RID 19-01-186

juris
BÄO § 10

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

2. Psychotherapeut: Berufsunwürdigkeit 12 Jahre nach Verstoß gegen Abstinenzgebot

VGH Hessen, Urteil v. 23.08.2018 - 25 A 1027/17.B

RID 19-01-187

juris
HeilBerG Hessen §§ 22, 24 S. 1, 50 I Nr. 3

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

3. Strafrecht

a) Hinweis auf Schwangerschaftsabbrüche

LG Gießen, Urteil v. 12.10.2018 - 3 Ns 406 Js 15031/15

RID 19-01-188

juris
StGB § 219a; GG Art, 1 I, 12 I 2

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

AG Gießen, Urt. v. 24.11.2017 - 507 Ds 501 Js 15031/15 - RID 18-04-102 befand die angekl. Allgemeinmedizinerin für schuldig der Werbung für den Abbruch der Schwangerschaft und verhängte eine Geldstrafe von 40 Tagessätzen zu je 150 €. Das LG wies die Berufung zurück.

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

LG München I, Urteil v. 19.04.2018 - 15 Ns 566 Js 109123/13

RID 19-01-189

juris = medstra 2019, 60
StGB §§ 22, 23, 263

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

bestand oder nicht. Allerdings fehlt es an der Kausalität für die Entstehung des Irrtums bzw. des Schadens. Unter diesen Umständen liegt daher lediglich **versuchter Betrug** vor. Gewerbsmäßiges Handeln scheidet aus, da der Angekl. als ärztliche Leiter fremdnützig für das MVZ bzw. dessen Träger-GmbH tätig wurde

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

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

RID 19-01-190

juris

GG Art. 1 I, 2 I, 8 I; VersG § 15 I

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

5. Bestellung von Leitenden Notärzten

VG München, Urteil v. 19.12.2017 - M 16 K 16.1781

RID 19-01-191

juris

GG Art. 33 II

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

6. Anforderungen an die Prüfpflichten des Ärztebewertungsportalbetreibers

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

RID 19-01-192

juris

SGB V § 305; BGB § 823

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

7. Sozialversicherungspflicht

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

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

RID 19-01-193

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 12 KR 100/18 B

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB IV § 7a; KHG § 2

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

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

b) Mehrwöchige Tätigkeit eines Facharztes für Allgemeinmedizin als Stationsarzt

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

RID 19-01-194

Revision anhängig: B 12 R 23/18
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB III § 25 I 1; SGB IV § 7 I

Für die Beurteilung der **Versicherungspflicht** ist es unerheblich, ob sich ein von der Verkehrsanschauung akzeptiertes **Berufsbild des „Honorararztes“** etabliert hat. Vielmehr verbleibt es dabei, dass ärztliche Tätigkeiten abhängig von der jeweiligen vertraglichen Gestaltung sowohl in abhängiger Beschäftigung als auch in selbstständiger Tätigkeit ausgeübt werden können. Eine davon abweichende gesetzliche Festlegung, wonach honorarärztliche Tätigkeiten generell als selbstständig einzustufen wären, besteht nicht und hat insb. im Jahr 2009 nicht bestanden.

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

II. Arzthaftung

1. Bundesgerichtshof (BGH)

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

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

RID 19-01-195

juris
ZPO §§ 314, 559 I; BGB § 823

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

b) Aufklärung über Behandlungsalternative der Sectio

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

RID 19-01-196

juris
BGB §§ 280 I, 823 I

Leitsatz: 1. Eine Haftung wegen Unterlassens der (vorgezogenen) **Aufklärung** über die **Behandlungsalternative der Sectio** kommt auch dann in Betracht, wenn die Sectio später durchgeführt wird, als sie bei rechtzeitiger Aufklärung durchgeführt worden wäre und diese Verzögerung zu einem Geburtsschaden geführt hat.

2. Dafür, dass und in welchem Umfang in einer Überschreitung der empfohlenen **EE-Zeit** (Zeit von der Entscheidung zur Sectio bis zur Entwicklung des Kindes) ein Behandlungsfehler liegt, trägt der Geschädigte die **Beweislast**. Die Gefahren einer solchen Zeitüberschreitung sind für die Behandlungsseite nicht voll beherrschbar.

c) Haftung des Sachverständigen für aussagepsychologisches Gutachten im Strafprozess

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

RID 19-01-197

juris = ZInsO 2018, 2251
BGB § 839a

Leitsatz: 1. Für den Anspruch nach § 839a BGB ist danach zu unterscheiden, ob das unrichtige Gutachten für den Inhalt der gerichtlichen Entscheidung (mit-)ursächlich geworden ist („beruhen auf“; **haftungsbegründende Kausalität**) und ob der geltend gemachte Schaden durch die von dem unrichtigen Gutachten beeinflusste Gerichtsentscheidung herbeigeführt worden ist (**haftungsausfüllende Kausalität**).

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

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

d) Rettungsdienstliche Aufgaben in Sachsen

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

RID 19-01-198

juris
SGB V § 839; ZPO § 538

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

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

2. Behandlungsfehler

a) Übersehen einer nicht dislozierten Fraktur im oberen Sprunggelenk

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

RID 19-01-199

juris
BGB §§ 253, 280, 823

Leitsatz: Das Übersehen einer nicht dislozierten Fraktur im oberen Sprunggelenk kann als **Behandlungsfehler** gewertet werden. Dass ein **Berufsanfänger** die Fraktur übersehen kann, führt nicht zu einem - haftungsrechtlich irrelevanten - Diagnoseirrtum. Ob die gesundheitlichen Beeinträchtigungen auch bei regelrechter Frakturversorgung eingetreten wären, ist eine Frage des rechtmäßigen Alternativverhaltens.

b) Ausschluss einer Krebserkrankung nach auffälligem Tast- und Sonographiebefund

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

RID 19-01-200

juris
BGB §§ 280, 823, 253

Leitsatz: Bei einem **auffälligen Tast- und Sonographiebefund** ist die **Stanzbiopsie** die Methode der Wahl zum sicheren **Ausschluss einer Krebserkrankung**. Mit einer Mammographie kann der Krebsverdacht nicht sicher ausgeräumt werden. Die behandelnde Gynäkologin - als Herrin der Behandlung - muss nachweisen, dass sie der Patientin zur Vornahme der indizierten Stanzbiopsie dringend geraten hat. Die alleinige Empfehlung einer Mammographie genügt nicht den regelrechten Anforderungen.

c) Unterlassene Blutzuckerwertbestimmung bei einem Neugeborenen

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

RID 19-01-201

juris

BGB §§ 253, 280, 823

Leitsatz: Die **unterlassene Blutzuckerbestimmung** in einer lebensbedrohlichen Situation am ersten Lebenstag eines Kindes kann als **grober Behandlungsfehler** zu werten sein.

Die Verantwortung für solch einen groben Behandlungsfehler am ersten Tag nach der Geburt kann auch den **Gynäkologen**, der als **Belegarzt** tätig ist, treffen.

Bei einer **lebensbedrohlichen Situation eines Säuglings** ist die Blutzuckerbestimmung eine absolute Standardmaßnahme.

Bei einer schweren geistigen und körperlichen Beeinträchtigung eines Kindes, die niemals ermöglicht, ein eigenständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen, kann ein **Schmerzensgeld** von 500.000 € angemessen sein.

d) Nachbehandlung einer Organtransplantation in Reha-Klinik

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

RID 19-01-202

juris

BGB §§ 249, 253, 280, 823

Leitsatz: Wird die **Nachbehandlung** eines Patienten übernommen, dem ein **Organ transplantiert** worden ist, so muss eine **Reha-Klinik** den erforderlichen Facharztstandard sicherstellen. Die Wirkung der Medikation, die ein Abstoßen der transplantierten Organe verhindern soll, muss zwingend kontrolliert werden. Der Rahmen wird durch die Zielvorgabe der Transplantationsklinik vergeben.

Wird die engmaschige Kontrolle nicht durchgeführt, kann das als grober **Behandlungsfehler** zu bewerten sein.

e) Arzt des kassenärztlichen Notdienstes: Anamnese nach vorangegangener Notarztbehandlung

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

RID 19-01-203

juris

BGB § 823

Leitsatz: 1. Der nach dem Notarzt hinzugezogene **Arzt des kassenärztlichen Notdienstes** muss sich bei seiner Anamnese mit der vorangegangenen **Notarztbehandlung** befassen und nach der Entwicklung der dort geschilderten und dokumentierten Beschwerden fragen.

2. Das Unterlassen einer ordnungsgemäßen **Anamnese** führt selbst als einfacher Befunderhebungsfehler nicht zur Umkehr der Beweislast für die haftungsbegründende Kausalität, wenn die gebotene Nachfrage keinen gravierenden und reaktionspflichtigen Befund ergeben hätte (hier im Hinblick auf den Vorderwandherzinfarkt einer Frau Mitte 30, ohne bekannte vaskuläre Erkrankungen, bei belastungsunabhängigen Beschwerden, normalem Blutdruck, unauffälliger Atmung, fehlender Atemnot, fehlender Übelkeit und keiner schweißigen Haut).

f) Beendigung der Psychotherapie vom Therapeuten per E-Mail

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

RID 19-01-204

juris
BGB § 630a

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

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

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

2. Nicht jede Verletzung der **Schweigepflicht** rechtfertigt eine Geldentschädigung.

3. Aufklärung/Einwilligung

a) Aufklärungsgespräch: Häufigkeitsangaben

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

RID 19-01-205

juris = GesR 2018, 720
BGB §§ 280 I, 611, 823

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

2. Die **Häufigkeitsangaben** zum Auftreten von **Komplikationen** in ärztlichen Aufklärungsgesprächen müssen sich nicht an den für Medikamentenbeipackzettel geltenden Häufigkeitsdefinitionen orientieren.

3. Die **Häufigkeitsangabe** „in Ausnahmefällen“ im Aufklärungsbogen stellt keine Verharmlosung dar, wenn der Sachverständige die Häufigkeit eines CRPS bei einer Arthroskopie am Knie nicht konkret bezeichnen und nur schätzen kann und dabei eine Wahrscheinlichkeit von **einem Prozent** annimmt.

b) Aufklärung über gleichwertige Behandlungsalternativen

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

RID 19-01-206

juris
BGB § 630e

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

c) Alternativen zur Entfernung einer Hautläsion

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

RID 19-01-207

juris
BGB § 630e

Leitsatz: Dass theoretisch verschiedene Alternativen zur Entfernung einer dringend krebsverdächtigen **Hautläsion** bestehen, verpflichtet den Arzt nicht zu einer **Aufklärung** hierüber, wenn nur eine dieser Alternativen dem maßgeblichen **Behandlungsstandard** entspricht.

d) Risiko einer (Brustimplantat-)Ruptur

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

RID 19-01-208

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: BGH - VI ZR 478/18 -

juris

BGB § 823

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

e) Beweislast für ordnungsgemäße Aufklärung/Schmerzensgeld

OLG Dresden, Beschluss v. 19.10.2018 - 4 U 955/18

RID 19-01-209

juris

BGB § 630a; ZPO § 286

Leitsatz: 1. Die **Beweislast**, dass ein Schaden durch eine Behandlung eingetreten ist, der keine ordnungsgemäße **Aufklärung** zugrunde liegt, obliegt dem Patient, es gilt das Beweismaß des § 286 ZPO.

2. Ein Anspruch auf **Schmerzensgeld** kann nicht darauf gestützt werden, dass infolge einer unzureichenden Aufklärung ein Eingriff ohne Einwilligung des Patienten eine Verletzung seines allgemeinen Persönlichkeitsrechts darstellt.

f) Verjährungsbeginn bei Aufklärungsrüge

OLG Frankfurt a. M., Urteil v. 21.08.2018 - 8 U 88/15

RID 19-01-210

juris

BGB § 199 I

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

4. Geltendmachung des Pflegemehraufwands durch Vater

OLG Dresden, Beschluss v. 20.11.2018 - 4 W 1020/18

RID 19-01-211

juris

SGB V §§BGB §§ 249, 630a; StrEG § 7 III

Leitsatz: 1. Dem von Eltern für ihr minderjähriges Kind abgeschlossenen **Behandlungsvertrag** ist im Wege der ergänzenden Vertragsauslegung zu entnehmen, dass die **Eltern** berechtigt sein sollen, den durch eine Fehlbehandlung vermehrten Pflege- und Unterhaltsaufwand im eigenen Namen geltend machen zu können.

2. Dieser **Pflegemehraufwand** kann allerdings nicht in Anlehnung an § 7 Abs. 3 StrEG bemessen werden; vielmehr sind nur die konkreten Kosten zu ersetzen.

5. Prozesskostenhilfe: Substantiierungsanforderungen

OLG Dresden, Beschluss v. 01.11.2018 - 4 W 868/18

RID 19-01-212

juris

BGB §§ 630a, 823; ZPO § 114

Leitsatz: 1. Auch nach den abgesenkten Maßstäben für die Substantiierungspflicht im Arzthaftungsprozess genügt es nicht lediglich vorzutragen, vorhandene Gesundheitsbeeinträchtigungen müssten auf eine Sauerstoffunterversorgung unter der Geburt zurück zu führen sein und damit dem Arzt letztlich nur den **negativen Ausgang der Behandlung vorzuwerfen**.

2. Ist in einem vorgerichtlichen Schlichtungsverfahren ein **Gutachten erstattet** worden, muss für einen Anspruch auf Prozesskostenhilfe substantiiert dargelegt werden, dass und warum die Feststellungen dieses Gutachtens unzureichend sind.

6. Sachverständige/Befangenheit: Anwesenheit einer Vertrauensperson während der Untersuchung

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

RID 19-01-213

juris
ZPO §§ 42 II, 406 I 1

Leitsatz: 1. Wünscht eine Partei die **Anwesenheit einer Vertrauensperson** (z. B. des Ehepartners) während der **Untersuchung durch den medizinischen Sachverständigen**, ist dies in der Regel menschlich verständlich und nachvollziehbar. Von einem medizinischen Sachverständigen ist zu erwarten, dass er mit solchen Wünschen und Bedürfnissen der von ihm zu untersuchenden Personen vertraut ist.

2. Will der Sachverständige die Anwesenheit einer Begleitperson bei der Untersuchung nur dann erlauben, wenn „auch auf meiner Seite eine zweite Person als Zeuge“ anwesend ist, kann sich daraus ein **Ausdruck des persönlichen Misstrauens** gegenüber der zu untersuchenden Partei ergeben. Die Partei, welche der Sachverständige untersucht, ist für den medizinischen Sachverständigen - ohne besonderen Anlass - kein „Gegner“, gegenüber dem er sich aus Gründen der „Waffengleichheit“ durch einen eigenen Zeugen schützen müsste.

7. Zurückweisung eines Antrags auf Durchführung eines selbständigen Beweisverfahrens

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

RID 19-01-214

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

Leitsatz: 1. Das **rechtliche Interesse** im Sinne des § 485 Abs. 2 ZPO an der Feststellung des Zustands einer Person oder der Ursache eines Personenschadens muss sich auf das **Rechtsverhältnis** zwischen Antragsteller und Antragsgegner beziehen.

2. Bei einer rechtsgrundlosen Zahlung auf eine abgetretene Forderung richtet sich der **Rückabwicklungsanspruch** nicht gegen den Zessionar, sondern gegen den Zedenten.

8. Zahnärztliche Behandlung: Fehlerhafte Planung einer Prothese

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

RID 19-01-215

juris
BGB §§ 249, 280, 281, 611

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

III. Arzneimittel/Medizinprodukte/Hilfsmittel/Heilmittel

1. EuGH: Off-Label-Use von Avastin

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

RID 19-01-216

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

1. Art. 3 Nr. 1 der Richtlinie 2001/83/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 6. November 2001 zur Schaffung eines Gemeinschaftskodexes für Humanarzneimittel in der durch die Richtlinie 2012/26/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 25. Oktober 2012 geänderten Fassung ist dahin auszulegen, dass **Avastin**, nachdem es gemäß den Voraussetzungen der im Ausgangsverfahren in Rede stehenden nationalen Maßnahmen **umverpackt** wurde, in den Anwendungsbereich der Richtlinie 2001/83 in der durch die Richtlinie 2012/26 geänderten Fassung fällt.

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

3. Die Art. 3, 25 und 26 der Verordnung (EG) Nr. 726/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 31. März 2004 zur Festlegung von Gemeinschaftsverfahren für die Genehmigung und Überwachung von Human- und Tierarzneimitteln und zur Errichtung einer Europäischen Arzneimittel-Agentur in der durch die Verordnung (EU) Nr. 1027/2012 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 25. Oktober 2012 geänderten Fassung sind dahin auszulegen, dass sie einer nationalen Maßnahme, wie sie sich aus Art. 1 Abs. 4a des Decreto-legge 21. ottobre 1996, n. 536, recante „Misure per il contenimento della spesa farmaceutica e la rideterminazione del tetto di spesa per l'anno 1996“, convertito dalla legge del 23 dicembre 1996, n. 648 (Gesetzesdekret Nr. 536 vom 21. Oktober 1996 über „Maßnahmen zur Kontrolle der Ausgaben für Arzneimittel und zur Neubestimmung der maximalen Höhe der Ausgaben für das Jahr 1996“, umgewandelt durch das Gesetz Nr. 648 vom 23. Dezember 1996), in der durch das Decreto-legge del 20 marzo 2014, n. 36, convertito dalla legge del 16 maggio 2014, n. 79 (Gesetzesdekret Nr. 36 vom 20. März 2014, umgewandelt durch das Gesetz Nr. 79 vom 16. Mai 2014), geänderten Fassung ergibt, der die Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) (Italienische **Arzneimittelagentur** [AIFA]) dazu **ermächtigt**, Arzneimittel wie Avastin, für deren **Off-label-Anwendung** der Servizio Sanitario Nazionale (Nationaler Gesundheitsdienst, Italien) die Kosten übernimmt, zu **überwachen** und gegebenenfalls **Maßnahmen** zum Schutz der Patientensicherheit zu ergreifen, nicht entgegenstehen.

2. Apotheken

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

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

RID 19-01-217

juris

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

Leitsatz: Applikationsarzneimittel

1. In einem **Vorabentscheidungsverfahren** gemäß Art. 267 Abs. 3 AEUV ist es Sache des vorlegenden Gerichts, den Sachverhalt festzustellen und dem Gerichtshof der Europäischen Union zur rechtlichen Beurteilung zu unterbreiten. Handelt es sich bei dem Ausgangsverfahren um einen Zivilprozess, trifft das vorlegende Gericht seine Feststellungen nach den Regeln der Zivilprozessordnung auf der Grundlage des Sachvortrags der Parteien.

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

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

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

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

OLG Düsseldorf, Urt. v. 08.06.2017 - 20 U 38/16 - RID 18-03-294 wies auf Berufung der Bekl. die Klage ab, der *BGH* die Revision zurück.

b) Keine Arzneimittelabgabe aufgrund ausländischer Rezepte

AG Köln, Urteil v. 25.06.2018 - 581 Ds 160/18

RID 19-01-218

juris
AMG §§ 48, 96 I Nr. 13

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

c) Rückerstattung der Umsatzsteuer (Zytostatika-Versorgung)

aa) Leistungsbestimmungsrecht: Bruttoentgeltvereinbarung

LG Mönchengladbach, Urteil v. 07.05.2018 - 1 O 215/17

RID 19-01-219

juris
BGB §§ 651, 812 I 1, 818 III; VVG §§ 86 I, 194 II

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

bb) Bruttopreisabrede: Versicherte ohne Gedanken bzgl. der Umsatzsteuerpflicht

LG Münster, Urteil v. 02.05.2018 - 12 O 449/17

RID 19-01-220

juris
BGB § 812 I 1; VVG §§ 86 I, 194 II

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

cc) Fehlende Darlegung einer Nettopreisabrede

AG Mönchengladbach-Rheydt, Urteil v. 07.12.2017 - 10 C 294/17

RID 19-01-221

juris
BGB § 812 I 1; VVG §§ 86, 194 II

Mit dem für eine Leistung vereinbarten Preis ist grundsätzlich auch die von dem Gläubiger abzuführende **Umsatzsteuer** erfasst. Sie ist unselbstständiger **Teil des zu zahlenden Entgelts** (s. BGHZ 58, 291; 60, 199; 103, 294; 115, 47). Dies gilt selbst bei Angeboten vorsteuerabzugsberechtigter Unternehmer (vgl. u.a. BGH NJW 2001, 2464). Etwas anderes gilt nur dann, wenn die Parteien ausdrücklich einen Nettopreis vereinbart haben, wofür auch ein Handelsbrauch oder eine Verkehrssitte maßgeblich sein kann (vgl. BGH NJW 2001, 2464). Letzteres ist vorliegend nicht dargelegt worden.

dd) Kein Erstattungsanspruch bei bestandskräftiger Festsetzung der Umsatzsteuer

AG Minden, Urteil v. 02.03.2018 - 28 C 389/16

RID 19-01-222

juris
BGB § 812; UStG §§ 4 Nr. 14b, 14 IV Nr. 8

Ein Erstattungsanspruch nach § 37 II AO scheidet aufgrund der **Bestandskraft** des Bescheides über die Festsetzung der Umsatzsteuer aus.

3. Rechtskraft einer Untersagungsverfügung des Bundeskartellamts: Verkürzter Versorgungsweg

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

RID 19-01-223

juris

SGB V § 128 V; GWB § 33 III

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

4. Erforderlichkeit einer Genehmigung als Fertigarzneimittel: Cannabis Extrakt

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

RID 19-01-224

juris

AMG § 4; SGB V § 31 VI

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

5. Arzneimittelhaftung: Lungenembolie nach Anwendung des Arzneimittels Yasminelle

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

RID 19-01-225

juris

AMG § 84

Leitsatz: Die Kausalitätsvermutung nach § 84 Abs. 2 AMG ist ausgeschlossen, wenn es eine konkret mögliche **alternative Schadensursache** gibt, die für sich allein oder im Zusammenwirken mit anderen, dem in Anspruch genommenen pharmazeutischen Unternehmer ebenfalls nicht zuzurechnenden Ursachen, den Schaden herbeigeführt haben kann.

Eine **Abwägung der Wahrscheinlichkeiten**, mit denen entweder das Arzneimittel oder ein anderer Umstand die Rechtsgutverletzung verursacht hat, findet im Rahmen des § 84 Abs. 2 AMG nicht statt.

6. Vergaberecht

a) Belieferung von Radiologen mit Kontrastmitteln im Rahmen des Sprechstundenbedarfs

OLG Düsseldorf, Beschluss v. 16.05.2018 - Verg 24/17

RID 19-01-226

juris
GWB § 97

Der von den Ag. in preislicher Hinsicht als Ausschlusskriterium festgelegte **Mindesterstattungssatz** von 15 % auf den günstigsten Preis der zum Stichtag 01.01.2017 in der Lauer Taxe gemeldeten Vergleichsprodukte ist vergaberechtlich nicht zu beanstanden.

b) Versorgung mit CPAP-Geräten (Atemmasken)

OLG Düsseldorf, Beschluss v. 11.07.2018 - Verg 19/18

RID 19-01-227

juris
SGB V § 127; VgV § 60

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

Wirtschaftsprüfertestate können im Vergabenaachprüfungsverfahren geeignet sein, den Nachweis der Auskömmlichkeit eines Angebots zu führen und ein Missverhältnis zwischen Preis und Leistung auszuschließen (OLG Düsseldorf, Beschl. v. 17.02.2016 - VII-Verg 28/15 - juris Rn. 20).

7. Wettbewerbsrecht/Heilmittelwerberecht

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

OLG Hamburg, Urteil v. 25.10.2018 - 3 U 66/17

RID 19-01-228

juris
UWG § 8; EUV 2016/679 Art. 24

Die **Datenschutzrichtlinie** enthält **kein abschließendes Sanktionssystem**, das einer zivilrechtlich begründeten Verfolgung von Verletzungen der Datenschutzvorschriften durch Mitbewerber nach § 8 I u. III Nr. 1 UWG entgegenstehe. Trotz der mit der Richtlinie beabsichtigten Vollharmonisierung ist mit der Richtlinie kein abschließendes Rechtsbehelfssystem festgelegt worden. Die Verordnung sieht nur einen Mindeststandard an Sanktionen vor.

Bei § 28 Abs. 7 BDSG a.F. handelt es sich nicht um **marktverhaltensregelnde Normen** i.S. des § 3a UWG, weshalb die Verwendung der Bestellbögen nicht wettbewerbswidrig ist und der Kl. als Mitbewerberin der geltend gemachte Unterlassungsanspruch nicht zusteht.

b) Klagebefugnis eines Verbandes/Spitzenstellungswerbung

LG Nürnberg-Fürth, Urteil v. 22.05.2018 - 3 HK O 2081/18

RID 19-01-229

juris = WRP 2018, 1139
UWG §§ 3a, 8 III Nr. 2; HeilMVerbG § 3

Leitsatz (WRP): 1. Für die **Klagebefugnis eines Verbandes**, der einen Hersteller von pflanzlichen Arzneimitteln verklagt, reicht die Mitgliedschaft von Unternehmen aus, die Produkte verwandter Art vertreiben. Auch Apothekeninhaber gelten in diesem Fall als auf dem relevanten Markt tätige Mitbewerber.

2. Eine **Vertragsstrafe** von 5.100,00 Euro ist angesichts eines Millionenumsatzes mit dem von der Werbung betroffenen Medikament nicht geeignet, die Wiederholungsgefahr auszuräumen.
3. Die für ein Arzneimittel verwendete **Werbeaussage** „Die Formel lautet: höchste Drogenqualität (= beste Ausgangsstoffe) + höchste Extraktqualität (= bestes Herstellungsverfahren) = bestes Produkt: S.® extract!“ stellt mangels Nachweis eine unwahre und irreführende **Spitzenstellungswerbung** dar.

IV. Privatbehandlung/Private Krankenversicherung/Beihilfe

1. Privatbehandlung

a) Vertragsverhältnisse bei Laborüberweisung

OLG Dresden, Beschluss v. 18.10.2018 - 4 U 780/18

RID 19-01-230

juris
SGB V § 630a

Leitsatz: 1. Durch die Entnahme und Untersuchung von Körpermaterial kommt auch dann ein **Vertrag** zwischen dem **Laborarzt** und dem **Patienten** zustande, wenn sein Tätigwerden auf einer Überweisung des Patienten durch den Hausarzt beruht.

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

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

AG Charlottenburg, Urteil v. 06.11.2018 - 208 C 43/18

RID 19-01-231

juris
BGB §§ 306 S. 1, 307, 630a

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

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

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

AG Düsseldorf, Urteil v. 31.10.2016 - 33 C 316/15

RID 19-01-232

juris
BGB § 611 I

Eine **Gebührenvereinbarung**, nach dem der Zahnarzt die Versorgung des Zahnes 26 durch eine Vollkrone erbringen soll und für diese zahnärztliche Behandlung einen **Steigerungssatz von 5,9** zu einem Betrag von 556,37 € verlangen kann, begegnet keinen Bedenken.

2. Private Krankenversicherung

a) Bundesgerichtshof (BGH)

aa) Kosten für Wartung eines Hilfsmittels (computergesteuertes Kniegelenk)

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

RID 19-01-233

juris
MB/KK 2009 § 1

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

bb) Begrenzung der Entgelthöhe für mit einem Plankrankenhaus verbundene Privatklinik

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

RID 19-01-234

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

Parallelverfahren zu BGH, Beschl. v. 30.08.2018 - III ZR 42/18 - RID 18-04-181.

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

§ 17 I 5 KHG ist weder formell noch materiell verfassungswidrig (Senatsurteil aaO. Rn. 17-59).

Es besteht keine Notwendigkeit, § 17 I 5 KHG unter Berücksichtigung der Entstehungsgeschichte sowie des Sinns und Zwecks teleologisch bzw. verfassungskonform dahingehend **auszulegen**, dass von dem Anwendungsbereich nur die von dem Träger eines vorbestehenden Plankrankenhauses „ausgegründete“ oder erstmalig gegründete Privatklinik erfasst wird. Die mit der angeordneten Preisobergrenze verfolgten Ziele des Gesetzgebers gelten sowohl für den Fall der Ausgründung einer Privatklinik als auch für den Fall der Ausgründung eines Plankrankenhauses am Standort einer bereits bestehenden Privatklinik. In beiden Fallkonstellationen besteht in gleicher Weise die Möglichkeit der „Verlagerung“ von Privatpatienten in die mit dem Plankrankenhaus verbundene private Einrichtung mit der Folge, für weitgehend identische Krankenhausleistungen deutlich höhere Entgelte verlangen zu können (Senatsurteil aaO. Rn. 43-47).

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

b) Präimplantationsdiagnostik keine Heilbehandlung

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

RID 19-01-235

juris
VVG § 192; ESchG

Leitsatz: Private Krankenversicherung: Zur Frage der Erstattung von Kosten für eine **Präimplantationsdiagnostik** (PID) bei Vorliegen einer **schweren Erbkrankheit**.

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

c) Kinderwunschbehandlung: Leistungszusage/Alter zu Beginn der Behandlung

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

RID 19-01-236

juris
VVG §§ 1, 192 I; BGB § 242

Leitsatz: 1. Auf das Fehlen einer nach den Tarifbestimmungen des Krankenversicherers erforderliche schriftliche **Leistungszusage** vor Beginn der **Kinderwunschbehandlung** kann sich der **Versicherer** nach Treu und Glauben nicht berufen, wenn er den Versicherungsnehmer durch teilweise

unzutreffende Darstellung der individuellen Voraussetzungen für eine Kostenerstattung und nicht berechnete Forderungen nach Vorlage weiterer Laborergebnisse von weiteren Bemühungen um Erlangung der Leistungszusage in treuwidriger Weise abgehalten hat.

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

d) Katarakt-Operation

aa) Einsatz des Femtosekundenlasers

AG Köln, Urteil v. 14.11.2018 - 118 C 526/17

RID 19-01-237

juris
GOÄ § 5

Der Einsatz des **Femtosekundenlasers** ist der klassischen Katarakt-Operation in vielen Punkten überlegen, da mit ihm eine Lösung bzw. Reduktion intra- und postoperativer Komplikationen sowie relevanter medizinischer Probleme angestrebt wird.

Bei dem Einsatz des Femtosekundenlasers handelt es sich um eine der von **Ziff. 5855 GOÄ** erfassten ärztlichen Leistung vergleichbaren Leistung.

bb) Abrechnung des Einsatzes des Femtosekundenlasers

LG Wuppertal, Urteil v. 30.08.2018 - 4 O 4/17

RID 19-01-238

juris
AVB §§ 1 II, 4 I

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

cc) Honorar für Einsatz des Femtosekundenlasers

AG München, Urteil v. 12.12.2018 - 262 C 18626/17

RID 19-01-239

juris
GOÄ § 6 II

Leitsatz: 1. Der Einsatz eines **Femtosekundenlasers** im Rahmen einer **Katarakt-Operation** stellt eine unselbständige Leistung dar.

2. Diese ist dennoch neben der durch Ziffer 1375 GOÄ abgegoltenen Zielleistung **analog Ziffer 5585 GOÄ** zu honorieren, weil durch § 6 Abs. 2 GOÄ nur solche unselbständigen Leistungen von der Analogie ausgenommen werden sollten, die bei der Änderung der GOÄ im Jahr 1996 bekannt waren.

3. Ziffer 5585 kann ohne nähere Begründung als technische Leistung lediglich mit maximal dem **1,8-fachen Satz** berechnet werden.

4. Da durch die gemäß Ziffer 1375 geregelte Zielleistung auch perioperative Maßnahmen mit honoriert werden, die beim Einsatz eines Femtosekundenlasers entfallen, sind die diesen entsprechenden GOÄ-Werte in **Abzug** zu bringen.

e) Kündigung nach Vortäuschung von Krankheit oder Unfallfolgen

KG Berlin, Beschluss v. 05.12.2017 - 6 U 101/17

RID 19-01-240

juris
VVG §§ 193 III 1, 206 I 1; BGB § 314

Leitsatz: Nach der Rechtsprechung des BGH (Urteil vom 7. Dezember 2011, IV ZR 50/11, VersR 2012, 219 f.) ist die Vorschrift des § 206 Abs. 1 Satz 1 VVG, wonach jede **Kündigung** einer Krankheitskostenversicherung, mit der die Versicherungspflicht nach § 193 Abs. 3 Satz 1 VVG erfüllt wird, durch den VR ausgeschlossen ist, teleologisch dahin zu reduzieren, dass sie ausnahmslos eine

außerordentliche Kündigung wegen Prämienverzugs verbietet, während eine Kündigung wegen **sonstiger schwerer Vertragsverletzungen** unter den Voraussetzungen des § 314 BGB möglich ist, wobei an eine solche außerordentliche Kündigung hohe Anforderungen zu stellen sind.

Solche besonders schwerwiegenden Umstände des Einzelfalls liegen vor, wenn der Versicherungsnehmer zum Nachteil des Versicherers durch **Vortäuschung von Krankheit oder Unfallfolgen** bewusst vollkommen überflüssige Behandlungsschritte auslöst, um die ihm von dem Versicherer überwiesenen **Rechnungsbeträge für sich zu verbrauchen**, statt sie an die jeweiligen Leistungserbringer weiterzuleiten.

f) Zahnärztliche Behandlung: Honorarvereinbarung während einer laufenden Behandlung

AG Düsseldorf, Urteil v. 19.05.2018 - 33 C 10350/13

RID 19-01-241

juris

GOZ § 2; VVG § 192 II; BGB § 138

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

3. Beihilfe

a) Kataraktoperation mit Femtosekundenlaser

VG Münster, Urteil v. 11.06.2018 - 5 K 5126/16

RID 19-01-242

juris

BhV NRW § 3 I Nr. 1

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

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

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

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

b) Aufwendungen für Pauschale nach Transplantationsgesetz

VG Kassel, Urteil v. 12.09.2018 - 1 K 541/18.KS

RID 19-01-243

juris

BhV Hessen §§ 6, 15; TPG § 11

Leitsatz: Die Aufwendungen für die **Pauschale** nach dem **Transplantationsgesetz**, die die Deutsche Stiftung Organtransplantation in Rechnung stellt, sind mit dem stationären Bemessungssatz abzurechnen.

c) Aufwendungen für Leistungen in Privatklinik: Gutachter aus Universitätsklinik

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

RID 19-01-244

juris
BhV NRW § 6 VII

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

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

d) Zahnärztliche Behandlung

aa) Entfernung von Weisheitszähnen: Analgosedierung

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

RID 19-01-245

juris
GOZ § 5 II

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

bb) Schwellenwertüberschreitung: Überdurchschnittlicher Schwierigkeitsgrad und Zeitaufwand

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

RID 19-01-246

juris
GOZ §§ 5 II, 10 III 2; BBhV § 6

Ein Zahnarzt beruft sich mit „**überdurchschnittlichem Schwierigkeitsgrad und Zeitaufwand**“ auf **Bemessungskriterien** des § 5 II 1 GOZ. Die Begründung ist patientenbezogen. Die dargelegten Besonderheiten ergeben sich in Abweichung der Mehrzahl der Behandlungsfälle aus den besonderen Umständen im Mundraum der Patientin.

Ein Zahnarzt kann die Schwellenwertüberschreitung **nachbegründen**.

V. Verschiedenes

1. BVerfG: Gerichtliche Kontrolle an Grenzen des wissenschaftlichen Erkenntnisstandes

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

RID 19-01-247

juris
GG Art. 19 IV 1; BNatSchG § 44

Leitsatz: 1. Stößt die **gerichtliche Kontrolle** nach weitestmöglicher Aufklärung an die **Grenze des Erkenntnisstandes naturschutzfachlicher Wissenschaft und Praxis**, zwingt Art. 19 Abs. 4 Satz 1 GG das Gericht nicht zu weiteren Ermittlungen, sondern erlaubt ihm, seiner Entscheidung insoweit die **plausible Einschätzung der Behörde** zu der fachlichen Frage zugrunde zu legen. Die Einschränkung der Kontrolle folgt hier nicht aus einer der Verwaltung eingeräumten Einschätzungsprärogative und bedarf nicht eigens gesetzlicher Ermächtigung.

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

2. Bundesgerichtshof (BGH)

a) Unterbringungssache: Voraussetzung der Zulässigkeit einer ärztlichen Zwangsmaßnahme

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

RID 19-01-248

juris

BGB § 1906a I 1 Nr. 4

Leitsatz: Eine **Zwangsmaßnahme** ist nur dann gemäß § 1906a Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 BGB zulässig, wenn zuvor ernsthaft, mit dem nötigen Zeitaufwand und ohne Ausübung unzulässigen Drucks versucht worden ist, den Betreuten von der Notwendigkeit der ärztlichen Maßnahme zu überzeugen. Das Vorliegen dieser Voraussetzung hat das Gericht in jedem Einzelfall festzustellen und in seiner Entscheidung in nachprüfbarer Weise darzulegen (im Anschluss an Senatsbeschluss vom 13. September 2017, XII ZB 185/17, FamRZ 2017, 2056).

b) Konkretisierung einer Patientenverfügung

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

RID 19-01-249

juris

BGB §§ 1901a, 1904

Leitsatz: 1. Die erforderliche **Konkretisierung einer Patientenverfügung** kann sich im Einzelfall bei einer weniger detaillierten **Benennung bestimmter ärztlicher Maßnahmen** durch die Bezugnahme auf ausreichend spezifizierte Krankheiten oder Behandlungssituationen ergeben. Ob in solchen Fällen eine hinreichend konkrete Patientenverfügung vorliegt, ist dann durch **Auslegung** der in der Verfügung enthaltenen Erklärungen zu ermitteln (im Anschluss an Senatsbeschluss vom 8. Februar 2017, XII ZB 604/15, BGHZ 214, 62 = FamRZ 2017, 748).

2. **Urkunden über formbedürftige Willenserklärungen** sind nach allgemeinen Grundsätzen **auszulegen**. Außerhalb der Urkunde liegende Umstände dürfen dabei aber nur berücksichtigt werden, wenn der einschlägige rechtsgeschäftliche Wille des Erklärenden in der formgerechten Urkunde einen wenn auch nur unvollkommenen oder andeutungsweisen Ausdruck gefunden hat.

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

3. Krankenhäuser

a) Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung

OVG Sachsen-Anhalt, Beschluss v. 03.12.2018 - 1 L 10/17

RID 19-01-250

juris

KHEntgG §§ 8, 11, 14

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

b) Kostentragung des Patienten nach Zwangseinweisung

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

RID 19-01-251

juris

PsychKG NRW §§ 34, 35

Ein **Patient**, der vom durch seinen Bruder verständigten Rettungsdienst in die Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des kl. Universitätsklinikums eingeliefert wurde und der bei Einlieferung weder zu Ort, Zeit noch Situation orientiert ist und aus medizinischen Gründen in

stationärer Behandlung wegen Alkoholdemenz, DD Korsakow Syndrom, Alkoholabhängigkeitssyndrom und Polyneuropathie verbleibt, nachdem das Amtsgericht die **Unterbringung angeordnet** hat, hat für die Kosten aufzukommen.

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

AG Bad Segeberg, Beschluss v. 22.10.2018 - 3 XIV 7811 L

RID 19-01-252

juris
GG Art. 2 II

Leitsatz: Während einer **Fixierungsmaßnahme** im Rahmen einer öffentlich-rechtlichen Unterbringung muss die **Eins-zu-Eins-Betreuung** durch therapeutisches oder pflegerisches Personal in der Weise sein, dass eine Eins-zu-Eins-Betreuung ein ständiger und unmittelbarer Sichtkontakt zwischen dem Personal der Klinik und dem Fixierten sichergestellt sein muss und dass das Personal für den Fixierten stets erreichbar sein muss.

5. Anerkennung als Contergangeschädigte/Versorgungsansprüche

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

VG Köln, Urteil v. 23.10.2018 - 7 K 5722/15

RID 19-01-253

juris
ContStifG §§ 12 I, 13 II 1

Ein **Entschädigungsanspruch** soll jedoch nur dann bestehen, wenn die Einwirkung von Thalidomid während der embryonalen Entwicklung mit einer **gewissen Wahrscheinlichkeit** für die Fehlbildungen **ursächlich** war. Bloße Behauptungen oder Vermutungen reichen hierfür nicht aus.

Eine **Geburt in Spanien im Jahr 1973** begründet erhebliche Zweifel an der Behauptung, dass die Mutter während der Schwangerschaft das Medikament „Contergan forte“ der Fa. Grünenthal eingenommen hat. Zum Zeitpunkt der für eine Thalidomideinwirkung empfindliche Phase der Frühschwangerschaft (34. bis 50. Schwangerschaftstag) war das in Deutschland vertriebene Arzneimittel „Contergan forte“ bereits seit 10 Jahren nicht mehr im Handel.

b) Leistungsausschluss bei Versäumung der Antragsfrist

OVG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 02.10.2018 - 16 A 1099/13

RID 19-01-254

juris
ContStifG § 12

Leitsatz: 1. Der Ausschluss von Leistungen nach dem Conterganstiftungsgesetz für Zeiten vor dem 1. Juli 2009 wegen der **Versäumung** der bis dahin geltenden **Antragsfrist** ist verfassungsgemäß.

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

6. Impfschadensrecht

a) Anforderungen an Nachweis des Primärschadens

LSG Bayern, Urteil v. 11.07.2018 - L 20 VJ 7/15

RID 19-01-255

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
IfSG §§ 60, 61

Leitsatz: 1. Die **Primärschädigung**, d.h. die Impfkomplication, muss neben der Impfung und dem Impfschaden, d.h. der dauerhaften gesundheitlichen Schädigung, im **Vollbeweis**, d.h. mit an Sicherheit

grenzender Wahrscheinlichkeit, nachgewiesen sein. Eine irgendwie geartete Beweiserleichterung gibt es nicht.

2. Ein Rückgriff auf das Institut der **Wahlfeststellung** scheitert, wenn nicht beide in Betracht kommenden Tatbestandsvarianten zur Bejahung der Frage, ob ein Primärschaden vorliegt, führen.

b) Nachweis des Primärschadens im Vollbeweis erforderlich

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

RID 19-01-256

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

IfSG §§ 60, 61

Leitsatz: 1. Die gesundheitliche Schädigung als **Primärschädigung**, d.h. die **Impfkomplikation**, muss neben der Impfung und dem Impfschaden, d.h. der dauerhaften gesundheitlichen Schädigung, im **Vollbeweis**, d.h. mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit, nachgewiesen sein.

2. Eine **Beiladung** der Bundesrepublik Deutschland gemäß § 75 Abs. 1 Satz 2 SGG setzt einen Antrag der Bundesrepublik Deutschland selbst voraus, der Antrag eines Beteiligten reicht dafür nicht.

Anhang I: BSG - Anhängige Revisionen Vertragsarztrecht
Anhang I: BSG - Anhängige Revisionen Vertragsarztrecht

Stand: 17.02.2019. Die Angaben „Aktenzeichen“, „Termin“ und „Rechtsfrage“ sowie über die Vorinstanz (Gericht und Aktenzeichen) beruhen auf der Veröffentlichung des BSG (Anhängige Rechtsfragen des 6. Senats – <http://www.bundessozialgericht.de>).

Sachgebiet	Aktenzeichen:	Rechtsfrage	Vorinstanz	RID
Honorarverteilung				
Anerkennung eines MVZ als Aufbaupraxis	B 6 KA 23/16 R Termin: 24.01.2018	Kommt es für die Annahme einer Aufbaupraxis auf den Zulassungszeitpunkt eines MVZ oder auch bzw ausschließlich auf den Zulassungszeitpunkt des in das MVZ eintretenden Arztes an? Liegt eine Aufbaupraxis bei unterdurchschnittlichen Fallzahlen aber überdurchschnittlichem Honorar vor?	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 16.12.2015 - L 12 KA 121/14 -	16-03-4 NZB
Kooperationszuschlag (HVV KV Brandenburg I u. II/10)	B 6 KA 17/17 R Termin: 16.05.2018	Schließt die Anwendung einer "Jungarztregelung" die Gewährung eines Kooperationszuschlags aus?	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 18.03.2016 - L 24 KA 22/15 -	16-03-10 NZB
Erhöhung des Regelleistungsvolumens für fachgleiche BAG (IV/09 u. I/10)	B 6 KA 15/17 R Termin: 16.05.2018	Ist bei der Berechnung des Zuschlags von 10% (hier für die Quartale IV/2009 und I/2010) zum Regelleistungsvolumen (RLV) für fachgleiche Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) auch ein BAG-Mitglied zu berücksichtigen, das in dem für die Berechnung des RLV maßgebenden Vorjahresquartal noch als Einzelarzt tätig war?	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urt. v. 13.04.2016 - L 3 KA 51/13 -	16-03-5 NZB
Reduzierung des Versorgungsauftrags: Halbierung der RLV-relevanten Fallzahlen	B 6 KA 28/17 R Termin: 24.10.2018	Ist das bereits auf der Grundlage weit unterdurchschnittlicher Fallzahlen ermittelte Regelleistungsvolumen eines Vertragsarztes zu halbieren, wenn er seinen Versorgungsauftrag wegen des geringen Umfangs seiner vertragsärztlichen Tätigkeit auf die Hälfte beschränkt?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 26.10.2016 - L 5 KA 4823/15 -	17-02-1 NZB
Richtigstellung eines RLV nach Reduzierung des Versorgungsauftrags	B 6 KA 65/17 R	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	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
Rückwirkende Änderungen des HVM	B 6 KA 1/18 R	Ist eine Kassenärztliche Vereinigung befugt, rückwirkende Änderungen des Honorarverteilungsmaßstabs (hier: Regelungen zur Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten) für Sachverhalte vor dem 1.1.2012 (hier: im Quartal I/2009) ohne eine Vereinbarung einseitig nur im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen vorzunehmen?	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 18.10.2017 - L 7 KA 18/14 -	18-01-3
Quotierung von Laboratoriumsuntersuchungen (Quartale I u. II/13)	B 6 KA 26/17 R Termin: 08.08.2018	Ist die Quotierung der Vergütung laboratoriumsmedizinischer Leistungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM-Ä in den Quartalen I und II/2013 rechtmäßig?	<i>SG Mainz</i> , Urt. v. 01.02.2017 - S 8 KA 174/16 -	17-02-2
Konvergenzregelung (KV Schleswig-Holstein)	B 6 KA 21/18 R	Ist die Bestimmung in einer Honorarverteilungsvereinbarung, nach der einem in Einzelpraxis niedergelassenen Vertragsarzt in der Aufbauphase kein festes 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 -	NZB
Strukturzuschlag auch für psychotherapeutische Ausbildungsambulanz	B 6 KA 41/17 R Termin: 12.12.2018	Hat eine Ausbildungsstätte für Psychotherapie nach § 6 PsychThG, die eine Ausbildungsambulanz betreibt, einen Anspruch auf Zahlung des sogenannten Strukturzuschlages nach der Nr 35251 des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für	<i>SG Berlin</i> , Urt. v. 24.05.2017 - S 83 KA 934/16 -	17-03-4

		ärztliche Leistungen (juris: EBM-Ä 2008)?		
Vergütung ambulanter Notfallbehandlungen im Krankenhaus (2008)	B 6 KA 67/17 R Termin: 03.04.2019	Verstoßen die vom Bewertungsausschuss erlassenen Neuregelungen für die Vergütung von Leistungen im Notfalldienst im Jahr 2008 gegen höherrangiges Recht?	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 08.02.2017 - L 12 KA 85/15 -	17-02-25 NZB
Beschränkung der Abtretung von Honoraransprüchen an Dritte	B 6 KA 38/17 R Termin: 27.06.2018	Darf eine Kassen(zahn)ärztliche Vereinigung in ihrer Abrechnungsordnung die Abtretung von Forderungen der Vertrags(zahn)ärzte gegen sie auf Kreditinstitute beschränken und im Übrigen ausschließen?	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , Urt. v. 16.06.2016 - L 5 KA 8/15 -	17-03-16 NZB
Hinterlegung von Honorarzahlungen	B 6 KA 11/18 R	Hat die Kassenzahnärztliche Vereinigung einen ausreichenden Grund für eine Hinterlegung vertragszahnärztlichen Honorars, wenn sie Zweifel an der Wirksamkeit einer Abtretung des Honoraranspruchs durch den Vertragszahnarzt hat?	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , Urt. v. 24.05.2018 - L 5 KA 15/16 -	18-03-8
Unzulässigkeit einer Globalzession/Vollstreckungsschutz	B 6 KA 10/18 R	Steht die Mitteilung des Finanzamts als Pfändungsgläubiger, zugunsten des Schuldners einen bestimmten Betrag der Einkünfte aus vertragszahnärztlicher Tätigkeit pfandfrei zu belassen, einem Beschluss des Vollstreckungsgerichts nach § 850i ZPO gleich, sodass der von der Kassenzahnärztlichen Vereinigung erklärten Aufrechnung mit Gegenforderungen ein Aufrechnungsverbot entgegensteht?	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , Urt. v. 24.05.2018 - L 5 KA 38/17 -	18-03-9
Abschlagszahlungen	B 6 KA 13/18 R	Sind die Regelungen zu Vorschüssen in § 42 SGB I auf Abschlagszahlungen von vertragsärztlichem Honorar entsprechend anwendbar?	<i>LSG Schleswig-Holstein</i> , Urt. v. 24.04.2018 - L 4 KA 3/16 -	18-04-9

Arzt-/Psychotherapeutenregister

Zweigpraxis/Genehmigung der KV/Fachkunde/Notdienst/Disziplinarrecht

Keine ausgelagerten Praxisräume bei Nutzung durch verschiedene Ärzte	B 6 KA 24/17 R Termin: 08.08.2018	Wird ein Vertragsarzt in ausgelagerten Praxisräumen iS des § 24 Abs 5 Ärzte-ZV tätig, wenn er gegen Entgelt Räume und Laboreinrichtungen einer Betreibergesellschaft nutzt, die diese Räume und Einrichtungen auch anderen Nutzern zur Verfügung stellt?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 28.09.2016 - L 11 KA 35/15 -	17-02-44
Anfechtungsberechtigung: Ausscheiden aus einer überörtlichen BAG	B 6 KA 64/17 R Termin: 03.04.2019	Zur Anfechtungsberechtigung in Bezug auf eine Genehmigung zur Übernahme eines Versorgungsauftrags zur Versorgung chronisch niereninsuffizienter Patienten, wenn nach Auflösung einer auf dem Gebiet der Dialyse tätigen überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) die bisherigen Mitglieder ihre Tätigkeiten getrennt, aber im Übrigen unverändert an ihren jeweils beibehaltenen Vertragsarztsitzen fortsetzen.	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urt. v. 09.08.2017 - L 3 KA 128/15 -	18-01-24
Antragserfordernis für Genehmigung labormedizinischer Leistungen auch für Laborarzt	B 6 KA 45/17 R Termin: 24.10.2018	Ist in einer Genehmigung zur Anstellung eines Arztes für Labormedizin durch ein Labor-MVZ auch eine Abrechnungsgenehmigung für Laborleistungen zu sehen oder kann - falls dies nicht der Fall ist - eine Abrechnungsgenehmigung auch noch rückwirkend erteilt werden?	<i>SG Mainz</i> , Urt. v. 28.06.2017 - S 2 KA 66/14 -	17-04-24
Notdienst: Teilnahmepflicht eines ermächtigten Krankenhausarztes	B 6 KA 50/17 R Termin: 12.12.2018	Ist die Regelung einer Bereitschaftsdienstordnung, wonach ermächtigte Krankenhausärzte im Umfang von 0,25 eines Versorgungsauftrags am Bereitschaftsdienst teilnehmen, rechtmäßig?	<i>LSG Hessen</i> , Urt. v. 14.12.2016 - L 4 KA 18/15 -	17-01-33 NZB
Notdienst: Zusätzlicher Bereitschaftsdienst am Sitz der Zweigpraxis	B 6 KA 51/17 R Termin: 13.02.2019	Verstoßen Regelungen in einer Bereitschaftsdienstordnung einer Kassenzahnärztlichen Vereinigung, wonach Betreiber einer Filialpraxis, die in einem anderen Bereitschaftsdienstbereich als dem Vertragsarztsitz betrieben wird, verpflichtet sind, zusätzlich auch im Bereitschaftsdienstbereich der Filiale am Bereitschaftsdienst teilzunehmen, gegen höherrangiges Recht?	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 05.04.2017 - L 12 KA 125/16 -	17-04-27
Vorbereitungsassistenten in MVZ	B 6 KA 1/19 R	Dürfen in einem MVZ, in dem nur ein Vertragsarzt (als zahnärztlicher Leiter) und im Übrigen nur angestellte Zahnärzte tätig sind, mehr als ein Vorbereitungsassistent beschäftigt werden?	<i>SG Düsseldorf</i> , Urt. v. 05.12.2018 - S 2 KA 77/17 -	19-01-

Sachlich-rechnerische Berichtigung

Übertragung der Prüfung auf Folgequartale/Bronchoskopie nach Nr. 09315 EBM	B 6 KA 63/17 R	Darf die Kassenärztliche Vereinigung im Rahmen einer sachlich-rechnerischen Berichtigung aus der Unrichtigkeit der Abrechnung von Leistungen in einem Quartal auf die Unrichtigkeit der Abrechnung dieser Leistungen auch in den Folgequartalen schließen? (Falls ja: unter welchen Voraussetzungen?)	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Beschl. v. 31.03.2017 - L 5 KA 3288/16 -	18-01-13 NZB
Zeitbezogene Plausibilitätsprüfung: Nebeneinanderabrechnung Ordinationskomplex/Gesprächsleistung	B 6 KA 44/17 R Termin: 24.10.2018	Darf die als Abrechnungsvoraussetzung normierte Mindestzeit für den Arzt-Patienten-Kontakt von 20 Minuten für die Nebeneinanderabrechnung des Ordinationskomplexes und der Gesprächsleistung zu Lasten des Vertragsarztes in die Prüfung nach Tageszeitprofilen eingestellt werden?	<i>LSG Schleswig-Holstein</i> , Urt. v. 13.06.2017 - L 4 KA 16/14 -	17-04-13
Zeitbezogene Plausibilitätsprüfung eines Psychotherapeuten	B 6 KA 43/17 R B 6 KA 42/17 R Termin: 24.10.2018	Ist die Zeitvorgabe von 70 Minuten für eine antragspflichtige Leistung nach der Psychotherapie-Richtlinie - PT-RL (juris: PsychThRL) in Anhang 3 des EBM-Ä (juris: EBM-Ä 2005) im Rahmen der Plausibilitätsprüfung verbindlich, obwohl die Mindestzeit nach der Leistungslegende selbst nur 50 Minuten beträgt?	<i>LSG Thüringen</i> , Urt. v. 25.08.2016 - L 11 KA 1372/14 - - L 11 KA 690/14 -	17-03-20 17-03-21 NZB
Zeitbezogene Plausibilitätsprüfung: Quartalsarbeitszeitprofil bei Teilzeitanstellung	B 6 KA 9/18 R	Ist bei einem in Vollzeit angestellten Arzt in einem Medizinischen Versorgungszentrum bei einem Quartalsarbeitszeitprofil von über 780 Stunden (390 Stunden bei 0,5 angestelltem Arzt) eine ordnungsgemäße Leistungserbringung nicht mehr gewährleistet? Gilt die Regelung des § 32 Ärzte-ZV auch bei einer Vertretung innerhalb eines Medizinischen Versorgungszentrums?	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 17.01.2018 - L 12 KA 123/16 -	18-03-11
Untersuchung eines Materials durch Pathologen	B 6 KA 47/16 R Termin: 21.03.2018	Ist für die persönliche Leistungserbringung ausreichend, dass ein Pathologe vorbereitete Befunde überprüft?	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , Urt. v. 03.03.2016 - L 5 KA 23/15 -	17-01-18 NZB
Akupunktur	B 6 KA 56/17 R Termin: 13.02.2019	Muss das "ärztlich dokumentierte Schmerzintervall" im Sinne des § 5 Abs 1 Nr 2 der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Akupunktur unmittelbar dem Beginn der Akupunkturbehandlung vorausgehen?	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 14.09.2016 - L 12 KA 221/14 -	juris NZB
Vertrauensschutz durch Genehmigung für fachfremde Leistung (Akupunktur)	B 6 KA 47/17 R B 6 KA 48/17 R B 6 KA 49/17 R Termin: 08.08.2018	Dürfen vertragsärztliche Leistungen sachlich-rechnerisch richtig gestellt werden, wenn eine bestandskräftige Abrechnungsgenehmigung vorlag, die jedoch von Anfang an gegen die Fachgebietsgrenze verstieß und daher nicht hätte erteilt werden dürfen?	<i>LSG Hamburg</i> , Urt. v. 15.03.2017 - L 5 KA 16/15 - - L 5 KA 17/15 - - L 5 KA 18/15 -	17-03-25 17-03-26 17-04-20 NZB
Ort der Leistungserbringung: Zytologischer Arbeitsplatz	B 6 KA 61/17 R Termin: 03.04.2019	Lässt die Zervix-Zytologie-Vereinbarung nach § 135 Abs 2 SGB 5 eine Erbringung vorbereitender Tätigkeiten an einem nicht von einer Genehmigung erfassten Ort zu?	<i>LSG Schleswig-Holstein</i> , Urt. v. 18.07.2017 - L 4 KA 17/15 -	17-04-18
Bezug von Speziallaborleistungen aus Labor-Leistungserbringergemeinschaft	B 6 KA 18/18 R Rücknahme	Verstößt ein Vertragsarzt gegen das Gebot der persönlichen Leistungserbringung, wenn er die laboratoriumsmedizinische Analyse (Teil 3 der Befunderhebung) von Leistungen des Kapitels 32.3 EMB-Ä (Speziallabor - hier: immunologische Untersuchungen) von einer Leistungserbringergemeinschaft durchführen lässt?	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urt. v. 11.07.2018 - L 3 KA 20/16 -	19-01-16
Rückwirkende Einschränkung der Abrechenbarkeit einer Leistung	B 6 KA 8/18 R	Ist die rückwirkende Einschränkung der Abrechenbarkeit einer Gebührenordnungsposition auf "einmal am Behandlungstag" rechtmäßig?	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 22.11.2017 - L 12 KA 138/15 -	18-03-20 NZB
Berechnung der Rückforderung und vorherige Kürzungen	B 6 KA 58/17 R Termin: 13.02.2019	Sind bei der Berechnung der Rückforderung nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung bereits zuvor erfolgte Honorierungen wegen Überschreitens der Job-Sharing-Obergrenze in voller Höhe als Eurobetrag zu berücksichtigen?	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 14.09.2016 - L 12 KA 165/14 -	18-01-16 NZB
Richtigstellung nach abgelaufener Ausschlussfrist: Rücknahmeermessen	B 6 KA 34/17 R Termin: 24.10.2018	Ist Rechtsgrundlage einer nachgehenden Richtigstellung vertragsärztlicher Honorarbescheide nach Ablauf einer Frist von 4 Jahren allein § 106a SGB 5 aF (§ 106d SGB 5 nF) oder auch (unmittelbar) § 45 SGB 10?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 26.04.2017 - L 5 KA 2448/15 -	17-02-30

Nebeneinanderabrechnung der Nr. 33076 und Nr. 33072 EBM	B 6 KA 16/17 R Termin: 16.05.2018	Darf die Gebührenordnungsposition (GOP) 33076 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen (EBM-Ä) neben der GOP 33072 EBM-Ä abgerechnet werden oder schließt Ziffer I 2.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen zum EBM-Ä dies aus?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 16.03.2016 - L 5 KA 3799/13 -	16-02-23 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?	<i>SG Düsseldorf</i> , Urt. v. 27.06.2018 - S 14 KA 266/17 -	
Elektrokardiographische Untersuchung) ist Teil der Notfallpauschale	B 6 KA 22/18 R	Ist die GOP 27320 EBM-Ä (Elektrokardiographische Untersuchung, obligater Leistungsinhalt - mindestens 12 Ableitungen ...) im Rahmen einer Notfallbehandlung (Notfallambulanz eines Krankenhauses) neben der Notfallpauschale nach GOP 01210 EBM-Ä abrechenbar?	<i>LSG Sachsen</i> , Urt. v. 25.04.2018 - L 1 KA 22/14 -	18-03-18 NZB
Notfallambulanz: Ambulante Behandlung oder stationäre Krankenhausbehandlung	B 6 KA 6/18 R	Besteht ein Vergütungsanspruch für eine ambulante Notfallbehandlung nach § 76 Absatz 1 Satz 2 SGB V gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung, wenn trotz Feststellung von Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit keine Aufnahme des Patienten in das Krankenhaus erfolgt, das die Notfallbehandlung durchgeführt hat, oder liegt allein eine von der Krankenkasse zu vergütende stationäre Krankenhausbehandlung vor?	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 23.03.2018 - L 24 KA 25/17 -	18-03-23
Krankenhaus-Notfallambulanz: Darlegungslast für Labor- und Röntgenleistungen	B 6 KA 68/17 R	Darf die Vergütung der von einem Krankenhaus erbrachten Notfallbehandlung davon abhängig gemacht werden, dass das Krankenhaus die Notwendigkeit der Notfallbehandlung im Einzelnen begründet und ist das Krankenhaus ggfs gehalten, diese Begründung bis zum Abschluss des Widerspruchsverfahrens abzugeben?	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , Urt. v. 19.10.2017 - L 5 KA 1/17 -	18-01-19
Sprechstundenbedarf: Sachlich-rechnerische Richtigstellung durch KV	B 6 KA 23/18 R	Sind gesamtvertragliche Regelungen wirksam, die die Zuständigkeit für die Richtigstellung der Verordnung von Sprechstundenbedarf der Kassenärztlichen Vereinigung übertragen oder besteht eine ausschließliche Zuständigkeit der Prüfungsgremien?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 18.04.2018 - L 5 KA 792/16 -	18-02-25 NZB

Wirtschaftlichkeitsprüfung/Regress

Doppelte Regressfestsetzung	B 6 KA 15/18 R	Dürfen Arzneykostenregresse wegen unzulässigen Verordnungen und solche wegen Überschreitung der Richtgrößen für denselben Zeitraum kombiniert werden?	<i>LSG Schleswig-Holstein</i> , Urt. v. 20.02.2018 - L 4 KA 8/15 -	18-04-15
Hemmung der Verjährung bei Kenntnisnahme des Antrags	B 6 KA 7/18 R	Zur Hemmung der vierjährigen Verjährungsfrist bei Feststellung eines sonstigen Schadens im Sinne von § 48 Absatz 1 BMV-Ä.	<i>SG Mainz</i> , Urt. v. 31.01.2018 - S 8 KA 266/15 -	18-03-36

Zulassung und Ermächtigung

Fortführungsfähige Praxis in BAG: Tätigkeitsumfang des einzelnen Vertragsarztes/Vorverfahren	B 6 KA 46/17 R Termin: 27.06.2018	Ist für die Beurteilung des Vorliegens eines Praxissubstrats als Voraussetzung der Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens nach § 103 Abs 3a SGB 5 bei Berufsausübungsgemeinschaften auf die Tätigkeit des ausscheidenden Vertragsarztes oder die der Berufsausübungsgemeinschaft abzustellen?	<i>SG Berlin</i> , Urt. v. 10.05.2017 - S 87 KA 946/16 -	17-04-36
MVZ Gründer eines anderen MVZ	B 6 KA 1/17 R Termin: 16.05.2018	Kann ein Medizinisches Versorgungszentrum ein weiteres Medizinisches Versorgungszentrum gründen?	<i>LSG Hessen</i> , Urt. v. 30.11.2016 - L 4 KA 20/14 -	17-01-52
Auswahlentscheidung: Berücksichtigung der Tätigkeit nach aufgehobener sofortiger	B 6 KA 33/17 R Termin: 27.06.2018	Welche Anforderungen sind in Zulassungsverfahren an die Sachverhaltsermittlungen und an die Begründung der Entscheidung des Berufungsausschusses bezogen auf die Auswahl zwischen konkurrierenden Bewerbern zu stellen?	<i>LSG Thüringen</i> , Urt. v. 25.08.2016 - L 11 KA 928/15 -	17-03-48 NZB

Vollziehung		Ist bei der Auswahl eines Bewerbers um eine Zulassung eine vertragsärztliche Tätigkeit aufgrund einer zunächst für sofort vollziehbar erklärten Zulassung nach Aufhebung dieser Entscheidung im Rahmen einer erneuten Auswahlentscheidung zu berücksichtigen?		
Öffnung eines Planungsbereichs: „Konzeptbewerbung“ nach § 103 IV 10 SGB V	B 6 KA 5/18 R	Ist die Regelung des § 103 Absatz 4 Satz 10 SGB V in der Fassung des GKV-VSG vom 16.7.2015 für das Zulassungsverfahren nach partieller Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen in einem bisher übertorsorgten Planungsbereich anwendbar?	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 17.01.2018 - L 12 KA 12/17 -	18-02-28
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
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
Nachbesetzungsverfahren bei Zulassungsentziehung wegen Nichtausübung	B 6 KA 14/18 R	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 Termin: 13.02.2019	Darf ein medizinisches Versorgungszentrum eine angestellte Ärztin auf jeweils einer halben Vertragsarztstelle mit einem Versorgungsauftrag in der fachinternistischen und der hausärztlichen Versorgung beschäftigen?	<i>SG Hamburg</i> , Urt. v. 27.09.2017 - S 27 KA 350/16 -	18-01-35
Herausgabe einer Bürgschaftsurkunde nach Gesellschafterwechsel	B 6 KA 2/18 R	Kann der Gesellschafter einer GmbH, die ein medizinisches Versorgungszentrum betreibt, nach seinem Ausscheiden aus der Gesellschaft im Rahmen eines Gesellschafterwechsels die Rückgabe einer von ihm dem Zulassungsausschuss vorgelegten Bürgschaftsurkunde verlangen und gegebenenfalls unter welchen Voraussetzungen?	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urt. v. 08.11.2017 - L 3 KA 109/15 -	18-01-36
Zulassungsentziehung: Visuelles Ausspionieren der Praxisangestellten in ihrer Intimsphäre	B 6 KA 4/18 R Termin: 03.04.2019	Verstößt ein Vertrags(zahn)arzt gegen seine vertrags(zahn)ärztlichen Pflichten, wenn er in den Schutzbereich der Intim- und Privatsphäre der Mitarbeiterinnen innerhalb ihres dienstlichen Bereichs eingreift (hier: Videobildaufnahmen in Umkleieräumen und Duschen)?	<i>LSG Thüringen</i> , Urt. v. 20.11.2017 - L 11 KA 807/16 -	18-02-34

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

Datenübermittlungen auch bei Gesamtvergütung nach Kopfpauschalen	B 6 KA 27/17 R Termin: 27.06.2018	Zielt der Zweck der Datenübermittlung nach § 295 Abs 2 SGB 5 nur auf die Abrechnung im Sinne der Bildung der Gesamtvergütung nach § 85 SGB 5 oder bezieht er auch die nachträgliche Überprüfung der Leistungsabrechnung der Vertrags(zahn)ärzte nach § 106a SGB 5 ein?	<i>LSG Schleswig-Holstein</i> , Urt. v. 02.11.2017 - L 4 KA 14/12 -	17-02-67
Honorarkürzung u. Fortbildungspflicht: Krankenkassenanspruch?	B 6 KA 60/17 R Termin: 27.06.2018	Sind die Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen verpflichtet, das nach § 95d Abs 3 SGB 5 einbehaltene Honorar an die Krankenkassen auszukehren?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 08.03.2017 - L 11 KA 21/15 -	17-04-49
GBA: Erprobung von Untersuchungs- und	B 6 KA 17/18 R	Ist der Hersteller eines diagnostischen Tests von der Weigerung des GBA, eine positive Empfehlung für diesen Test als Untersuchungsmethode im Sinne des § 135 Absatz 1	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 27.06.2018	18-03-56

Behandlungsmethoden		SGB V abzugeben, in eigenen Rechten betroffen? Welche Anforderungen sind an den Nachweis des Nutzens im Sinne des § 135 Absatz 1 Satz 1 SGB V zu stellen? Welche Anforderungen sind an die Feststellung eines Erprobungspotentials im Sinne des § 137e SGB V zu stellen?	- L 7 KA 46/14 KL -	
Grundsatz der Spiegelbildlichkeit bei KV-Gremienwahlen	B 6 KA 57/17 R	Findet der Grundsatz der Spiegelbildlichkeit bei Wahlen von Gremien der Vertreterversammlung einer Kassenärztlichen Vereinigung auch dann Anwendung, wenn die Satzung keine "Fraktionen" vorsieht und unabhängig davon, ob es sich um Gremien mit Entscheidungskompetenz oder um solche mit nur beratender Funktion handelt?	SG Marburg, Urt. v. 31.05.2017 - S 12 KA 100/17 -	17-03-71
Hausarztzentrierte Versorgung: Pflicht zur Selbsterbringung des Allgemeinlabors	B 6 KA 25/18 R	Stellt die in einem (Selektiv-)Vertrag über die hausarztzentrierte Versorgung (HzV) festgelegte Pflicht der an der HzV teilnehmenden (Haus-)Ärzte, Leistungen des Allgemeinlabors (Abschnitt 32.2 EBM-Ä 2008) bei nach Qualifikation/Ausstattung möglicher Selbsterbringung selbst vorzunehmen, einen Eingriff in (Zulassungs-)Statusrechte bzw in die Berufsausübungsfreiheit der nur auf Überweisung zur vertragsärztlichen Leistungserbringung befugten Laborärzte dar?	LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 14.11.2018 - L 5 KA 3686/16 -	19-01-66

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

Einnahmen aus Sonderverträgen/ Rederecht des weiteren Stellvertreters des Vorsitzenden des Beirats	B 6 KA 53/17 R	Inwieweit sind Einnahmen aus Sonderverträgen bei der Festsetzung des Punktwertes nach den Grundsätzen der Erweiterten Honorarverteilung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen in der Fassung ab 1.7.2012 zu berücksichtigen? In welchem Umfang sind die inaktiven Mitglieder des gewählten EHV-Beirats der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen an den Sitzungen der Vertreterversammlung zu beteiligen, und welche Auswirkungen hat dies auf die formelle Rechtmäßigkeit der in der Sitzung verabschiedeten Satzungsregelungen zu den Grundsätzen der Erweiterten Honorarverteilung?	SG Marburg, Urt. v. 31.05.2017 - S 12 KA 704/15 - - S 12 KA 727/15 - - S 12 KA 706/15 - - S 12 KA 705/15 -	17-03-82
	B 6 KA 55/17 R B 6 KA 52/17 R B 6 KA 54/17 R Termin: 12.12.2018			17-03-83 17-03-84 17-03-85
Kostenanteile/Beitragsklassen (Quartale III/12-II/13)	B 6 KA 12/18 R B 6 KA 16/18 R	Verstößt die Regelung des § 3 Absatz 1 Satz 1 EHV (juris: ErwHVGrS HE) gegen Artikel 12 Absatz 1 in Verbindung mit Artikel 3 Absatz 1 GG soweit sie bezogen auf die Festsetzung des Beitrags keine Abzüge für Sach- und Praxiskostenanteile vorsieht?	LSG Hessen, Urt. v. 11.04.2018 - L 4 KA 2/15 - - L 4 KA 11/15 -	18-03-61 18-03-62

Sonstiges/Verfahrensrecht

Anhang II: BSG - Anhängige Revisionen Krankenversicherung

Stand: 17.02.2019. Die Angaben „Aktenzeichen“, „Termin“ und „Rechtsfrage“ sowie über die Vorinstanz (Gericht und Aktenzeichen) beruhen auf der Veröffentlichung des BSG (Anhängige Rechtsfragen des 1. bzw. 3. Senats – <http://www.bundessozialgericht.de>).

Sachgebiet	Aktenzeichen:	Rechtsfrage	Vorinstanz	RID
Ärztliche Behandlung				
Drohender einseitiger Sehverlust/Serumaugentropfen	B 1 KR 8/18 R Anerkenntnis 10.09.2018	Ist ein drohender einseitiger Sehverlust wertungsmäßig mit einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlichen Krankheit im Sinne des § 2 Absatz 1a SGB V vergleichbar?	LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 01.03.2018 - L 5 KR 215/17 -	18-02-77
Verhaltenstherapie zur	B 1 KR 25/18 R	Ist der Ausschluss von Arzneimitteln zu Raucherentwöhnung von der Versorgung nach	LSG Schleswig-Holstein,	17-04-76

Raucherentwöhnung		§ 34 Absatz 1 Satz 7 und 8 SGB V im Hinblick auf andere Suchterkrankungen mit dem Gleichheitsgrundsatz aus Artikel 3 Absatz 1 GG vereinbar?	Urt. v. 07.09.2017 - L 5 KR 62/15 -	NZB
Kostenerstattung				
Behandlung durch Podologen bei Systemmangel (eingewachsene Zehennägel)	B 1 KR 34/17 R Termin: 18.12.2018	Kann eine im Anhang 1 des EBM (juris: EBM-Ä 2008) als nicht gesondert berechnungsfähig aufgeführte vertragsärztliche Leistung (hier: podologische Nagelspannenbehandlung) 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?	LSG Berlin-Brandenburg , Urt. v. 11.10.2017 - L 9 KR 299/16 -	18-01-77
Kostenerstattung trotz vorläufiger Übernahme der Kosten durch Einrichtungsträger	B 3 KR 8/17 R Termin: 04.07.2018	Steht die Erfüllung der gegenüber einem Versicherten bestehenden Forderung eines Leistungserbringers durch einen Dritten, ohne dass eine vertragliche Verpflichtung besteht, der Geltendmachung eines Kostenfreistellungsanspruchs des Versicherten nach § 13 Abs 3 SGB 5 gegenüber seiner Krankenkasse entgegen?	LSG Niedersachsen-Bremen , Urt. v. 29.09.2016 - L 16/1 KR 321/14 -	17-02-149 NZB
Kostenbeteiligung zur Entfernung von Brustimplantaten	B 1 KR 37/18 R	Ist die Regelung des § 52 Absatz 2 SGB V, wonach die Krankenkasse Versicherte, die sich eine Krankheit durch eine medizinisch nicht indizierte ästhetische Operation, eine Tätowierung oder ein Piercing zugezogen haben, in angemessener Höhe an den Kosten zu beteiligen hat, verfassungsgemäß?	SG Berlin , Urt. v. 05.11.2018 - S 81 KR 1075/18 -	19-01-101
Genehmigungsfiktion bei allen möglichen Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung	B 3 KR 8/16 R (alt: B 1 KR 14/16 R) Zurücknahme	Hat ein Versicherter einen Anspruch auf Versorgung mit einem CGM-Messsystem zur kontinuierlichen Glucose-Messung einschließlich des hierfür erforderlichen Zubehörs, wenn die Genehmigungsfiktion des § 13 Abs 3a S 6 SGB 5 eingetreten ist, obwohl der G-BA noch keine positive Empfehlung über den diagnostischen und therapeutischen Nutzen abgegeben und der Bewertungsausschuss sie nicht zum Gegenstand des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen (juris: EBM-Ä 2008) gemacht hat?	LSG Bayern , Urt. v. 23.02.2016 - L 5 KR 351/14 -	16-03-108
Genehmigungsfiktion: Anspruch ohne medizinische Verordnung oder Stellungnahme?	B 1 KR 1/19 R	Setzt der Eintritt der Fiktionswirkung nach § 13 Absatz 3a SGB V voraus, dass sich der Leistungsberechtigte bei Antragstellung auf eine ärztliche Stellungnahme stützt? Kein Anspruch ohne medizinische Verordnung oder Stellungnahme	LSG Berlin-Brandenburg , Urt. v. 29.11.2018 - L 1 KR 416/16 -	19-01-
Bekanntgabe der Entscheidung innerhalb Frist erforderlich?	B 1 KR 20/18 R Termin: 26.02.2019	Ist für den Eintritt der Genehmigungsfiktion die Bekanntgabe der Entscheidung der Krankenkasse maßgeblich?	SG Dortmund , Urt. v. 28.03.2018 - S 49 KR 641/17 -	18-03-92
Genehmigungsfiktion/Frist: Unterrichtung über MDK	B 1 KR 20/17 R Termin: 06.11.2018 B 1 KR 21/17 R Termin: 26.02.2019	Führt die Verletzung der Pflicht der Krankenkasse nach § 13 Abs 3a S 2 SGB 5, die Antragstellerin darüber zu unterrichten, dass sie eine gutachtliche Stellungnahme einholt, zur Geltung der 3-Wochenfrist des § 13 Abs 3a S 1 Fall 1 SGB 5?	LSG Hessen , Urt. v. 18.05.2017 - L 8 KR 159/16 - - L 8 KR 42/16 -	17-03-118 17-03-119
Genehmigungsfiktion/Frist: Fehlender Nachweis für Einschaltung des MDK	B 1 KR 12/18 R Rücknahme	Führt die Verletzung der Pflicht der Krankenkasse nach § 13 Absatz 3a Satz 2 SGB V, die Antragstellerin darüber zu unterrichten, dass sie eine gutachtliche Stellungnahme einholt, zur Geltung der 3-Wochenfrist des § 13 Absatz 3a Satz 1 Fall 1 SGB V?	Rheinland-Pfalz , Urt. v. 05.10.2017 - L 5 KR 375/16 -	18-02-94 NZB
Geltung der Fünf-Wochen-Frist bei Einholung eines MDK-Gutachtens auch ohne Mitteilung	B 1 KR 30/18 R Termin: 06.11.2018	Beträgt die Frist zur Entscheidung über den von einem Versicherten gestellten Antrag auf Leistungen nach § 13 Absatz 3a Satz 1 SGB V auch dann fünf Wochen, wenn die Krankenkasse eine gutachtliche Stellungnahme des MDK einholt, den Versicherten hiervon aber nicht - wie in § 13 Absatz 3a Satz 2 SGB V vorgeschrieben - unterrichtet? Besteht bei einem Colonkarzinom (Dickdarmkrebs) ein Anspruch auf Gewährung einer Immuntherapie mit dendritischen Zellen?	LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 21.02.2017 - L 11 KR 2090/16 -	17-02-127
Genehmigungsfiktion: Arzneimittel	B 1 KR 9/18 R	Begründet eine mit Ablauf der Frist eingetretene Genehmigungsfiktion einen	LSG Rheinland-Pfalz ,	18-02-97

im Rahmen eines Off-Label-Use		Naturlalleistungsanspruch des Versicherten auf die Versorgung mit einem Arzneimittel im Rahmen des Off-label-use?	Urt. v. 15.02.2018 - L 5 KR 218/17 -	
Erstattung der über den Festbetrag hinausgehenden Kosten eines Arzneimittels	B 1 KR 23/18 R Termin: 26.02.2019	Hat ein Versicherter im Rahmen der Genehmigungsfiktion des § 13 Absatz 3a SGB V einen Anspruch auf Erstattung der über den Festbetrag hinausgehenden Kosten eines Arzneimittels (hier: Antra Mups)?	LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 26.04.2018 - L 5 KR 89/17 -	18-03-95
	B 1 KR 24/18 R Termin: 26.02.2019	Hat ein Versicherter im Rahmen der Genehmigungsfiktion des § 13 Absatz 3a SGB V einen Anspruch auf Erstattung der über den Festbetrag hinausgehenden Kosten eines Arzneimittels (hier: Iscover)?	LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 03.05.2018 - L 5 KR 119/17 -	18-03-94
Genehmigungsfiktion: Beschränkung auf Leistungskatalog der GKV (Liposuktion)	B 1 KR 33/17 R Termin: 26.02.2019	Liegt eine Liposuktion für den Versicherten erkennbar offensichtlich außerhalb des Leistungskataloges der gesetzlichen Krankenversicherung, so dass kein Raum für eine Genehmigungsfiktion (§ 13 Abs 3a SGB 5) ist?	LSG Baden-Württemberg, Beschl. v. 31.05.2017 - L 4 KR 4101/16 -	18-01-70 NZB
Genehmigungsfiktion: Hilfsmittel des unmittelbaren Behinderungsausgleichs	B 3 KR 19/18 R	Sind Hilfsmittel des unmittelbaren Behinderungsausgleichs Leistungen der medizinischen Rehabilitation im Sinne von § 13 Abs 3a S 9 SGB V?	LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 16.03.2018 - L 16 KR 362/17 -	19-01-99 NZB
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?	LSG Saarland, Urt. v. 12.12.2017 - L 2 KR 60/16 -	19-01-97 NZB
Genehmigungsfiktion: Rollstuhlzuggerät	B 3 KR 20/18 R	Ist die Versorgung mit einem Rollstuhlzuggerät eine Leistung der medizinischen Rehabilitation, die nicht vom Anwendungsbereich des § 13 Abs 3a SGB V erfasst wird?	LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 25.01.2018 - L 16 KR 154/17 -	19-01-100 NZB
Ruhen des Anspruchs nach § 13 IIIa SGB V während Auslandsaufenthalts	B 1 KR 1/18 R Termin: 11.09.2018	Kann ein Versicherter seinen infolge der Genehmigungsfiktion bestehenden Anspruch durch eine im (vertragslosen) Ausland selbst beschaffte Leistung (hier: Brust- und Bauchstraffungsoperation durch Abdominalplastik in der Türkei) realisieren oder ruht der Anspruch aus § 13 Absatz 3a Satz 6 SGB V gemäß § 16 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V aufgrund seines Aufenthalts im Ausland?	LSG Hessen, Urt. v. 09.11.2017 - L 1 KR 210/17 -	18-01-73
Genehmigungsfiktion: Wohnsitz im Ausland	B 1 KR 36/18 R	Gelten die Bearbeitungsfristen des § 13 Abs 3a S 1 SGB V auch bei Versicherten, die ihren Wohnsitz im Ausland haben?	LSG Bayern, Urt. v. 03.05.2018 - L 4 KR 297/17 -	19-01-104 NZB
Genehmigungsfiktion: Zurücknahme	B 1 KR 18/18 R Termin: 26.02.2019	Unter welchen Voraussetzungen kann eine fiktive Genehmigung zurückgenommen werden?	LSG Bayern, Urt. v. 22.02.2018 - L 4 KR 526/16 -	18-02-100
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?	SG Düsseldorf, Urt. v. 28.06.2018 - S 8 KN 1459/17 KR -	18-04-44

Stationäre Behandlung

Auslandskrankenbehandlung

Arzneimittel

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

		reduziert? Ist eine Grunderkrankung, von der ein lebensbedrohliches Risiko ausgeht, bei dem aber nicht absehbar ist, dass es sich innerhalb eines kürzeren überschaubaren Zeitraums mit großer Wahrscheinlichkeit realisiert, eine lebensbedrohliche Erkrankung?		
--	--	---	--	--

Hilfsmittel/Heilmittel

Häusliche Krankenpflege/Haushaltshilfe

Seniorenresidenz als geeigneter Ort	B 3 KR 11/16 R Termin: 30.11.2017	Kann häusliche Krankenpflege durch den Betreiber eines Pflegedienstes erfolgen, der einen Schwerstpflegebedürftigen in einem für die Intensivpflege hergerichteten, ihm gehörenden Gebäude pflegt ("Service-Wohnen")?	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , Urt. v. 19.11.2015 - L 5 KR 5/15 -	16-01-141 NZB
Häusl. Behandlungspflege: „Pflegehotel“	B 3 KR 3/17 R Rücknahme	Handelt es sich bei einem möblierten Appartement eines sog "Pflegehotels" eines Wohnstifts um einen "sonst geeigneten Ort" im Sinne von § 37 Abs 2 S 1 SGB 5?	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , Urt. v. 15.12.2016 - L 5 KR 33/16 -	17-02-148

Fahrkosten

Zuzahlung

Rehabilitationsmaßnahmen

Vorsorgemaßnahme für Mütter: Kinder als Begleitkinder	B 1 KR 4/18 R	Hat eine Versicherte einen Anspruch auf Mitaufnahme von privat versicherten Kindern zu der bewilligten Vorsorgemaßnahme nach § 24 SGB V gegenüber ihrer gesetzlichen Krankenkasse?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 07.12.2017 - L 5 KR 130/17 -	18-02-120
Vorsorgemaßnahme für Mütter: PKV-versicherte Pflegemutter	B 1 KR 14/18 R B 1 KR 19/18 R	Hat ein nicht selbst vorsorgeleistungsbedürftiges GKV-versichertes Pflegekind einer PKV-versicherten Pflegemutter, die Vorsorgeleistungen im Rahmen einer Kur erhält, als Begleitkind Anspruch auf Mutter-Kind-Maßnahme-Leistungen gegen seine Krankenkasse?	<i>LSG Hessen</i> , Urt. v. 25.01.2018 - L 8 KR 115/17 - - L 8 KR 114/17 -	18-03-120 18-03-121 NZB

Krankenhauskosten

Neue Behandlungsmethode (Lungenvolumenreduktion mittels Implantation von Coils)	B 1 KR 2/19 R	Sind Behandlungsmethoden, deren Nutzen noch nicht hinreichend belegt ist, die aber das Potenzial einer erforderlichen Behandlungsalternative im Sinne von § 137c Absatz 1 Satz 2 SGB V bieten, im Jahr 2013 zulasten der Gesetzlichen Krankenversicherung abrechenbar (hier: Lungenvolumenreduktion mittels Implantation von Coils bei COPD Grad IV im Juli 2013)?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 11.12.2018 - L 11 KR 206/18 -	19-01-
Einwilligung in experimentelle Behandlung (Fremd-allogene Stammzelltransplantation)	B 1 KR 3/19 R B 1 KR 4/19 R	Zu den Voraussetzungen einer wirksamen Einwilligung in eine experimentelle Behandlung mit hohem Mortalitätsrisiko und deren Ermittlung im Rechtsstreit.	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 23.02.2018 - L 4 KR 1055/15 - - L 4 KR 1056/15 -	19-01- 19-01- NZB
Qualitätsanforderungen für Behandlungsalternative (Liposuktion bei Lipödem)	B 1 KR 32/18 R	Senkt § 137c Absatz 3 SGB V die Qualitätsanforderungen für den Anspruch auf stationäre Versorgung bei Methoden mit dem Potential einer Behandlungsalternative?	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urt. v. 10.04.2018 - L 4 KR 266/15	18-04-41 NZB
Transkatheter-Aortenklappen- Implantation und Grundversorgung	B 1 KR 2/18 R	Hat ein zur akutstationären Grundversorgung zugelassenes Plankrankenhaus (hier: der Versorgungsstufe 1 in Bayern) einen Vergütungsanspruch für die Durchführung einer Transkatheter-Aortenklappen-Implantation (TAVI) gegenüber der gesetzlichen Krankenkasse?	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 18.07.2017 - L 5 KR 102/14 -	18-01-107
Versorgungsauftrag für Implantation von Kniegelenk- Totalendoprothesen (Knie-TEP)	B 1 KR 17/18 R	Ist die - nicht unfallbedingte - Implantation einer Kniegelenk-Totalendoprothese (Knie-TEP) vom Versorgungsauftrag eines bayerischen Krankenhauses im Jahr 2011 umfasst gewesen?	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 19.12.2017 - L 4 KR 138/17 -	18-03-128
Krankenhauseinweisung für	B 1 KR 26/17 R	Ist die ärztliche Krankenhauseinweisung Voraussetzung für die stationäre	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> ,	17-04-117

stationäre Behandlung	Termin: 19.06.2018	Behandlungsbedürftigkeit sowie für die Abrechenbarkeit stationärer Vergütungsansprüche?	Urt. v. 25.07.2017 - L 4 KR 10/15 -	
Rückforderungsanspruch: Unterlassen der Prüfung der Behandlungsbedürftigkeit durch MDK	B 1 KR 35/17 R B 1 KR 37/17 R Termin: 18.12.2018 Zurücknahme	Ist der Rückforderungsanspruch einer Krankenkasse nach Treu und Glauben ausgeschlossen, wenn sie die Erforderlichkeit einer stationären Aufnahme nicht unmittelbar nach der Behandlung prüft, obwohl das Krankenhaus zu der eigentlich ambulant durchführbaren Behandlung keine Angaben zum Grund der stationären Aufnahme gemacht hat?	LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 28.06.2017 - L 4 KR 40/16 - Urt. v. 25.04.2017 - L 4 KR 350/14 -	18-01-105 18-01-104
Aufrechnung: Genaue Bezeichnung des Leistungsanspruchs	B 1 KR 31/18 R	Ist eine Aufrechnung nach § 9 der Prüfverfahrenvereinbarung - PrüfV (juris: PrüfVbG) unwirksam, wenn es an einer genauen Bezeichnung des Leistungsanspruchs des Krankenhauses, gegen den die Krankenkasse mit ihrem Erstattungsanspruch aufgerechnet haben will, fehlt?	LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 26.04.2018 - L 5 KR 593/17 -	18-04-59
Teilstationäre Krankenhausbehandlung: Abrechnung der Arzneimittel als Einzelmengen	B 1 KR 30/17 R Termin: 19.06.2018	Können bei einer teilstationären onkologischen Krankenhausbehandlung mit einem bestimmten Arzneimittel, die an verschiedenen Behandlungstagen erfolgt ist, die Mengen des verabreichten Medikaments als Einzelmengen abgerechnet werden?	LSG Saarland, Urt. v. 25.08.2017 - L 2 KR 5/16 -	18-01-123
Kodierung einer primären fokalen Hyperhidrose	B 1 KR 25/17 R Termin: 20.03.2018	Ist bei einer Krankenhausbehandlung wegen einer primären fokalen Hyperhidrose die Hauptdiagnose nach der Nr G90.8 oder nach der Nr R61.0 des ICD-10-GM 2009 zu kodieren?	LSG Hamburg, Urt. v. 17.05.2017 - L 1 KR 56/14 -	17-04-134
Beatmung eines Frühgeborenen	B 1 KR 13/18 R	Ist die Atemunterstützung mit einer High-Flow-Nasenanüle (HFNC) bei Säuglingen als maschinelle Beatmung im Sinne der Nummer 1001h DKR 2009 zu werten?	LSG Bayern, Urt. v. 13.03.2018 - L 5 KR 504/15 -	18-02-152
Ist suprapubischer Verweilkatheter Implantat?	B 1 KR 26/18 R	Ist ein suprapubischer Blasenkatheter eine Prothese, Implantat oder Transplantat im Sinne von ICD-10-GM (2009) T83.5?	LSG Sachsen, Urt. v. 27.10.2017 - L 1 KR 252/13 -	18-01-119 NZZ
Nephrostomiekatheter: Prothese, Implantat oder Transplantat	B 1 KR 27/18 R	Ist ein perkutaner Nephrostomiekatheter eine Prothese, Implantat oder Transplantat im Sinne von ICD-10-GM (2011) T83.5?	LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 14.09.2017 - L 1 KR 238/15 -	17-04-135 NZZ
Einsichtnahme in Behandlungsunterlagen	B 1 KR 40/17 R Termin: 18.12.2018	Hat eine Krankenkasse, auch ohne Einverständnis des Versicherten, einen Anspruch auf Einsichtnahme in die Behandlungsunterlagen des Krankenhauses während des Rechtsstreits über die Abrechnung der DRG A11C?	LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 22.11.2017 - L 5 KR 1284/16 -	18-01-118
Gebiet „Chirurgie“: Implantation der Knie-TEP nach Krankenhausplan	B 1 KR 32/17 R Termin: 19.06.2018	Ist bei der Beurteilung des für die Feststellung des Vergütungsanspruchs eines Krankenhauses maßgeblichen Versorgungsauftrags nach dem Landeskrankenhausplan auf die jeweils im Zeitpunkt der streitigen Leistungserbringung gültige Weiterbildungsordnung abzustellen?	LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 29.06.2017 - L 16 KR 711/15 -	18-01-113
OPS 8-98b: Zeitgrenze von 30 Minuten	B 1 KR 38/17 R B 1 KR 39/17 R Termin: 19.06.2018	Reicht es für die Abrechnung des OPS 8-98b aus, dass die Zeitgrenze von 30 Minuten für den Transport eines Patienten zu einem Kooperationspartner des behandelnden Krankenhauses nur bei Tageslicht eingehalten werden kann?	LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 23.11.2017 - L 5 KR 194/16 - - L 5 KR 90/16 -	18-01-126 18-01-125
Implantierung einer modularen Endoprothese	B 1 KR 35/18 R	Sind Schrauben metallische Einzelbauteile im Sinne des OPS (2013) 5-829.k, die in Kombination mit mindestens zwei weiteren metallischen Einzelbauteilen die mechanische Bauteilsicherheit der gesamten Prothese gewährleisten?	LSG Saarland, Urt. v. 28.02.2018 - L 2 KR 100/15 -	18-02-142 NZZ
Nachholung der Begründung für OPS-Code	B 1 KR 33/18 R	Ist der Krankenträger berechtigt, nach erfolgter Abrechnung die Dokumentation der durchgeführten Krankenhausbehandlung zu ergänzen?	LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 30.01.2018 - L 16 KR 383/16 -	18-04-65 NZZ
Grundrechtsorientierte Leistungsgewährung bei abzulehnender	B 1 KR 36/17 R Termin: 11.09.2018	Besteht ein Anspruch auf Versorgung mit Medikamenten, bei denen im Rahmen des Zulassungsverfahrens bereits Anhaltspunkte bestehen, dass eine Zulassung nicht erteilt werden würde und die Zulassung nicht weiter betrieben wird (hier: Avastin für die	SG Chemnitz, Urt. v. 25.10.2017 - S 38 KR 2463/15	18-01-124

Arzneimittelzulassung		Indikation des rezidivierenden Glioblastoms)?		
Rituximab als Zusatzentgelt im Off-Label-Use bei autoimmuno-logischem 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
Feststellungsklage auf Feststellung der Verfahrenskostentragung	B 1 KR 3/18 R	Zur Zulässigkeit der Umstellung einer Klage auf Erstattung von Krankenhausvergütung auf einen materiellrechtlichen Kostenerstattungsanspruch. Keine Feststellungsklage auf Feststellung der Verfahrenskostentragung	<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 Termin: 20.12.2018	Sind Apotheker im Falle einer produktneutralen Verschreibung von Impfstoffen ohne Nennung der Bezeichnung des Impfstoffs durch Vertragsärzte verpflichtet, anhand von Informationsmaterial der Krankenkassen rabattierte Impfstoffe auszuwählen und abzugeben?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 24.01.2017 - L 11 KR 4746/15 -	17-02-195
Vereinbarung über Abschlag bei Abgabe von Zytostatika	3 KR 6/17 R Termin: 20.12.2018	Gestattet § 129 Abs 5 S 1 SGB 5 eine vertragliche Regelung über die Abrechnung von in Apotheken hergestellten Zytostatika auf Landesebene oder sind diese Regelungen nach § 129 Abs 5 S 3 SGB 5 ausschließlich der einzelvertraglichen Ebene vorbehalten?	<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	Haben Krankenkassen einen Anspruch gegen eine Krankenhausapotheke auf Erstattung von Umsatzsteuer, die sie für individuell hergestellte und an ihre Versicherten im Rahmen ambulanter Behandlungen verabreichte Arzneimittel und Arzneimittelzubereitungen gezahlt haben?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 16.01.2018 - L 11 KR 1723/17 -	18-02-162
	B 3 KR 1/18 R Neu: B 1 KR 5/19 R	Haben Krankenkassen einen Anspruch gegen eine Krankenhausapotheke auf Erstattung von Umsatzsteuer, die sie für individuell hergestellte und an ihre Versicherten im Rahmen ambulanter Behandlungen verabreichte Arzneimittel und Arzneimittelzubereitungen (hier: Zytostatika-Zubereitungen) gezahlt haben, wenn und solange die Zahlung der Umsatzsteuer durch den Krankenhausträger an das Finanzamt auf einer unter dem Vorbehalt der Nachprüfung erfolgten Steuerfestsetzung (§ 164 AO) beruht?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 16.01.2018 - L 11 KR 4621/16 -	18-02-163
Ausländische Versandapotheke und Umsatzsteuer	B 3 KR 19/17 R	Zur umsatzsteuerrechtlichen Behandlung von Arzneimittellieferungen einer Apotheke aus einem anderen EU-Land an die Mitglieder inländischer Krankenkassen.	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , Urt. v. 06.07.2017 - L 5 KR 105/16 -	17-04-140
Arzneimittelhersteller: Erprobung neuer Untersuchungsmethode (DiaPat®-CC Tests, Nachweis Gallengangskarzinom)	B 1 KR 11/18 R Termin: 18.12.2018	Zu den Anforderungen an die Annahme eines Antrags nach § 137e Absatz 7 SGB V auf Erprobung einer neuen Untersuchungsmethode (hier: Proteomanalyse des Gallensekrets und des Urins zur Erkennung eines Gallengangskarzinoms) bei in Fachkliniken behandelten Patienten mit einer primär sklerosierenden Cholangitis (PSC).	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 25.01.2018 - L 1 KR 151/14 KL -	18-02-166
Schiedsspruch: Anforderungen an einen Nutzenbewertungsbeschluss	B 3 KR 2/18 R Termin: 28.03.2019	Zur Rechtmäßigkeit der Bestimmung der zweckmäßigen Vergleichstherapie im Nutzenbewertungsbeschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 35a Absatz 3 SGB V und dessen Auswirkungen auf die Rechtmäßigkeit eines Schiedsspruchs nach § 130b Absätze 3, 4 SGB V.	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 25.01.2018 - L 1 KR 295/14 KL -	18-02-167
Mischpreisbildung für Arzneimittel (Wirkstoff: Albiglutid)	B 3 KR 20/17 R Termin: 04.07.2018	Zur Rechtmäßigkeit eines Schiedsspruchs der Schiedsstelle nach § 130b Abs 5 SGB 5 bezüglich des Zuschlag(es) auf die Jahrestherapiekosten der zweckmäßigen	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 28.06.2017	17-03-215

		Vergleichstherapie und der Mischpreisbildung in der Konstellation unterschiedlich nutzenbewerteter Patientengruppen.	- L 9 KR 213/16 KL -	
Mischpreisbildung bei unterschiedlich nutzenbewerteter Patientengruppen	B 3 KR 21/17 R Termin: 04.07.2018	Zum Begründungsumfang eines Schiedsspruchs zur Festsetzung von Erstattungsbeträgen für Arzneimittel gemäß § 130b SGB 5 insbesondere im Hinblick auf eine Verpflichtung zur Offenlegung des Rechenwegs. Zur Rechtmäßigkeit eines Schiedsspruchs der Schiedsstelle nach § 130b Abs 5 SGB 5 zur Mischpreisbildung bei der Ermittlung des Erstattungsbetrages in der Konstellation unterschiedlich nutzenbewerteter Patientengruppen.	LSG Berlin-Brandenburg , Urt. v. 28.06.2017 - L 9 KR 72/16 KL -	17-04-141
Arzneimittelhersteller/Festbetragsfestsetzung: Vorübergehende Lieferschwierigkeiten	B 3 KR 9/16 R Termin: 03.05.2018	Zur Frage der Rechtmäßigkeit der Anpassung eines Festbetrages für Arzneimittel bei einem zwischenzeitlich eingetretenen Zeitablauf von mehreren Monaten zwischen dem Bewertungsstichtag und dem Wirksamwerden der Festbetragsanpassung einschließlich einer eingeschränkten Lieferfähigkeit des Produkts.	LSG Berlin-Brandenburg , Urt. v. 08.04.2016 - L 1 KR 476/12 KL -	16-03-167
Festbetrag für Medikinet® adult („Methylphenidat Gruppe 1“)	B 3 KR 7/17 R (alt: B 1 KR 5/17 R) Termin: 03.05.2018	Verstößt die Neufestsetzung des Festbetrages für die Festbetragsgruppe Methylphenidat 1 vom 3.2.2014 des GKV-Spitzenverbandes, soweit damit auch ein Festbetrag für Medikinet® mit Wirkung vom 1.4.2014 festgesetzt worden ist, gegen § 35 SGB 5 und gegen höherrangiges Recht?	LSG Berlin-Brandenburg , Urt. v. 26.01.2017 - L 1 KR 67/14 KL -	17-02-188
Festbetrag für „Levothyroxin-Natrium“	B 3 KR 10/17 R Termin: 03.05.2018	Zur Frage der Rechtmäßigkeit der Anpassung eines Festbetrages für Arzneimittel bei einem zwischenzeitlich eingetretenen Zeitablauf von mehreren Monaten zwischen dem Bewertungsstichtag und dem Wirksamwerden der Festbetragsanpassung einschließlich einer eingeschränkten Lieferfähigkeit des Produkts.	LSG Berlin-Brandenburg , Urt. v. 24.02.2017 - L 1 KR 80/14 KL -	17-02-189
Abschlagspflicht für Insulinpräparate ohne Patentschutz und Generika/Wirkstoffgleichheit	B 3 KR 11/17 R Termin: 20.12.2018	Gilt die Abschlagspflicht für patentfreie, wirkstoffgleiche Arzneimittel nach § 130a Abs 3b SGB 5 auch für zwei in demselben biotechnologischen Herstellungsprozess produzierte und wirkstoffidentische Arzneimittel oder ist diese auf Generika und ihre Referenzarzneimittel begrenzt?	LSG Berlin-Brandenburg , Urt. v. 14.12.2016 - L 9 KR 213/13 -	17-02-190
Reduzierung des Herstellerrabatts auf 6 % und Ertragssituation	B 3 KR 10/16 R Termin: 25.10.2018	Unter welchen Voraussetzungen kann ein pharmazeutischer Unternehmer die Reduzierung des Herstellerrabatts von 16 auf 6 % beanspruchen?	LSG Hessen , Urt. v. 11.06.2015 - L 8 KR 88/12 -	16-03-170 NZB
Pharmazeutische Unternehmer: Maßgebliche Spitzenorganisation auf Bundesebene	B 3 KR 16/18 R	Ist der Verband der Arzneimittelimporteure Deutschlands e.V. eine für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildete maßgebliche Spitzenorganisation der pharmazeutischen Unternehmer auf Bundesebene im Sinne von § 130b Absatz 5 Satz 1 SGB V?	LSG Berlin-Brandenburg , Urt. v. 24.05.2018 - L 9 KR 303/15 KL -	18-04-71
Hilfsmittelverzeichnis: Darlegungs- und Beweispflichten des Herstellers	B 3 KR 13/17 R Termin: 28.03.2019	Hat ein Hersteller eines Hilfsmittels Anspruch auf Eingruppierung seines Produkts in eine bestimmte Produktart des Hilfsmittelverzeichnisses (hier: Produktart 23.04.03.3 "Rahmenorthesen zur Führung und Stabilisierung des Kniegelenks mit Extensions-/Flexionsbegrenzung") oder ist der vom Gesetzgeber vorgegebene Zweck des Hilfsmittelverzeichnisses bereits dann erfüllt, wenn das betreffende Hilfsmittel überhaupt aufgenommen/gelistet wird?	LSG Thüringen , Urt. v. 28.03.2017 - L 6 KR 1809/13 -	17-03-216
Hilfsmittelverzeichnis: Aufnahme des Speedy-Duo 2?	B 3 KR 3/16 R Termin: 30.11.2017	Sind Vorspann- bzw. Einhängefahrräder für Rollstühle mit Handkurbelantrieb und elektromotorischer Servounterstützung zum Erreichen von 10 km/h bzw 14 km/h in das Hilfsmittelverzeichnis aufzunehmen?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 08.12.2015 - L 1 KR 61/11 -	16-01-184
Hilfsmittelverzeichnis: Aufnahme von Laufrädern	B 3 KR 5/18 R Zurücknahme	Zum Anspruch auf Aufnahme eines (Therapie-)Laufrads in das Hilfsmittelverzeichnis.	LSG Berlin-Brandenburg , Urt. v. 22.02.2018 - L 1 KR 56/14 -	18-02-172
Zulassung einer Ergotherapeutin: Weitere Fachkraft ausschließlich für	B 3 KR 2/17 R Termin: 20.12.2018	Kann die Zulassung einer selbstständigen Ergotherapeutin im Hinblick auf die freie Mitarbeit einer halbtags tätigen zweiten Ergotherapeutin erweitert werden, wenn die	LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 13.05.2016	16-03-174 NZB

Hausbesuche		Praxis nur über einen ausreichend großen Behandlungsraum verfügt, die Mitarbeiterin aber ausschließlich Hausbesuche durchführen soll?	- L 4 KR 3332/15 -	
Raumhöhe für physiotherapeutische Praxis	B 3 KR 16/17 R Erledigterklärung	Erfüllt ein Physiotherapeut auch dann die Voraussetzungen für eine Zulassung nach § 124 SGB 5, wenn die Raumhöhe seiner Praxis 2,50 m unterschreitet?	LSG Thüringen , Urt. v. 20.04.2017 - L 6 KR 936/14 -	17-03-218
Unterbliebene Durchführung des Schiedsverfahrens	B 3 KR 31/15 R Termin: 29.06.2017 B 3 KR 9/17 R Erledigterklärung	Kann ein Pflegedienst eine höhere Vergütung für Leistungen der häuslichen Krankenpflege (hier: ärztlich verordnete Einmalkatheterisierungen) im Wege der Leistungsklage durchsetzen, wenn ein Schiedsverfahren trotz Vorliegens einer Schiedsvereinbarung unterblieben ist?	LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 18.11.2015 - L 5 KR 2883/13 - LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 21.02.2017 - L 11 KR 4278/15 -	16-01-185 17-02-200
	B 3 KR 7/18 R B 3 KR 8/18 R B 3 KR 9/18 R B 3 KR 10/18 R B 3 KR 11/18 R	Zur Abrechnung von Leistungen der Hebammenhilfe durch Hebammengemeinschaften.	LSG Bayern , Urt. v. 01.03.2018 - L 4 KR 498/17 - - L 4 KR 348/17 - - L 4 KR 479/17 - - L 4 KR 497/17 - - L 4 KR 499/17 -	18-03-155 18-03-159 18-03-158 18-03-157 18-03-156

Integrierte Versorgung

Krankenkassen

Elektronische Gesundheitskarte ohne Lichtbild?	B 1 KR 31/17 R Termin: 18.12.2018	Ist die Krankenkasse berechtigt, ein eingereichtes Lichtbild länger als zur Herstellung der elektronischen Gesundheitskarte erforderlich zu speichern?	LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 23.11.2016 - L 5 KR 1768/16	17-04-145 NZZ
Satzungsregelung: Zusätzliche Leistungen nur bei ungekündigter Mitgliedschaft	B 1 A 1/18 R	Ist eine Satzungsregelung nicht genehmigungsfähig, wenn sie den Anspruch auf zusätzliche Leistungen gemäß § 11 Absatz 6 SGB V an eine ungekündigte Mitgliedschaft koppelt?	LSG Bayern , Urt. v. 20.03.2018 - L 5 KR 394/16 KL -	18-04-75
Wahltarife	B 1 KR 34/18 R	Dürfen Krankenkassen gemäß § 53 Absatz 4 Satz 1 SGB V in ihrer Satzung 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?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 14.06.2018 - L 16 KR 251/14 -	18-04-76
Kosten für medizinische Rehabilitationsleistung und gesetzliche Rentenversicherung	B 1 KR 6/18 R Termin: 11.09.2018	Hat der Träger der gesetzlichen Rentenversicherung einen Erstattungsanspruch gegenüber der Krankenkasse nach § 14 Absatz 4 Satz 1 SGB IX oder §§ 102 ff SGB X, wenn der Versicherte nach Bewilligung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation einen Antrag auf Altersrente stellt (§ 12 Absatz 1 Nummer 2 SGB VI-Sozialgesetzbuch Sechstes Buch - Gesetzliche Rentenversicherung)?	LSG Bayern , Urt. v. 16.01.2018 - L 5 KR 601/15 -	18-02-181
Private Auslandskrankenversicherung: Erstattung von Geldleistungen	B 1 KR 7/18 R Termin: 11.09.2018	Hat eine private Auslandskrankenversicherung einen Anspruch gegen eine gesetzliche Krankenkasse auf Erstattung von Geldleistungen, die sie Versicherten für Krankenbehandlungen im Ausland gewährt hat?	LSG Bayern , Urt. v. 05.12.2017 - L 5 KR 508/17 -	18-02-183
Zustimmung der Aufsichtsbehörde zur Vorstandsvergütungsanpassung	B 1 A 2/18 R	Kann die Aufsichtsbehörde die Zustimmung zum Abschluss, zur Verlängerung oder zur Änderung eines Vorstandsdienstvertrages einer Krankenkasse verweigern, wenn darin die automatische Anpassung des Vorstandsgehalts mittels dynamischer Verweisung (hier: auf die Veränderungsrate gemäß § 71 Absatz 3 SGB V vorgesehen ist)?	LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 05.09.2018 - L 5 KR 4364/17 KL -	18-04-80
Erstattungsanspruch einer unzuständigen Krankenkasse	B 1 KR 15/18 R	Ist eine Krankenkasse einem Erstattungsanspruch einer unzuständigen Krankenkasse gemäß § 105 SGB X ausgesetzt, wenn sie mit der Vereinbarung und Erbringung der	LSG Bayern , Urt. v. 27.02.2018	18-02-184

		vertragszahnärztlichen Gesamtvergütung ihrer Vergütungspflicht für die zu Gunsten ihrer Versicherten erbrachten zahnärztlichen Leistungen nachgekommen ist, die Vergütung vertragszahnärztlicher Leistungen zugunsten eines ihrer Versicherten aber aus der Gesamtvergütung der unzuständigen Krankenkasse erfolgte?	- L 5 KR 224/14 -	
Erstattungsanspruch nach Renten Antragstellung	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 Renten Antrag 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	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

GBA

Sonstiges

Abgabepflicht für Mitarbeiter eines Ärzteblatts einer Ärztekammer	B 3 KS 3/15 R Termin: 28.09.2017	Ist eine Ärztekammer als Herausgeberin eines Ärzteblattes abgabepflichtig nach dem KSVG, wenn die Redaktionsmitglieder ausschließlich ehrenamtlich gegen Aufwandsentschädigung tätig und die Beiträge idR kostenlos verfasst werden?	<i>LSG Mecklenburg-Vorpommern</i> , Urt. v. 16.06.2015 - L 4 R 183/10 -	16-01-251
Beschwerdewert	B 3 KR 14/17 R Termin: 04.07.2018	Kommt es für den Beschwerdewert iS von § 144 Abs 1 S 1 Nr 1 SGG auf den wegen der Erfüllungswirkung nach § 107 Abs 1 SGB 10 verringerten Betrag der geltend gemachten Forderung an (hier: wenn der Kläger einen Anspruch auf Krankengeld geltend macht, im streitgegenständlichen Zeitraum aber bereits Leistungen in Form von Arbeitslosengeld bezogen hat)?	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , Urt. v. 20.04.2017 - L 5 KR 175/16 -	17-04-154

Anhang III: Anhängige Rechtsfragen des Großen Senats und weiterer Senate

Stand: 17.02.2019. Die Angaben „Aktenzeichen“, „Termin“ und „Rechtsfrage“ sowie über die Vorinstanz (Gericht und Aktenzeichen) beruhen auf der Veröffentlichung des BSG (Anhängige Rechtsfragen Großer Senat <http://www.bundessozialgericht.de>).

Sachgebiet	Aktenzeichen:	Rechtsfrage	Vorinstanz	RID
Verfahrensfragen				
Rentenversicherung: Rücküberweisung von Geldleistungen	GS 1/18 Termin: 20.02.2019	Setzt ein Anspruch des Rentenversicherungsträgers gegen das Geldinstitut nach § 118 Absatz 3 Satz 2 SGB VI auf Rücküberweisung von Geldleistungen, die für die Zeit nach dem Tod des Berechtigten überwiesen worden sind, die weitere Existenz des Kontos des Rentenempfängers voraus?	<i>BSG</i> , Beschl. v. 17.08.2017 - B 5 R 26/14 R -	juris