

Rechtsprechungsinformationsdienst 19-03

REDAKTION	5
EDITORISCHE HINWEISE	5
A. VERTRAGSARZTRECHT	6
I. Honorarverteilung	6
1. Veröffentlichung von Beschlüssen des erweiterten Bewertungsausschusses im Internet	7
2. KV Schleswig-Holstein: Ergänzungsvereinbarung zum HVV v. 03.04.2009 rechtswidrig	7
3. Ungleichbehandlung bei PZV-Bildung (KV Schleswig-Holstein)	7
II. Sachlich-rechnerische Berichtigung	8
1. Voraussetzungen für Vertrauensschutz	9
2. Vertrauensschutz nur gegenüber KV, nicht jedoch Krankenkasse	9
3. Keine Honorarkürzung bei Verstoß gegen allgemeine Dokumentationspflichten	10
4. Begriff des „Krankheitsfalls“	10
5. Genetische Diagnostik bei ungeborenem Kind	11
6. Mehrfachansatz der Nr. 11355 und 11356 EBM bei Mehrlingsschwangerschaften	11
7. Abrechnung einer „Kombinationsnarkose mit Maske“ nach Nr. 31822 EBM (Katarakt-Operation)	11
8. Ambulante Operation: Vergütungsausschluss innerhalb von drei Tagen nach Operationstag	12
III. Genehmigung/Qualitätssicherung/Notdienst	12
1. Offenbarung von Informationen aus dem Arztregister an andere vertragsarztrechtliche Stellen	13
2. Wegfall einer Abrechnungsgenehmigung nach Kündigung eines gerichtlichen Vergleichs	13
3. Tomosynthese: Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode	13
4. Teilnahme an der Onkologievereinbarung	14
5. Physikalische und Rehabilitative Medizin: Fachfremdheit von Sonographieleistungen	14
IV. Wirtschaftlichkeitsprüfung/Arzneikostenregress/Schadensersatz	14
1. Nr. 35110 EBM (Verbale Intervention bei psychosom. Krankheitszuständen)	14
2. Arzneikostenregress	15
a) Dokumentationspflichten	15
b) Positives Votum eines späteren Zweitmeinungsverfahrens	15
c) Verordnung des Arzneimittels Forsteo® (Wirkstoff Teriparatid)	16
d) Herstellung von folinsäurehaltigen Infusionslösungen	16
e) Gebrauchsfertigmachen von Calciumfolinat in Apotheke	17
3. Zahnärzte	17
a) Recht des ehemaligen Vertragszahnarztes auf Nachbesserung	17
b) Zuständigkeit der Prothetikausschüsse	18
c) Oralchirurgische Praxis: Fehlende Vergleichbarkeit mit Zahnarztpraxis/Relationsprüfung	18
d) Wahlfeststellung/Arztbrief	19
V. Zulassungsrecht	19
1. Nachbesetzungsverfahren	20
a) Antragsrücknahme bis zur Bekanntgabe der Auswahlentscheidung	20
b) Auswahlermessen: Approbationsalter und Dauer der ärztlichen Tätigkeit	21
c) Praxisnachfolge in BAG setzt Kooperationsbereitschaft der verbliebenen Gesellschafter voraus	21
d) Praxissubstrat bei Aufteilung eines Vertragsarztsitzes zur Ausschreibung einer Hälfte	22
2. Neben vollem kein weiterer hälftiger Versorgungsauftrag	22
3. Belegarztzulassung: Geringe Bettenzahl (Kardiologie)	22
4. Medizinische Versorgungszentren (MVZ)	23
a) Verlegung einer genehmigten Anstellung in anderes MVZ unterschiedlicher Rechtsträger	23
b) Umwandlung einer Angestelltenstelle und Fortführungswille	24
c) Einstweilige Anordnung: Keine Feststellung auf Anwendung der alten Rechtslage	24
5. Ermächtigung eines Herzchirurgen: Facharztfilter	24
VI. Gesamtvergütung/Kassenärztliche Vereinigung/Bewertungsausschuss/SPZ	25
1. Keine unmittelbare Kontaktaufnahme einer Krankenkasse mit Vertragszahnärzten	25
2. Vorstandsdienstverträge/Rechtsaufsicht: Angemessenheit der Vergütung	25
3. Genehmigungsvorbehalte für humangen. Leistungen im EBM: Keine Ermächtigungsgrundlage	25

4. Vergütung eines Sozialpädiatrischen Zentrums	26
VII. Erweiterte Honorarverteilung der KV Hessen (EHV)	26
1. Keine Verzinsung von EHV-Nachzahlungen	27
2. Grundlagenbescheid und Korrektur der Anpassungsbescheide	27
3. Korrektur des Anspruchssatzes: Vertrauensschutz	27
4. Ablehnungsbescheid über Härtefallregelung und Teilnahme als Hinterbliebene	27
VIII. Bundessozialgericht (BSG)	28
1. Honorarverteilung	28
a) Erhöhung des Regelleistungsvolumens für fachgleiche BAG (Quartale IV/09 u. I/10)	28
b) Quotierung von Laboratoriumsuntersuchungen (Quartale I u. II/13)	28
2. Sachlich-rechnerische Richtigstellung: Fachfremde Leistung/Akupunktur durch Gynäkologen	28
3. Laborgemeinschaft: Direktabrechnung/Ausgelagerte Praxisräume	28
4. Zulassungsrecht	29
a) Auswahlentscheidung als Ermessensentscheidung: Bedarf älterer Versicherter	29
b) Erforderlicher Beschäftigungsumfang für Ermächtigung	29
5. Gesamtvergütung	29
a) Honorarkürzung und Fortbildungspflicht: Krankenkassenanspruch	29
b) Datenübermittlung auch bei Gesamtvergütung nach Kopfpauschalen	29
6. Vertagungsantrag: Nachweispflicht eines Arztes in eigener Sache	30
B. KRANKENVERSICHERUNGSRECHT	31
I. Vertrags(zahn)ärztliche Behandlung	31
1. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	31
a) Liposuktionsbehandlungen/Kostenerstattungsanspruch	31
b) Protonentherapie bei kleinzelligem Lungenkarzinom	31
c) Behandlung eines Glioblastoms mit einer immunologischen Kombinationstherapie	31
d) Immuntherapie bei myelodysplastischem Syndrom	32
e) Hyperbare Sauerstofftherapie	32
f) Oncotype DX® Brustkrebstest	33
2. Magnetresonanztomographie in aufrechter Körperposition (Upright-MRT)	33
3. Zahnärztliche Behandlung	33
a) Behandlerwechsel wegen Unzumutbarkeit	33
aa) Wichtiger Grund für Zahnarztwechsel bei nicht erfolgreicher Prothetikbehandlung	33
bb) Umfangreiche Gebiss-Sanierung: Mehrere Nachbesserungen zumutbar	34
b) Versorgung mit Zahnimplantaten nebst Suprakonstruktion: Ausnahmesituation	34
II. Stationäre Behandlung	34
1. Liposuktion: Fehlende Qualität und Wirtschaftlichkeit	34
2. Mammapaugmentation mit Silikonimplantaten/Erprobung der Liposuktion	35
3. Bariatriche Operation: Absehen von vorausgehendem Therapiekonzept	35
4. Mammareduktionsplastik: Entstellung/Psychisches Leiden/Abrechnung	35
5. Schamlippenverkleinerungs-OP	36
III. Kostenerstattung	36
1. Genehmigungsfiktion	36
a) Keine Kostenerstattung nach Selbstbeschaffung	36
b) Einhaltung des Beschaffungsweges: Psychotherapieantrag nach probatorischen Sitzungen	36
c) Zeitlicher Anwendungsbereich/Unaufschiebbarkeit (Lipödem)	37
d) Fünf-Wochen-Frist nach telefonischer Unterrichtung	37
e) Hemmung der Fristen/Gewichtsreduktionsprogramme	37
f) Mitwirkungsverlangen der Krankenkasse (Mammareduktionsplastik)	37
g) Lipid-Apherese-Therapie	38
h) Versorgung mit Cannabisblüten	38
i) Kostenerstattungsanspruch für Behandlung im EU-Ausland	38
j) Zurücknahme einer fiktiven Genehmigung	39
2. Fehlende schuldrechtliche Zahlungsverpflichtung (Motorbewegungsschiene CPM)	39
3. Kausalität/Genexpressionsanalyse	39
4. Kein Übergang eines Anspruchs auf Kostenerstattung	39
5. Zahnersatz im EU-Ausland	40
a) Bindung an Heil- und Kostenplan	40
b) Heil- und Kostenplan erforderlich	40
6. Nachweispflicht für Kosten (Behandlungspflege in Spanien)	40
IV. Arzneimittelversorgung	41

1. Cannabis	41
a) Ärztliche Bescheinigung: Keine Einschätzung erforderlich	41
b) Keine „begründete Einschätzung“ bei unzureichender medikamentöser Behandlung	41
c) Andere Form der Versorgung mit Cannabis unterliegt der erneuten Genehmigungspflicht	41
d) Abwägung bei diagnostizierter Suchterkrankung	42
e) Alternativtherapie bei Multipler Sklerose	42
f) Anspruch auf Dronabinol bei massivem Untergewicht	42
2. Off-Label-Use: Einsatz eines zur Therapie zugelassenen Arzneimittels zur Prophylaxe	43
3. Immuntherapie mit BG-Mun/Frequenztherapie nach Dr. Rife	43
4. Nicht zugelassenes Arzneimittel Eteplirsin (Exondys 51) bei Muskeldystrophie Duchenne	43
V. Hilfsmittel/Heilmittel	44
1. Stehrollstuhl bei Multipler Sklerose	44
2. Bewegungstrainer	44
a) Neue Behandlungsmethode	44
b) Fehlender Anordnungsgrund/Einsatz des Vermögens	44
c) Neue Behandlungsmethode/Fehlender Anordnungsgrund	44
3. Autoschwenksitz: Eingliederungshilfe/Teilhabe am Familienleben	45
4. Therapedreirad-Tandem	45
5. Myo-Orthese „Walk Aide 1000“: Unmittelbarer Behinderungsausgleich	45
6. Vorhalten eines Patientenlifters im Heim	45
7. Hörgeräteversorgung und Festbetrag: Funktionalität und Komfort	46
8. Beschränkung der podologischen Behandlung rechtswidrig	46
9. Unterhalt von Tieren: Kein Hilfs- oder Heilmittel	46
VI. Rehabilitation/Häusliche Krankenpflege	47
1. Rehabilitation: Stationäre Rehabilitationsmaßnahme trotz demenzbedingter Pflegebedürftigkeit	47
2. Häusliche Krankenpflege	47
a) Anziehen von Kompressionsstrümpfen im Wohnheim	47
b) Begleitung durch vertrautes Pflegepersonal während stationären Aufenthalts	48
c) Medizinische Behandlungspflege in ambulant betreuter Wohngemeinschaft	48
d) Zumutbarer Wechsel des Pflegedienstes	48
VII. Beziehungen zu Krankenhäusern	48
1. Vergütungsanspruch/Fälligkeit	50
a) Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit: Abgrenzung Krankenhaus-/Rehabilitationsleistung	50
b) Notwendigkeit einer stationären Krankenhausbehandlung und Gabe von Beruhigungsmittel	50
c) Allogene Stammzelltherapie im Off-Label-Use bei Mantelzelllymphom	50
d) Allogene Stammzelltransplantation	50
e) Widerlegung einer Mindestmengenprognose für Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas	51
f) Nachträgliche Rechnerkorrektur	51
g) Prüfverfahrenvereinbarung	51
aa) Keine Ermächtigungsgrundlage für materiell-rechtliche Präklusionsfristen in PrüfV 2015	51
bb) Eingeschränkte Bedeutung der Prüffristen	52
2. Fallpauschalen	52
a) Fallzusammenführung: Kein Abschluss der medizinischen Behandlung	52
b) Keine Verlegung ohne aktives Tun des Krankenhauses	52
c) Hauptdiagnose	53
aa) Einlieferungsdiagnose und Diagnose nach Abklärung	53
bb) Grunderkrankung „Diabetes mellitus“	53
d) Kodierung einer Nebendiagnose	53
e) Intensivmedizinische Behandlung	54
f) Palliativmedizinische Komplexbehandlung: Spirituelle Begleitung	54
g) Spontanatmungsstunden und Beatmungszeit	54
h) Abgrenzung der Thorakotomie von der Thorakoskopie	54
3. Keine Erstattung bereits geleisteter Aufwandspauschalen	55
VIII. Beziehungen zu Leistungserbringern und Arzneimittelherstellern	55
1. Hilfsmittelerbringer: Ausschreibung/Keine anbieterschützende Vorschrift	56
2. Apotheken: Verordnung eines Arzneimittels unter der Produktbezeichnung	56
3. Sonderzuständigkeit nach § 57a IV SGG: Festlegung eines Preismoratorium-Rabattes	56
IX. Angelegenheiten der Krankenkassen	57
1. Elektrische Gesundheitskarte auch bei Ruhen des Leistungsanspruchs	57
2. Keine Beratungs- und Betreuungsleistungen durch Vertrag mit Beratungsunternehmen	58
X. Bundessozialgericht (BSG)	58

1. Arzneimittel: Lebensbedrohliche Erkrankung (Immunglobuline)	58
2. Kosten für medizinische Rehabilitationsleistung und gesetzliche Rentenversicherung	58
3. Beziehungen zu Krankenhausträgern	59
a) Versorgungsauftrag für Implantation von Kniegelenk-Totalendoprothesen (Knie-TEP)	59
b) Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls	59
c) Transkatheter-Aortenklappen-Implantation und Grundversorgung	59
d) Kodierung einer primären fokalen Hyperhidrose	59
4. Private Auslandskrankenversicherung: Keine Erstattung von Geldleistungen	60
C. ENTSCHEIDUNGEN ANDERER GERICHTE	61
I. Ärztliches Berufsrecht	61
1. Widerruf/Ruhen/Wiedererteilung der Approbation/Berufserlaubnis	61
a) Widerruf: Freiheitsstrafe von (mindestens) einem Jahr wegen Abrechnungsbetrugs	61
b) Ruhen der Approbation	61
aa) Kein Ruhen bei fehlender Gefahr für wichtige Gemeinschaftsgüter	61
bb) Strafrechtlicher Vorwurf sexuellen Missbrauchs in frühem Ermittlungsstadium	62
cc) Zweifel an gesundheitlicher Eignung (Alkoholkonsum)/Untersuchungsanordnung	62
c) Ausnahmsweise Erteilung der Berufserlaubnis über den Zweijahres-Zeitraum hinaus	62
2. Berufspflichten	63
a) Unwürdigkeit eines Vertragsarztes wegen Abrechnungsbetrugs	63
b) Verfahrenshindernis bei Verstoß gegen Beweisverwertungsverbot	63
c) Berufsgerechtheit nach Kammerwechsel: Verfahrenshindernis	64
3. Strafrecht	64
a) Betrug: Gründung eines MVZ über Strohmännchen	64
b) Werbung für Schwangerschaftsabbrüche nach Gesetzesänderung März 2019	64
4. Abtretung vertrags(zahn)ärztlicher Honorarforderungen	65
5. Praxisbewertungen durch Zahnärztekammern	65
II. Arzthaftung	65
1. Bundesgerichtshof (BGH)	65
a) Schadensersatzanspruch bei Schockschaden nach fehlerhaft durchgeführter Koloskopie	65
b) Verwirklichung von nicht aufklärungspflichtigen Risiken	66
c) Anforderungen an hypothetische Einwilligung	66
d) Gutachten einer medizinischen Schlichtungsstelle	66
e) Ladung eines Sachverständigen zur mündlichen Erläuterung	66
f) Verletzung rechtlichen Gehörs durch Übergehen von Parteivortrag	66
2. Behandlungsfehler	67
a) Diagnoseirrtum: Übersehen eines Niereninfarkts	67
b) Befunderhebungsfehler und Mitverschulden eines Patienten	67
c) Glaukombehandlung (hier: chronisches Offenwinkelglaukom)	67
d) Zurücklassen eines Vaginaltupfers	68
3. Aufklärung/Einwilligung	68
a) Berufung der Arztseite auf hypothetische Einwilligung	68
b) Zahnarzt: Keine Aufklärungspflicht über verschiedene Präparationsmethoden	68
4. Durchgangsarzt: Hoheitliches Handeln bei Entscheidung über Art und Schwere der Verletzung	68
ANHANG I: BSG - ANHÄNGIGE REVISIONEN VERTRAGSARZTRECHT	69
ANHANG II: BSG - ANHÄNGIGE REVISIONEN KRANKENVERSICHERUNG	75

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 11.08.2019 eingestellten Entscheidungen.

A. VERTRAGSARZTRECHT

I. Honorarverteilung

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

Nach BSG, Urt. v. 03.04.2019 - **B 6 KA 67/17 R** - sind die **rückwirkenden Neuregelungen** des Bewertungsausschusses ab dem 01.01.2008 zur **Vergütung von Notfallbehandlungen**, mit denen die Notfallbehandlungen in Krankenhäusern und bei Vertragsärzten gleichgestellt wurden, rechtmäßig und wurden bei der Nachvergütung der Klägerin für die streitbefangenen Quartale zutreffend angewandt. In der Senatsrspr. wie der des BVerfG finden sich unterschiedliche **Ansätze zum Gestaltungsspielraum des Normgebers** bei der **Beseitigung normativ induzierter Ungleichbehandlungen in der Vergangenheit**. Im Lichte der Rechtsprechung des BVerfG kann ein gleichheitswidriger Begünstigungsausschluss für den Zeitraum bis zum Inkrafttreten der Neuregelung jedenfalls nicht nur dadurch behoben werden, dass die höheren Leistungen auch der bislang benachteiligten Gruppe gewährt werden, sondern auch dadurch, dass die gleichheitswidrige Begünstigung zwar ganz abschafft wird, aber alle von der Neuregelung Betroffenen wirtschaftlich schlechter gestellt bleiben als die ehemals gleichheitswidrig begünstigte Gruppe. Auch nach BSG, Urt. v. 12.12.2012 - **B 6 KA 3/12 R** - SozR 4-2500 § 75 Nr. 13 war der Bewertungsausschuss nicht verpflichtet, für eine Anhebung der Vergütung der Krankenhäuser auf das Niveau der rechtswidrigen Vergütungstatbestände der ursprünglich geltenden Regelung zu sorgen. Daran hält der Senat fest. Um aber eine faktische Benachteiligung für die Vergangenheit soweit wie möglich zu begrenzen, stellt der Senat **für künftige Streitfälle zu Gleichheitsverstößen bei der Notdienstvergütung** klar, dass der Bewertungsausschuss nach der bestandskräftigen gerichtlichen Feststellung des Gleichheitsverstößes durch EBM-Regelungen innerhalb eines Jahres - ab dem Ende des Quartals, in dem das Urteil den Beteiligten zugestellt worden ist - eine Neuregelung (auch) für die Vergangenheit schaffen muss. Zudem sind die KVen ab diesem Zeitpunkt verpflichtet, die Honorarbescheide gegenüber den Angehörigen der begünstigten Gruppe mit einem Vorbehalt zu versehen, der es ermöglicht, die Vergütungsansprüche für die Zeit bis zur Neuregelung auf das Niveau abzusenken, dass sich (rückwirkend) nach Inkrafttreten der Neuregelung ergibt. Nach BSG, Urt. v. 12.12.2018 - **B 6 KA 41/17 R** - ist die Revision gegen die Verurteilung zur Zahlung des **Strukturzuschlags** an eine staatlich anerkannte **Ausbildungsstätte für Psychotherapie** unzulässig, da die Rechtsgrundlage des Vergütungsanspruchs („Vereinbarung gemäß § 120 SGB V“) eine Norm des Landesrechts ist und die bekl. Krankenkasse nicht dargelegt hat, dass und warum diese landesrechtliche Regelung revisibel sein soll. Zur Sache hat der Senat darauf hingewiesen, dass das SG die Vorschrift zu Recht als **dynamische Verweisung** auf die jeweils geltenden Regelungen des EBM ausgelegt und die Bekl. im Grundsatz zu Recht zur Zahlung von Strukturzuschlägen an die Kl. verurteilt hat. Entgegen der Auffassung des SG dürften die Strukturzuschläge jedoch nicht höher bewertet werden als bei Erbringung der entsprechenden Leistungen durch einen voll ausgelasteten Psychotherapeuten. Nachzahlungen von Honorar für Ausbildungsstätten sind aber grundsätzlich **nicht zu verzinsen**, solange keine entsprechende Vereinbarung getroffen worden ist. Die Vertragspartner der Vereinbarung gemäß § 120 II SGB V durften die

kostentragenden Krankenkassen ermächtigen, über Vergütungsansprüche des Leistungserbringers durch **Verwaltungsakt** zu entscheiden.

1. Veröffentlichung von Beschlüssen des erweiterten Bewertungsausschusses im Internet

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 22.05.2019 - L 5 KA 2830/18

RID 19-03-1

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 21/19 B

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 87b VI 9

Leitsatz: Nach § 87 Abs. 6 Satz 9 SGB V in der ab dem 01.01.2012 geltenden Fassung (seit dem 11.05.2019: § 87 Abs. 6 Satz 10 SGB V) kann eine **Veröffentlichung von Beschlüssen des erweiterten Bewertungsausschusses** sowohl im Deutschen Ärzteblatt als auch im Internet erfolgen. Aus dem 2. Halbsatz der Regelung, dass bei einer **Bekanntmachung im Internet** im Deutschen Ärzteblatt ein Hinweis auf die Fundstelle veröffentlicht werden muss, kommt keine untergeordnete Rolle der Veröffentlichung im Internet gegenüber der im Printmedium zum Ausdruck, nach der der Zeitpunkt der Wirksamkeit des Beschlusses erst zum Zeitpunkt der Veröffentlichung im Deutschen Ärzteblatt eintreten würde.

Die kl. hausärztl. BAG begehrte ein höheres vertragsärztliches Honorar für das Quartal I/14, insb. ohne die Budgetierung der Gesprächsleistungen. *SG Stuttgart*, Ur. v. 27.06.2018 - S 5 KA 3268/16 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

2. KV Schleswig-Holstein: Ergänzungsvereinbarung zum HVV v. 03.04.2009 rechtswidrig

LSG Schleswig-Holstein, Urteil v. 05.02.2019 - L 4 KA 69/15

RID 19-03-2

Revision anhängig: B 6 KA 20/19 R

juris

SGB V § 87b

Da auch **Wachstumsärzten** ein RLV zuzuweisen war (vgl. BSG, Ur. v. 24.01.2018 - B 6 KA 2/17 R - SozR 4-2500 § 87b Nr. 13), kann der **Ausschluss von der Konvergenzregelung** nicht auf ein fehlendes RLV gestützt werden. Teil A Ziffer 1.1 der 2. Ergänzungsvereinbarung zum HVV v. 03.04.2009 verstößt insoweit auch gegen höherrangiges Recht, als darin geregelt ist, dass Wachstumsärzte - unabhängig von der Zuweisung einer Obergrenze - von der Konvergenzregelung ausgeschlossen sind. Im Hinblick darauf, dass das BSG (aaO.) klargestellt hat, dass ein Wachstumsarzt ebenso wie ein etablierter Arzt der RLV-Systematik unterliegt, gibt es bei der Anwendung der Konvergenzregelung keinen sachlichen Grund für eine Ungleichbehandlung von etablierten Ärzten und Wachstumsärzten.

SG Kiel, Ur. v. 07.07.2015 verurteilte die Bekl., das Honorar der Kl. für das Quartal I/09 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden, das *LSG* wies die Berufung der Bekl. zurück.

3. Ungleichbehandlung bei PZV-Bildung (KV Schleswig-Holstein)

SG Kiel, Urteil v. 06.03.2019 - S 2 KA 773/15

RID 19-03-3

Berufung anhängig: LSG Schleswig-Holstein - L 4 KA 12/19 -

juris

SGB V § 87b

Eine Ungleichbehandlung von **etablierten Ärzten**, die bereits in den Quartalen IV/13 bis III/14 bei der ersten PZV-Bildung etablierte unterdurchschnittliche Vertragsärzte waren - und es im Quartal I/14 bzw. I/15 weiterhin sind -, und den Ärzten, die erst während der PZV-Systematik in den Quartalen I/14 bzw. I/15 oder **später die Wachstumsphase verlassen**, jedoch weiterhin unterdurchschnittlich sind, ist unzulässig.

Das *SG* verurteilte unter Abänderung der PZV-Mitteilung und des Honorarbescheides für das Quartal I/15 die Bekl. dazu, den Honoraranspruch des Kl. für das Quartal I/15 neu zu bescheiden.

II. Sachlich-rechnerische Berichtigung

Nach BSG, Urt. v. 26.06.2019 - **B 6 KA 8/18 R** - war eine KV nicht berechtigt, den **zweifachen Ansatz** der Nr. 88740 EBM am **selben Behandlungstag** zu berichtigen, wenn Material desselben Patienten auf das **Virus der „Schweineinfluenza“ mehrfach untersucht** wurde. **Rückwirkende Korrekturen** der Leistungslegenden und vor allem der punktzahlmäßigen Bewertung von Leistungen im EBM sind grundsätzlich nicht zulässig. Die Beschränkung der Berechnungsfähigkeit einer Leistung im EBM auf „einmal am Behandlungstag“ stellt sich grundsätzlich als eine rückwirkende Korrektur einer Gebührenordnungsposition dar und ist nicht rechtmäßig. Eine zweifache Abrechnung der Nr. 88740 EBM kam allerdings nur in Betracht, wenn die Abstriche getrennt und unter Hinweis auf die Entnahmestelle (Nase oder Rachen) dem Labor zugesandt worden sind. Dann stellt die Untersuchung beider Präparate sich als zweimalige Erbringung des Nukleinsäurenachweises der „neuen“ Schweinegrippe dar, die bis zur Ergänzung der Legende auch dann zweimal abgerechnet werden konnte, wenn zwei getrennte und für sich aussagekräftige Untersuchungen durchgeführt worden sind. Nach BSG, Urt. v. 26.06.2019 - **B 6 KA 68/17 R** - ist die KV berechtigt, Abrechnungen von Krankenhäusern über durchgeführte **Notfallbehandlungen** zu berichtigen, wenn Leistungen abgerechnet worden sind, die **nicht zum Spektrum zulässiger Notfallbehandlungen** gehören. Zu den Leistungen, die nach der Rspr. des Senats im Rahmen von Notfallbehandlungen von vornherein nicht erbracht werden können, gehören die hier umstrittenen Labor- und Röntgenleistungen jedoch nicht. Für die **Röntgenleistungen** liegt das auf der Hand, weil sie bei Unfällen sogar zwingender Bestandteil der Erstversorgung sein können. Die Erhebung bestimmter **Laborparameter** kann jedenfalls in Einzelfällen auch im Rahmen einer Notfallbehandlung geboten sein. Zur Erleichterung der Prüfung, ob einzelne Leistungen der Ausrichtung einer Notfallbehandlung auf die Erstversorgung des Versicherten entsprochen haben, können im BMV-Ä, in den Gesamtverträgen, im Honorarverteilungsmaßstab oder auch im EBM selbst für einzelne abgerechnete Leistungen **Begründungsanforderungen** vorgegeben werden, deren Erfüllung jedenfalls generell im Klageverfahren nicht nachgeholt werden kann. Allerdings muss der einzelne Leistungserbringer genau erkennen können, was er auf welchem Vordruck bzw. auf welchem Feld des Abrechnungsscheins angeben muss, um den formalen Begründungsanforderungen gerecht zu werden. Anders als im Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung sind Ärzte und Krankenhäuser im Berichtigungsverfahren nach § 106a I u. II SGB V a.F. (jetzt: § 106d I u. II SGB V) vor Gericht jedenfalls nicht von vornherein mit Erläuterungen und Begründungen zu ihrer Abrechnung ausgeschlossen, die sie nicht bereits im Verwaltungs- und Widerspruchsverfahren vorgebracht haben. In der für den Senat bindenden Auslegung des § 6 II 2 HVM durch das LSG genügt die Norm den genannten Anforderungen nicht; sie ist zu unbestimmt und schränkt den Anspruch des Klägers auf effektiven Rechtsschutz zu weit ein. Deshalb muss der Kläger im wieder eröffneten Berufungsverfahren Gelegenheit zu Darlegungen erhalten, warum die gestrichenen Leistungen in Notfällen erbracht werden durften.

Nach BSG, Urt. v. 15.05.2019 - **B 6 KA 65/17 R** - können **fehlerhafte RLV-Zuweisungsbescheide** auf der **Grundlage des § 106a** (a.F.) bzw. heute § 106d SGB V **korrigiert** werden. Zwar regeln RLV-Bescheide nicht unmittelbar die Abrechnung des Vertragsarztes, doch setzen sie wesentliche Teilelemente des nachfolgenden Honorarbescheides fest. Allerdings genießen RLV-Zuweisungsbescheide einen **höheren Vertrauensschutz** als Honorarbescheide, die innerhalb von vier Jahren ohne wesentliche Einschränkungen korrigiert werden können. Nach dem Wortlaut des § 87b V SGB V a.F. sind **rückwirkende Korrekturen des RLV im Grundsatz ausgeschlossen**. Wie der Senat bereits mit Urteil vom 02.08.2017 entschieden hat, sind davon jedoch **Ausnahmen** etwa dann geboten, wenn das RLV auf Falschabrechnungen des Arztes im maßgeblichen Vorjahresquartal beruht oder wenn sich die KV eine Korrektur des RLV rechtmäßig vorbehalten hat. Zudem kann eine rechtswidrige RLV-Zuweisung bei Vorliegen der in § 45 II 3 SGB X normierten Vertrauensausschlussgründe auch noch nach Beginn ihres Geltungszeitraumes rückwirkend reduziert werden. Die - bedarfsplanungsrechtlich neutrale - Einstellung eines weiteren Arztes auf einer ¾-Stelle bei gleichzeitiger Reduzierung der vollen Anstellung der Ärztin Dr. auf 1/4 kann ersichtlich nicht dazu führen, dass der Bemessung des RLV für die Praxis der Kl. einschließl. der Angestellten nunmehr 2,75 anstelle von zwei Stellen zugrunde zu legen ist. Der Klägerin musste sich daher der Schluss aufdrängen, dass die Bemessung des RLV auf der Grundlage von 2,75 Arztstellen rechtswidrig war (vgl. § 45 II 3 SGB X). Nach BSG, Urt. v. 15.05.2019 - **B 6 KA 63/17 R** - genügt es nicht zur vollständigen Erbringung des Leistungsinhalts nach **Nr. 09315 EBM (Bronchoskopien)**, wenn der Arzt das Endoskop nicht in die Bronchien einführt, sondern nur in die Luftröhre. Das Einsehen der oberen Bronchien genügt nicht zur vollständigen Erbringung des Leistungsinhalts. Dagegen kann der Kl. auch nicht mit Erfolg einwenden, dass die vollständige Erbringung einer Bronchoskopie für ihn als HNO-Arzt fachfremd wäre. Ob Bronchoskopien für HNO-Ärzte **fachfremd** sind, erscheint aus Sicht des Senats angesichts der ausdrücklichen Regelung der entsprechenden GOP im Kapitel für fachärztliche Leistungen der HNO-Ärzte des EBM fraglich, kann jedoch offen bleiben, weil der Kl. unabhängig davon **keine Leistungen abrechnen** kann, die er **nicht vollständig erbracht** hat. Indes entspricht das Vorbringen des K., dass seiner Abrechnung bezogen auf die Nr. 09315 EBM- immer nur in die Luftröhre und nicht in die Bronchien einführt, seinen **eigenen Angaben**. Unter diesen Umständen begegnet es keinen Bedenken, dass die Beklagte die aus der Auswertung von Behandlungsunterlagen des Quartals II/08 gewonnenen Erkenntnisse **auf die Quartale III/08 bis II/12 übertragen** hat, obwohl Abrechnungsauffälligkeiten in Gestalt einer Überschreitung von Tages- oder Quartalszeitprofilen in diesen Folgequartalen nicht vorgelegen haben. Nach BSG, Urt. v. 13.02.2019 - **B 6 KA 58/17 R** - sind bei der **Berechnung der Rückforderung** nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung bereits **zuvor** erfolgte Honorarkürzungen wegen **Überschreitens der Job-Sharing-Obergrenze** nur anteilig und nicht in voller Höhe als Eurobetrag zu berücksichtigen. Ausgangspunkt der Berechnung ist § 106a II 6 (heute § 106d II 6) SGB V. **Danach ist bei den „Prüfungen“ von dem jeweils angeforderten Punktzahlvolumen unabhängig von honorarwirksamen Begrenzungsregelungen auszugehen. Auch die Jobsharing-Obergrenze ist eine „honorarwirksame Begrenzungsregelung“ in diesem Sinne**, die bei der Prüfung der Richtigkeit einer Abrechnung grundsätzlich außer Betracht bleiben muss. Denn sie begrenzt den Umfang der Leistungen, die gegenüber der bekl. KV abrechnungsfähig sind. Dementsprechend kann der Plausibilitätsprüfung nicht nur die Honorarforderung der Kl. zugrunde gelegt werden, die dieser nach Umsetzung der Honorarminderung wegen Überschreitens der Jobsharing-Grenze tatsächlich zusteht. **Allerdings darf bei der Berechnung der Kürzung der Honorarforderungen der Kl. wegen - von ihr eingeräumter und in der Sache nicht umstrittener - Falschabrechnungen nicht unberücksichtigt bleiben, dass ihr Honorar schon aufgrund einer Überschreitung der Jobsharing- Grenze vermindert worden ist.** Dem trägt das Vorgehen der Bekl. angemessen

Rechnung. Die Bekl. hat für jedes betroffene Quartal berechnet, um welchen Vom-Hundert-Satz das angeforderte Honorar wegen Überschreitung der Jobsharing-Grenze vermindert worden ist. Dabei haben sich Werte zwischen 3,41 % (III/07) und 16,6 % (II/09) ergeben. Diesen Prozentsatz hat die Bekl. bei Ermittlung der jeweiligen Überschreitungen wegen fehlerhafter Abrechnungen bei den einzelnen Leistungspositionen oder Leistungskomplexen in Form eines Abschlags berücksichtigt. Damit hat die Bekl. sichergestellt, dass sich **die wertmäßige Höhe der Kürzung wegen fehlerhafter Abrechnung von Gebühren auch danach richtete, inwieweit das angeforderte Honorar schon im Zuge der Anwendung der Jobsharing-Grenze vermindert war**. Das trägt sowohl dem **Verbot einer doppelten Kürzung** als auch der Vorgabe des § 106a II 6 SGB V (heute § 106d II 6 SGB V) Rechnung; diese Norm zielt darauf ab, dass sich Kürzungen wegen fehlerhafter Abrechnungen auch dann tatsächlich auswirken, wenn das Honorar schon durch Maßnahmen der Honorarverteilung - also der Begrenzung der Honorarforderung für tatsächlich korrekt erbrachte Leistungen - vermindert worden ist oder werden muss. Nach BSG, Urt. v. 13.02.2019 - **B 6 KA 56/17 R** - dürfen die **Nrn. 30790 und 30791 EBM** nach ihrer Leistungslegende nur abgerechnet werden, wenn die Voraussetzungen der **Qualitätssicherungsvereinbarung zur Akupunktur (QV-A)** erfüllt sind. Dazu gehört gemäß § 5 Abs. 1 Nr. 2 QV-A die Überprüfung, dass vor der Akupunktur **ein mindestens sechsmonatiges ärztlich dokumentiertes Schmerzintervall** vorliegt. Das LSG hat diese Vorschrift in Übereinstimmung mit der beigel. Krankenkasse zutreffend in dem Sinne ausgelegt, dass zu Beginn der Akupunktur in der Vergangenheit erstellte ärztliche Dokumentationen - des die Akupunktur durchführenden Arztes oder anderer Ärzte - vorliegen müssen, die ein Schmerzintervall belegen, das mindestens sechs Monate und auch noch aktuell andauert. Es **reicht nicht aus**, dass der die Akupunktur durchführende Arzt **allein aufgrund von Angaben des Patienten in der Eingangsuntersuchung** Schmerzzustände von mehr als sechs Monaten feststellt. Ebenso wenig genügt es, wenn sich aus vorhandenen ärztlichen Dokumentationen ergibt, dass solche Schmerzzustände **irgendwann in der Vergangenheit** vorgelegen haben. Ein Schmerzintervall, das nach der QV-A im Rahmen eines schmerztherapeutischen Gesamtkonzepts den Einsatz von Akupunktur rechtfertigt, muss unmittelbar vor Beginn der Behandlung mindestens sechs Monate bestanden haben. Das ergibt sich aus einer systematischen Interpretation der einschlägigen Regelungen der QV-A, deren Ergebnisse durch Dokumente aus der Entstehungszeit der Vorschrift gestützt werden.

1. Voraussetzungen für Vertrauensschutz

SG München, Urteil v. 15.05.2019 - S 38 KA 133/18

RID 19-03-4

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

Leitsatz: 1. Gesichtspunkte des **Vertrauensschutzes** können dazu führen, dass die Befugnis der Kassenärztlichen Vereinigung zu sachlich-rechnerischen Richtigstellungen verbraucht ist.

2. **Voraussetzung** für einen solchen Vertrauensschutz ist aber, dass die Gesamtumstände einen solchen Grad an Vertrauen erreicht haben, dass der Vertrags-(zahn)arzt davon ausgehen konnte, die Abrechnung bestimmter Leistungen werde weiterhin geduldet.

3. Die Bildung von Fallkonstellationen durch die Rechtsprechung (vgl. insb. BSG, Urt. v. 14.12.2005 - B 6 KA 17/05 R - BSGE 96, 1 = SozR 4-2500 § 85 Nr. 22) zeigt zum einen, dass eine Berücksichtigung von Vertrauensschutzgesichtspunkten stattfinden muss, zum anderen aber, dass eine solche Berücksichtigung nur in engen Grenzen und nur in besonderen **Ausnahmefällen** in Betracht zu ziehen ist.

Der Kl. wandte sich erfolglos gegen eine Berichtigung der Nr. 11512, 11513, 11513 neben der Nr. 01793 sowie der Nr. 01793 und 11511 im Quartal III/17 mit der Begründung, eine Nebeneinanderabrechnung der Leistungen im Krankheitsfall sei nicht zulässig. Der Krankheitsfall erstreckte sich gemäß § 21 I BMV-Ä auf bis zu vier Quartale. Das **SG** wies die Klage ab. Nach Auffassung des Gerichts erwächst aus dem Umstand, dass vor den Quartalen III u. IV/16 keinerlei Streichungen von Gebührenordnungspositionen diesbezüglich stattfanden, kein Vertrauenstatbestand. Denn die Bekl. habe sich ausdrücklich auf eine bevorstehende Überprüfung durch den Bewertungsausschuss bezogen und vor diesem Hintergrund die Streichungen für die Quartale III u. IV/16 ausgesetzt.

2. Vertrauensschutz nur gegenüber KV, nicht jedoch Krankenkasse

SG München, Gerichtsbescheid v. 24.05.2019 - S 38 KA 201/18

RID 19-03-5

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

Leitsatz: 1. Für die **Auslegung** von Gebührenordnungspositionen im Vertrags-(zahn)arztrecht ist in erster Linie der Wortlaut der Leistungslegende maßgeblich. Eine systematische Interpretation bzw. eine teleologische Reduktion kommen nur bei unklarer Leistungslegende ergänzend zur Anwendung (vgl. BSG, Urt. v. 15.11.1995 - 6 RKA 57/94 - SozR 3-5535 Nr. 119 Nr. 1 S. 5).

2. Aus Gründen des **Vertrauensschutzes** kann die Vornahme einer sachlich-rechnerischen Richtigstellung ausgeschlossen sein. Dies setzt voraus, dass die Klägerin aufgrund des Verhaltens der

Kassen-(zahn)ärztlichen Vereinigung davon ausgehen konnte, diese werde keine Streichungen der strittigen Gebührenordnungspositionen vornehmen.

3. **Vertrauensschutz** besteht nur gegenüber der **Kassen-(zahn)ärztlichen Vereinigung**, soweit deren originäre Befugnis zur sachlich-rechnerischen Richtigstellung nach § 106a Abs. 1 und 2 SGB V eröffnet ist, nicht jedoch, soweit die Befugnis den **Krankenkassen** gem. § 106a Abs. 3 und 4 SGB V erteilt ist und diese ihrerseits keinen Vertrauenstatbestand gesetzt haben.

Die Kl. ist ein MVZ. Die Bekl. setzte im Quartal I/15 Nr. 01793 neben Nr. 11322 im „Krankheitsfall“ auf Antrag der beigel. Krankenkasse ab. Die Rückforderung belief sich auf 540,91 €. Das **SG** wies die Klage ab. Es führt u.a. aus, würde man den Vertrauensschutz, den die bekl. KV unzweifelhaft durch ihr Verhalten ausgelöst habe, auch auf die beigel. Krankenkasse ausdehnen, hätte dies zur Folge, dass deren Antragsrecht nach § 106a IV 1 SGB V (a.F.) verloren ginge. Damit würden der Krankenkasse ihre Befugnisse im Zusammenhang mit der Abrechnungsprüfung genommen, was jedoch mit der gesetzlichen Regelung nicht vereinbar wäre. Deshalb besteht der Vertrauensschutz nur gegenüber der Bekl., soweit deren originäre Befugnis zur sachlich-rechnerischen Richtigstellung nach § 106a I u. II SGB V (a.F.) eröffnet sei, nicht jedoch, soweit die Befugnis den Krankenkassen gem. § 106a Abs. 3 und 4 SGB V erteilt sei und diese ihrerseits keinen Vertrauenstatbestand gesetzt habe.

3. Keine Honorarkürzung bei Verstoß gegen allgemeine Dokumentationspflichten

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 22.05.2019 - L 11 KA 70/18 B ER

RID 19-03-6

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 106d

Vertragsarztrechtlich ist zwischen allgemeinen und speziellen **Dokumentationspflichten** zu unterscheiden. Allgemeine Dokumentationspflichten begründen § 57 BMV-Ä, § 11 V Psychotherapie-Vb v. 09.05.2017 sowie § 9 I BO. Spezielle Dokumentationspflichten sind solche, die der EBM in der Legende der jeweiligen Leistungsziffer vorgibt.

Werden Dokumentationspflichten, die nicht zum obligaten **Leistungsinhalt** gehören, nicht eingehalten, so berechtigt dies nicht zu einer Honorarkürzung.

Die 77-jährige Ast. ist als Psychologische Psychotherapeutin zugelassen. Nachdem die Ag. einen Hinweis darauf erhalten hatte, die Ast. habe Gutachten zur Beantragung einer Psychotherapie bei einem „Fremdgutachter“ in Auftrag gegeben, veranlasste sie eine Plausibilitätsprüfung. Als Ergebnis hielt sie fest, dass die Anforderungen an eine ordnungsgemäße Dokumentation durchgehend nicht erfüllt seien. Daraufhin strich sie für die Quartale IV/13 bis III/17 sämtliche Ansätze der Leistungen nach den Nr. 35200 und 35201 EBM in der bis 30.06.2017 geltenden Fassung sowie sämtliche Ansätze der Nr. 35401, 35402 und 35405 EBM in der ab 01.07.2017 geltenden Fassung, hob die Honorarbescheide teilweise auf und forderte Honorare in Höhe von 186.680,55 € zurück. Der Widerspruch blieb erfolglos. **SG Düsseldorf**, Beschl. v. 08.08.2018 - S 33 KA 117/18 ER - ordnete die aufschiebende Wirkung der unter dem Az.: S 33 KA 89/18 anhängigen Klage gegen den Honoraraufhebungs- und Rückforderungsbescheid an, das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

4. Begriff des „Krankheitsfalls“

SG München, Urteil v. 15.05.2019 - S 38 KA 205/18

RID 19-03-7

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 106d

Leitsatz: I. Eine exakte Definition des „**Krankheitsfalls**“ ist weder im EBM noch im Bundesmantelvertrag-Ärzte (§ 21 Abs. 1 S. 9 BMV-Ä) enthalten.

II. Der Begriff „Krankheitsfall“ ist als permanenter, durchgängiger und einheitlicher Zustand einer gesundheitlichen Störung zu verstehen. Dies bringt es per se mit sich, dass der „Krankheitsfall“ auch innerhalb der Zeitspanne von 4 Quartalen (§ 21 Abs. 1 S. 9 BMV-Ä) zeitlich begrenzt sein kann. Endet eine **gesundheitliche Störung**, endet damit auch der „Krankheitsfall“. Bei einer erneuten gesundheitlichen Störung entsteht ein neuer „Krankheitsfall“.

III. Wurden in Vorquartalen Leistungen erbracht, die einen früheren „Krankheitsfall“ betreffen, können damit verbundene Abrechnungsausschlüsse (z.B. bei Leistungen der GOP 11512, 11513, 11513Y, 01793) nicht auf einen neuen „Krankheitsfall“ erstreckt werden.

Das **SG** verurteilte die Bekl., das kl. Honorar ohne Absetzung der Gebührenposition 01793/L5/B1 (1x) und 01793/L5/B1 (1x) in Höhe von 1.109,02 € zu vergüten.

5. Genetische Diagnostik bei ungeborenem Kind

LSG Bayern, Urteil v. 05.05.2018 - L 12 KA 17/16

RID 19-03-8

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

Fehlt bei der Abrechnung der Nr. 11410, 11370, 11390 und 11391 EBM eine ausdrückliche **Angabe**, ob die Leistungen als diagnostischer oder prädiktiver Test, als Untersuchung auf Anlageträgerschaft oder als vorgeburtlicher Test erbracht wurden - wie von der Präambel zu Kapitel 11.4 EBM gefordert, so sind die Leistungen nicht vollständig erfüllt.

Der Krankheitsfall ist nicht auf ein eigenständiges **Abrechnungssubjekt „Fetus“** auszudehnen. Der Vertragsarzt hat für am **Nasciturus** vorgenommene Leistungen nur dann einen Anspruch auf zusätzliche Vergütung, soweit dies ausdrücklich im EBM bestimmt ist. Die Nr. 11410, 11370, 11390 und 11391 EBM sind nach dem eindeutigen Wortlaut der Vorschriften **nur einmal im Krankheitsfall** - unabhängig davon, ob Mutter oder Fetus untersucht wurden - abrechenbar. Der Krankheitsfall bezieht sich nur auf die Schwangere selbst. Einen weiteren - eigenständigen - Krankheitsfall für den Nasciturus sieht der EBM nicht vor.

Die kl. Fachärztin für Humangenetik wandte sich gegen die Absetzung der jeweils zweiten abgerechneten Nr. 11410, 11370, 11390 und 11391 EBM in drei Behandlungsfällen im Quartal I/11, jeweils versehen mit der Begründung, diese Leistungen seien nur einmal im Krankheitsfall berechnungsfähig. **SG München**, Urt v. 17.12.2015 - S 21 KA 210/13 wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

6. Mehrfachansatz der Nr. 11355 und 11356 EBM bei Mehrlingsschwangerschaften

SG München, Urteil v. 15.05.2019 - S 38 KA 361/17

RID 19-03-9

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

Leitsatz: I. Auch vor der Änderung der Präambel zum 01.04.2019 durch den Bewertungsausschuss (432. Sitzung; Teil B Ziffer 13 des Beschlusses) mit Wirkung zum 1. April 2019 ist ein **Mehrfachansatz der Gebührenordnungspositionen 11355 und 11356 bei Mehrlingsschwangerschaften** zulässig.

II. Es handelt sich bei der **Änderung der Präambel** lediglich um eine Klarstellung ohne eine Änderung der Leistungslegenden.

III. Der **Wortlaut** der Gebührenordnungspositionen 11355 und 11356 ist nicht eindeutig genug, so dass nicht lediglich der Wortlaut maßgeblich ist, sondern die **sonstigen Auslegungsregeln** ergänzend zur Anwendung kommen (vgl. grundsätzlich BSG SozR 3-5535 Nr. 119 Nr. 1 S. 5; anders LSG Bayern, Urt. jeweils v. 16.05.2018 - L 12 KA 17/16 u. L 12 KA 16/16 zur Auslegung der GOP's 11410, 11370, 11390 und 11391).

Das **SG** gab der Klage statt und verpflichtete die Bekl., die Leistungen nach den Nr. 11355 und 11356 EBM entsprechend nachzuvergüten.

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

LSG Hessen, Urteil v. 20.02.2019 - L 4 KA 3/16

RID 19-03-10

Revision anhängig: B 6 KA 24/19 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 106a; EBM Nr. 31351, 31822, 31831

Die hohe **Leistungsbewertung der Nr. 31822 EBM** - verbunden auch mit der entsprechend hohen Prüfzeit - deutet darauf hin, dass nicht jede Kombinationsnarkose zur Durchführung der Retrobulbäranästhesie zur vollständigen Erfüllung des Leistungsinhaltes ausreicht. Insb. ist eine Kombinationsnarkose nicht hinreichend, bei der eine **„Kombinationsnarkose mit Maske“** lediglich **initial** erfolgt, um das Setzen der lokalen Retrobulbäranästhesie zu erleichtern, bei der Lokalanästhetika mit einer langen Kanüle in die Nähe des Sehnervs neben dem Augapfel eingespritzt werden. Vielmehr fallen unter die Nr. 31822 nur solche Narkosen, die über die **Dauer des operativen Eingriffs** aufrechterhalten werden. Zudem folgt aus dem Wortlaut der ausdrücklich genannten Masken im Zusammenhang mit der in systematischer Hinsicht notwendigen Abgrenzung zur Nr. 31820 EBM,

dass nicht der Einsatz jeder beliebigen Maske hinreichend ist. Da sich die beiden voneinander abzugrenzenden Leistungen auch hinsichtlich des Merkmals der „Anästhesie und/oder Narkose“ unterscheiden, liegt es nahe, die **notwendige Maske funktional** abzugrenzen, nämlich ob sie die bei einer Narkose erforderliche Überwachung der Beatmung in Gestalt der **Messung des endexpiratorische CO₂-Wertes** ermöglicht. Für die hierfür zu dokumentierende Maskenverwendung genügt auch die **Dokumentation** des endexpiratorische CO₂-Wertes in den Narkoseprotokollen (vgl. insoweit auch LSG Hessen, Urt. v. 20.02.2019 - L 4 KA 58/16 - RID 19-02-16, Revision anhängig: B 6 KA 15/19 R).

SG Marburg, Urt. v. 02.12.2015 - S 12 KA 196/14 - RID 16-01-25 verurteilte die Bekl., in all denjenigen Fällen, in denen sie die Nr. 31822 EBM sachlich-rechnerisch berichtigt und in die Nr. 31831 EBM umgewandelt hat, darüber hinaus die Nr. 31820 EBM jeweils einmal im Behandlungsfall zuzusetzen, und wies im Übrigen die Klage ab. Das *LSG* wies die Berufung d. Kl. zurück.

8. Ambulante Operation: Vergütungsausschluss innerhalb von drei Tagen nach Operationstag

SG Düsseldorf, Urteil v. 27.06.2018 - S 14 KA 266/17

RID 19-03-11

Sprungrevision anhängig: B 6 KA 24/18 R

juris

SGB V §§ 87 I, II, 106a

Nr 8 der Präambel zu Abschn. 31.2.1 schließt die Abrechnung der während einer **ambulanten Operation** am Gefäßsystem (Nr. 31202 ff. EBM 2008) durchgeführten **Ultraschalluntersuchungen** (Nr. 33072 EBM) sowie weiterer ambulanter Operationen, die innerhalb eines Zeitraums von drei Tagen bei demselben Patienten, aber in anderen Operationsbereichen vorgenommen werden, aus.

Das *SG* wies die Klage ab.

III. Genehmigung/Qualitätssicherung/Notdienst

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

vertragsärztlichen Versorgung zu schließen. Die Ermächtigung nach § 116 S. 1 SGB V wird nur mit Zustimmung des Krankenhausträgers erteilt und ihre Ausübung stellt nur eine „Nebenfunktion“ zur hauptberuflichen Tätigkeit des Arztes im Krankenhaus dar. Eine „Rund um die Uhr“-Verfügbarkeitsverpflichtung für die Sicherstellung der vertragsärztlichen ambulanten Versorgung trifft den ermächtigten Krankenhausarzt gerade nicht. Der ermächtigte Krankenhausarzt könnte am Notdienst nur in Abstimmung mit seinem Arbeitgeber mitwirken. Der Dienstplan des Krankenhauses und der Notfalldienstplan müssten koordiniert werden. Demgegenüber tritt die Erwägung der bekl. KV zurück, jeder Arzt, der zur ambulanten Versorgung berechtigt ist, müsse auch deren Pflichten - hier die Mitwirkung am Bereitschaftsdienst - mittragen. Schon berufsrechtlich greift die Idee der Belastungsgleichheit nicht: Nach § 26 der Berufsordnung für Ärzte in Hessen sind (nur) die niedergelassenen Ärzte zur Teilnahme am Notdienst verpflichtet, Krankenhausärzte dagegen nicht.

1. Offenbarung von Informationen aus dem Arztregister an andere vertragsarztrechtliche Stellen

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 20.02.2019 - L 11 KA 14/17

RID 19-03-12

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 20/19 B

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 98; Ärzte-ZV §§ 2, 6, 9, 34, 35

§ 9 Ärzte-ZV dient einerseits dem Schutz der personenbezogenen Daten des Arztes im Arztregister und stellt darüber hinaus die Funktionsfähigkeit des **Arztregisters als Auskunftsstelle** für die vertragsärztlichen Institutionen sicher. Insoweit berechtigt die Vorschrift die KV als Arztregisterstelle nicht nur, sondern verpflichtet diese zur Einsichtsgewährung. Die Regelung enthält zugleich einen datenschutzrechtlichen Erlaubnistatbestand der Registerstelle.

§ 9 III Ärzte-ZV normiert nur einen **Anspruch auf Entfernung von Disziplinarbeschlüssen**. Diese Vorschrift erfasst nicht im Sinne einer erweiternden Auslegung sonstige Eintragungen, insb. nicht auch **Beschlüsse von Zulassungsgremien**. Diese bleiben dauerhaft in den Registerakten (hierzu bereits BSG, Urt. v. 16.03.1973 - 6 RKA 40/71 - BSGE 35, 253 = SozR Nr. 1 zu § 6 ZO-Ärzte).

Auf die Regelungen der zwischenzeitlich in Kraft getretenen **Datenschutzgrundverordnung** (DSGVO) kann ein Anspruch auf Löschung personenbezogener Daten ebf. nicht gestützt werden.

SG Düsseldorf, Urt. v. 21.12.2016 - S 33 KA 605/12 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

2. Wegfall einer Abrechnungsgenehmigung nach Kündigung eines gerichtlichen Vergleichs

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 20.03.2019 - L 11 KA 28/18

RID 19-03-13

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 22/19 B

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 72, 75; SGB X § 59

Einem zur **hausärztlichen Versorgung** zugelassenen Facharzt für Allgemeinmedizin kann die Erbringung von **Leistungen nach Kap. 21.1 EBM** nicht genehmigt werden.

Ein **gerichtlicher Vergleich**, mit dem eine Abrechnungsgenehmigung erteilt wurde, kann nach § 59 SGB X wegen Wegfalls der Genehmigungsmöglichkeiten **gekündigt** werden.

Der Kl. ist Facharzt für Allgemeinmedizin, Psychotherapeutische Medizin und Psychotherapie und verfügt über die Approbation als psychologischer Psychotherapeut. Er ist hausärztlich tätig und Mitgesellschafter eines MVZ. Auf Grund eines vor dem Senat im Rechtsstreit L 11 KA 68/98 am 23.02.2000 zwischen dem Kl. und der Bekl. geschlossenen Vergleichs verfügte er über die Genehmigung zur Erbringung und Abrechnung der Leistungen des Abschnitts G II EBM a.F. Am 21.06.2012 kündigte die Bekl. den Vergleich mit sofortiger Wirkung. Sie berief sich auf § 59 I SGB X und führte zur Begründung aus, nach der seinerzeit nicht absehbaren BSG-Rspr. seien KVen nun grundsätzlich nicht mehr befugt, Allgemeinmedizinern gebietsfremde Leistungen des EBM zuzugestehen (BSG, Urt. v. 28.10.2009 - B 6 KA 22/08 R - SozR 4-2500 § 73 Nr. 4). *SG Düsseldorf*, Urt. v. 13.12.2017 - S 14 KA 420/12 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

3. Tomosynthese: Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 20.03.2019 - L 11 KA 36/17

RID 19-03-14

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 135 I 1; EBM Nr. 34282

Im allgemeinen (medizinischen) Sprachgebrauch ist die **Tomosynthese** eine **Form der Mammographie**. Hieraus folgt, dass diese Untersuchungsmethode nicht vom Anwendungsbereich der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie erfasst ist.

Die Tomosynthese ist als **neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode** mangels Empfehlung durch den GBA nicht von der Leistungspflicht der GKV umfasst (§ 135 I 1 SGB V). Von daher kann eine Abrechnungsgenehmigung nicht erteilt werden.

SG Düsseldorf, Urt. v. 15.03.2017 - S 2 KA 240/16 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

4. Teilnahme an der Onkologievereinbarung

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 20.02.2019 - L 11 KA 52/17

RID 19-03-15

Rechtskräftig

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 72 I 1, 82 I; BMV-Ä Anl. 7

Eine Befugnis zur **rückwirkenden Zulassung** sowie zur Liquidation von Leistungen zur **onkologischen Versorgung** scheidet aus. Der Ausschluss einer rückwirkenden Zuerkennung eines vertragsärztlichen Status gilt nämlich auch für weitere nicht auf der Ebene des Status angesiedelte Genehmigungen, die an die persönliche Qualifikationen anknüpfen und damit einhergehend dazu berechtigen, bestimmte Leistungen zu erbringen (BSG, Beschl. v. 03.02.2010 - B 6 KA 20/09 B - <Honoraranspruch für vor der Erteilung der Genehmigung erbrachte Koloskopien>). Bei der Genehmigung zur Teilnahme an der qualifizierten Versorgung krebskranker Patienten nach der OnkologieVb handelt es sich um eine qualifikationsbezogene Genehmigung in diesem Sinne.

Voraussetzungen zur **Teilnahme an der OnkologieVb** ist der Nachweis der vertraglich vereinbarten **Mindestpatientenzahlen**. Die vereinbarte Anknüpfung an eine Mindestanzahl von Patienten, die in den letzten vier abgerechneten Quartalen vor der Antragstellung behandelt wurden, ist rechtlich zulässig. **Privatpatienten** sind bei der Ermittlung des Mindestpatientenvolumens nicht zu berücksichtigen.

SG Düsseldorf, Urt. v. 14.06.2017 - S 14 KA 62/14 - stellte fest, dass der Bescheid der Bekl. v. 06.02.2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides v. 25.02.2014 rechtswidrig gewesen ist, das *LSG* wies die Klage ab.

5. Physikalische und Rehabilitative Medizin: Fachfremdheit von Sonographieleistungen

LSG Saarland, Urteil v. 12.04.2019 - L 3 KA 4/16

RID 19-03-16

Revision anhängig: B 6 KA 19/19 R

juris

SGB V §§ 82, 87, 135 II

Leitsatz: Ein Facharzt für **Physikalische und Rehabilitative Medizin** ist nicht berechtigt, **Sonographieleistungen** gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung abzurechnen.

SG für das Saarland, Urt. v. 03.06.2016 - S 2 KA 21/16 - verurteilte die Bekl., dem Kl. eine Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von sonographischen Untersuchungen von Gelenken und/oder umschriebenen Strukturen des Bewegungsapparates (ohne Säuglingshüfte) im B-Modus (Nr. 33050 EBM) zu erteilen. Das *LSG* wies die Klage ab.

IV. Wirtschaftlichkeitsprüfung/Arzneikostenregress/Schadensersatz

1. Nr. 35110 EBM (Verbale Intervention bei psychosom. Krankheitszuständen)

SG Marburg, Urteil v. 19.06.2019 - S 17 KA 476/17

RID 19-03-17

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 106

Leitsatz: 1. Bei der Bestimmung von **Praxisbesonderheiten** können im Rahmen des **Schätzungsermessens** Prävalenzwerte als Orientierungswert für die Quantifizierung der Praxisbesonderheit herangezogen werden. Eine rein statistische Betrachtung ist jedoch aufgrund der Unschärfe der Prävalenzwerte nicht geboten.

2. Im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung ist der Bezug allein auf **Abrechnungsdiagnosen** und **Ausschluss jeden weiteren Tatsachenvortrages** im Verfahren vor den Prüfungsgremien beurteilungsfehlerhaft (Anschluss an *SG Berlin*, Urt. v. 09.01.2019 - S 87 KA 77/18 - RID 19-01-32).

Das *SG* verpflichtete den Bekl., die Kl. unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

Vgl. ferner *SG Marburg*, Urt. v. 17.12.2018 - S 17 KA 223/17 - RID 19-01-33.

Parallelverfahren:

SG Marburg, Urteil v. 19.06.2019 - S 17 KA 409/17

RID 19-03-18

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

2. Arzneikostenregress

a) Dokumentationspflichten

SG München, Urteil v. 29.05.2019 - S 38 KA 1123/15

RID 19-03-19

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 106

Leitsatz: I. In den Fällen, in denen eine **Prüfung von Amts wegen** durchgeführt wird, hemmt der **Prüfantrag** der Krankenkasse bzw. der Kassenärztlichen Vereinigung die vierjährige Ausschlussfrist bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen nicht.

II. Bei einer Jahresprüfung nach § 16 Abs. 2 Prüfvereinbarung beginnt die vierjährige **Ausschlussfrist** erst mit dem Ende des letzten Quartals der Prüfung, nicht bereits mit dem ersten Prüfungsquartal.

III. Eine **Verordnung** ist nicht allein deshalb als unwirtschaftlich anzusehen, wenn mit dieser kein **Behandlungsschein** einhergeht bzw. sich auf dem Behandlungsschein keine Verordnungs-Diagnose befindet (a.A. bei Erstverordnungen *BSG*, Urt. v. 20.03.2013 - B 6 KA 17/12 R - *SozR* 4-5540 § 48 Nr. 2).

IV. Die **Dokumentation** dient dem Patienten, dem Mitbehandler (Ärzten, Krankenhäusern), dem Nachbehandler, aber auch dem behandelnden Vertragsarzt als Gedächtnisstütze sowie im Rahmen der Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen zur Nachweisführung und im Zusammenhang mit haftungsrechtlichen Fragen (*LSG Niedersachsen-Bremen*, Urt. v. 26.11.2014 - L 3 KA 70/12 - RID 15-01-20).

V. **Fehlt eine Dokumentation** insgesamt, oder erfüllt diese nicht die Mindestanforderungen an Klarheit und Bestimmtheit - es kommt darauf an, ob ein fachkundige Arzt die Behandlungsweise/Verordnungsweise auf der Basis der Dokumentation nachvollziehen kann - sind die Leistungen als nicht erbracht anzusehen und daher zu regressieren (*LSG Bayern*, Urt. v. 07.07.2004 - L 3 KA 510/02 - RID 05-01-34):

VI. Die Vorschriften über die Dokumentation ärztlicher Leistungen (§ 57 Abs. 1 Bundesmantelvertrag-Ärzte <BMV-Ä>, § 10 Abs. 1 der Berufsordnung für Ärzte Bayern, Art. 18 Abs. 1 Ziff. 3 Heilberufe Kammergesetz <HKaG>, § 630f BGB und für Heilmittel aus § 3 Abs. 3 Heilmittel-RL) lassen offen, **auf welche Weise und wo zu dokumentieren** ist. § 57 Abs. 1 BMV-Ä bestimmt lediglich, der Vertragsarzt habe die Befunde, die Behandlungsmaßnahmen sowie die veranlassten Leistungen einschließlich des Tages der Behandlung in geeigneter Form zu dokumentieren. Deshalb erscheint es ausreichend, wenn die Dokumentation anderweitig erfolgt, beispielsweise in der Patientenakte.

Der kl. Balneologe und praktischer Arzt klagte gegen einen Regress in Höhe von 5.592,03 € in den Quartalen I bis IV/08. Das *SG* verpflichtete den Bekl., über den Widerspruch des Klägers erneut unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts zu entscheiden und wies im Übrigen die Klage ab.

b) Positives Votum eines späteren Zweitmeinungsverfahrens

LSG Schleswig-Holstein, Urteil v. 20.02.2018 - L 4 KA 10/15

RID 19-03-20

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 21/19 R/Termin: 11.09.2019

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 106

Therapieempfehlungen des GBA sind für Vertragsärzte verbindlich. Bislang ist höchstrichterlich ungeklärt, ob **Empfehlungen der Fachvereinigungen oder der KBV** in gleicher Weise verbindlich sind wie die Therapiehinweise nach § 92 SGB V. Allerdings müssen sie zumindest im Rahmen der allgemeinen Bindung der Vertragsärzte an das Wirtschaftlichkeitsgebot Beachtung finden.

Die Prüfungsgremien müssen bei der Einzelfallprüfung von Verordnungen kostenintensiver Arzneimittel (hier: Wirkstoffe Adalimumab, Etanercept bzw. Infliximab) ein positives Votum hinsichtlich einzelner Patienten im Rahmen eines nach der Prüfvereinbarung vorgesehenen, aber erst für spätere Zeiträume durchgeführten **Zweitmeinungsverfahrens** zwar nicht zwingend bei dem Entscheidungsergebnis, aber jedenfalls im Prozess der Entscheidungsfindung berücksichtigen.

Die Kl. ist eine seit dem Quartal I/07 bestehende überörtliche BAG zweier Orthopäden. Ihr Mitglied Dr. Z war von 2002 bis September 2007 im Rahmen einer Sonderbedarfszulassung für orthopädische Rheumatologie mit der Zusatzbezeichnung für Osteologie tätig, vor Gründung der Kl. in einer Einzelpraxis. Die Prüfungsstelle setzte in den Jahren 2008 bis 2010 mit Bescheiden gegenüber der Kl. Regresse fest, und zwar für das Quartal I/07 in Höhe von 59.419,56 €, für das Quartal II/07 48.777,16 €, für das Quartal III/07 30.022,24 €, für das Quartal IV/07 46.969,36 €, für das Quartal I/08 74.753,84 €, für das Quartal II/08 49.311,24 €, für das Quartal III/08 71.058,51 € und für das Quartal IV/08 64.458,53 €. Der Widerspruch blieb erfolglos. *SG Kiel*, Urt. v. 10.09.2014 - S 16 KA 228/11 - wies die Klage ab, das *LSG* hob den angefochtenen Bescheid auf.

Im Parallelverfahren L 4 KA 13/15 ist der Kl. Orthopäde und war seit 2002 im Rahmen einer Sonderbedarfszulassung für Rheumatologie mit der Zusatzbezeichnung Osteologie zugelassen. Seit September 2007 hat er eine reguläre Zulassung als Orthopäde. Die beigel. Krankenkasse stützte ihre Prüfanträge auf die Verordnung der Medikamente Humira® (Wirkstoff Adalimumab), Remicade® (Wirkstoff Infliximab) und Enbrel® (Wirkstoff Etanercept), was gegen § 12 SGB V und Nr. 14 (AMR verstoße. Die Prüfungsstelle setzte gegenüber dem Kl. Regresse fest, und zwar für das Quartal I/06 in Höhe von 45.155,59 €, für das Quartal II/06 in Höhe von 41.288,33 €, für das Quartal III/06 in Höhe von 54.157,55 € und für das Quartal IV/06 in Höhe von 55.071,75 €. Die Regresse begründete sie auf jeden einzelnen Patienten bezogen und stützte sich dabei auf Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh) zur Therapie mit TNF-hemmenden Wirkstoffen bei entzündlich-rheumatischen Erkrankungen. Der Widerspruch blieb erfolglos. *SG Kiel*, Urt. v. 19.05.2011 - S 16 KA 228/11 - wies die Klage ab, das *LSG* hob den angefochtenen Bescheid auf.

Parallelverfahren:

LSG Schleswig-Holstein, Urteil v. 20.02.2019 - L 4 KA 13/15

RID 19-03-21

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 22/19/Termin:
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

c) Verordnung des Arzneimittels Forsteo® (Wirkstoff Teriparatid)

LSG Schleswig-Holstein, Urteil v. 20.02.2018 - L 4 KA 11/15

RID 19-03-22

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 23/19 R/Termin:11.09.2019
juris
SGB V § 106

Hat der GBA den **Therapiehinweise** erlassen und werden die darin enthaltenen Anforderungen an eine Verordnung nicht erfüllt, dann liegt Unwirtschaftlichkeit vor.

Es ist bislang höchstrichterlich ungeklärt, ob **Leitlinien** in gleicher Weise eine bindende Wirkung für die Vertragsärzte entfalten und daher von den Prüfungsgremien zu beachten sind wie die Therapiehinweise des GBA, weil es an einer § 17 AMR entsprechenden Regelung hierfür fehlt. Die in ihnen niedergelegten grundlegenden Anforderungen können jedoch allgemeiner Ausdruck einer wirtschaftlichen Behandlungsweise im Sinne der §§ 12 I, 70 I 2 SGB V sein.

Die Beteiligten streiten über die Rechtmäßigkeit eines Regresses wegen der Verordnung von Arzneimitteln im Wege einer Einzelfallprüfung. Dabei geht es um einen Schadensersatzanspruch der Beigel. zu 1) wegen der Verordnung des Arzneimittels Forsteo® (Wirkstoff Teriparatid) in den Quartalen I/07 bis IV/08 durch die Kl. *SG Kiel*, Urt. v. 10.09.2014 wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

d) Herstellung von folinsäurehaltigen Infusionslösungen

LSG Bayern, Beschluss v. 20.08.2018 - L 12 KA 3/17

RID 19-03-23

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 106

Leitsatz: 1. Die **Gebrauchsfertigmachung von Arzneimitteln** (hier Ribofolin) durch den Vertragsarzt zur Anwendung an seinen Patienten ist nicht ausschließlich dem pharmazeutischen Bereich vorbehalten, sondern von der **vertragsärztlichen Leistungspflicht** eines Vertragsarztes als notwendige Vorbereitungshandlung der ärztlichen Behandlung mit umfasst.

2. Die Verordnung als von der Apotheke herzustellende Rezeptur ist unwirtschaftlich, weil die Herstellung von Folinsäure-Infusionslösungen üblicherweise Teil der vertragsärztlichen Tätigkeit und der Bezug der dafür erforderlichen Bestandteile als Sprechstundenbedarf zulässig ist.

Der Kl., ein Internist mit dem Schwerpunkt Hämatologie und Onkologie, wandte sich gegen einen Regress in Höhe von 2.173,73 € für das Quartal II/05. Nach Ansicht des Bekl. war die Verordnung von Folinsäure als Rezeptur unwirtschaftlich. Das Gebrauchsfertigmachen einer nichttoxischer Begleitmedikation in der Praxis könne dem Arzt prinzipiell zugemutet werden. *SG München*, Urt. v. 19.10.2016 - S 21 KA 665/13 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

e) Gebrauchsfertigmachen von Calciumfolinat in Apotheke

SG München, Urteil v. 30.04.2019 - S 38 KA 850/10

RID 19-03-24

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

Leitsatz: I. Es besteht keine Unwirtschaftlichkeit der Ordnungsweise nach § 14 Prüfungsvereinbarung, wenn das **Gebrauchsfertigmachen von Calciumfolinat** nicht in der Arztpraxis, sondern in der **Apotheke** vorgenommen wird (a.A. *LSG Bayern*, Beschl. v. 20.08.2018 - L 12 KA 3/17 - RID 19-03 <vorstehend>; *SG München*, Urt. v. 19.10.2016 - S 21 KA 665/13 -).

II. Das Gebrauchsfertigmachen von Calciumfolinat ist nicht in einer **Arztpraxis** darstellbar und deshalb für den Vertragsarzt unzumutbar. Es kann nicht mehr von einer geradezu selbstverständlichen notwendigen Vorbereitungshandlung im Sinne der BSG-Rechtsprechung ausgegangen werden.

III. Maßgeblich kommt es auf den mit dem Gebrauchsfertigmachen verbundenen notwendigen räumlich-apparativen, personellen und zeitlichen **Aufwand** sowie auf die **Patientenvulnerabilität** an.

IV. Das Gebrauchsfertigmachen von Calciumfolinat ist der **Risikoklasse** „Mittel“ zuzuordnen. Deshalb sind an den Vorgang des Gebrauchsfertigmachens hohe Anforderungen, insbesondere was die Sterilität betrifft, zu stellen. Als Orientierungsmaßstab kann die „Auslegungshilfe für die Überwachung der erlaubnisfreien Herstellung von sterilen Arzneimitteln, insbesondere Parenteralia durch Ärzte oder sonst zur Heilkunde befugte Personen gemäß § 13 Abs. 2b Arzneimittelgesetz (AMG)“ dienen.

Das *SG* verpflichtete betreffend die Quartale III/04 bis I/05 bzgl. Folinsäure und Bisphosphonate zur Neubescheidung und hob die Bescheide bzgl. MAK's auf.

3. Zahnärzte

a) Recht des ehemaligen Vertragszahnarztes auf Nachbesserung

SG München, Urteil v. 04.06.2019 - S 38 KA 5001/17

RID 19-03-25

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 106, 137 IV, 295 Ia

Leitsatz: I. Zur **Herausgabe von Unterlagen**, die Behandlung betreffend, ist der Vertragszahnarzt im Rahmen seiner allgemeinen und besonderen Mitwirkungspflicht (vgl. allgemeine Mitwirkungspflicht des Vertragszahnarztes, aber auch § 295 Abs. 1a SGB V, § 8 Gesamtvertrag-Zahnärzte) auch nach der Beendigung seiner vertragszahnärztlichen Tätigkeit verpflichtet. Es handelt sich um eine im Zusammenhang mit seiner vertragszahnärztlichen Tätigkeit stehende **nachwirkende Pflicht**.

II. Auch wenn die Beschaffung von Unterlagen durch den ehemaligen Vertragszahnarzt erschwert sein sollte, erwächst daraus keine Pflicht der beklagten **Kassenzahnärztlichen Vereinigung** oder von Ausschüssen, sich ihrerseits um die Beschaffung der Unterlagen zu kümmern.

III. Als Korrelat zu den nachwirkenden Pflichten eines ehemaligen Vertragszahnarztes besteht auch das nachwirkende **Recht des ehemaligen Vertragszahnarztes auf Nachbesserung bzw. auf Neuanfertigung**. Dieses Recht auf Nachbesserung oder Neuanfertigung kann auch von einem anderen Vertragszahnarzt in Vertretung des ursprünglichen Behandlers oder durch den Behandler selbst wahrgenommen werden. Der Vertragszahnarzt wird sich nach der Beendigung der vertragszahnärztlichen Tätigkeit zweckmäßigerweise für eine kurze Übergangszeit so organisieren müssen, dass Möglichkeiten zur Nachbesserung bzw. Neuanfertigung bestehen, möchte er sein Nachbesserungsrecht wahrnehmen und wegen Mängeln nicht in Regress genommen zu werden.

IV. Der Vertragszahnarzt kann sich nur dann darauf berufen, er habe keine **Gelegenheit** zur Nachbesserung bzw. Neuanfertigung gehabt, wenn er den Patienten vorher nachhaltig zur Nachbesserung/Neuanfertigung aufgefordert und ihm zu verstehen gegeben hat, dass hierfür keine Kosten anfallen.

Das **SG** wies die Klage ab.

b) Zuständigkeit der Prothetikausschüsse

SG München, Urteil v. 28.03.2019 - S 38 KA 5128/17

RID 19-03-26

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 106a, 106b

Leitsatz: Die **Zuständigkeit der Prothetikausschüsse** erstreckt sich auf Planungs-und/oder Ausführungsmängel bei der Regelversorgung (§ 4 Abs. 1 der Anlage 12 zum BMV-Z) sowie auf die Feststellung eines sonstigen Schadens im Zusammenhang mit der Regelversorgung (§ 23 Abs. 1 S. 2 BMV-Z). Dagegen sind die Ausschüsse nur in begründeten Einzelfällen für **Prothetikmängel** bei der **andersartigen Versorgung** zuständig, überhaupt nicht aber für die Feststellung eines sonstigen Schadens bei der andersartigen Versorgung (vgl. Protokollnotiz zu § 4 Abs. 1 der Anlage 12 zum BMV-Z, § 3 Ziff. 3 der Anlage 4b zu § 11 Gesamtvertrag Zahnärzte-Bayern).

Das **SG** verurteilte auf Klage der Krankenkasse den Beigel. zu 2, den Festzuschuss in Höhe von 2.887,46 € zzgl. 103,10 € (Gutachterkosten) an die Kl. zu zahlen, und wies im Übrigen (Antrag auf Verurteilung zur Entscheidung in der Sache) die Klage ab.

c) Oralchirurgische Praxis: Fehlende Vergleichbarkeit mit Zahnarztpraxis/Relationsprüfung

SG München, Urteil v. 28.03.2019 - S 38 KA 5077/17

RID 19-03-27

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 106a, 106b

Leitsatz: 1. Eine **oralchirurgische Fachzahnarztpraxis** unterscheidet sich, was die Tätigkeit und das Patienten Klientel betrifft, i.d.R. nicht unerheblich von einer konservativ ausgerichteten Zahnarztpraxis (oralchirurgische Ausrichtung und Tätigwerden aufgrund von Überweisungen anderer Ärzte und Zahnärzte). Es besteht daher grundsätzlich keine **Vergleichbarkeit**.

2. Der Umstand, dass eine **Wirtschaftlichkeitsprüfung** anhand **statistischer Zahlen** für Oralchirurgen nicht möglich ist, da es kein statistisches Zahlenmaterial gibt, kann nicht bedeuten, den Kläger in seiner Eigenschaft als Oralchirurg einer Gruppe zuzuordnen, deren Tätigkeit und Patienten Klientel nur partiell identisch ist, nur, um überhaupt eine Wirtschaftlichkeitsprüfung vornehmen zu können.

3. Die Prüfmethode der **Relationsprüfung** bei Leistungen nach der Bema-Nr. 25 als Begleitleistungen zu den Leistungen nach den Bema-Nr. 13a ff. ist nicht statthaft (vgl. SG München, Ur. v. 26.11.2015 - S 21 KA 5121/13 -). Den Wirtschaftlichkeitsprüfungsgremien ist aber nicht verwehrt, im Rahmen der zu fordernden **intellektuellen Prüfung**, z.B. bei der Festlegung der Grenze zum offensichtlichen Missverhältnis zu untersuchen, in welcher Relation die Begleitleistung der Bema-Nr. 25 zu den Füllungsleistungen als Bezugsleistungen steht.

4. Wird eine **statistische Vergleichsprüfung bei Einzelwerten** durchgeführt und wird das offensichtliche Missverhältnis deutlich unter dem Wert von 100 % Überschreitung festgelegt, bedarf es einer sehr fundierten und äußerst ausführlichen Begründung (vgl. BSG, Ur. v. 30.11.2016 - B 6 KA 29/15 R - SozR 4-2500 § 106 Nr. 56).

Das **SG** verpflichtete zur Neubescheidung.

d) Wahlfeststellung/Arztbrief

SG Marburg, Urteil v. 05.06.2019 - S 12 KA 387/18 WA

RID 19-03-28

Sprungrevision anhängig: B 6 KA 25/19 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 106

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

2. Eine **Wahlfeststellung** kommt nicht ausschließlich dann in Betracht, wenn sich die Frage, auf welcher alternativen Ursache der Mehraufwand beruht, nicht allein anhand der Behandlungsausweise, sondern nur durch nachträgliche Befragung des Arztes oder der Patienten beantworten lässt, sondern bereits dann, wenn ein **erhöhter Prüfaufwand** besteht, da es dann an der Offenkundigkeit des Abrechnungsfehlers fehlt. Von einem erhöhten Prüfaufwand ist auszugehen, wenn eine (zahn-)medizinische Expertise erforderlich ist und die sachlich-rechnerische Berichtigung nicht allein maschinell oder durch nicht (zahn-)ärztliche Prüfer erfolgen kann (vgl. bereits SG Marburg, Urt. v. 27.03.2019 - S 12 KA 71/18 -, Berufung anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 38/19 -).

3. Leistungen nach **Nr. 7750 GOÄ** (ausführlicher schriftlicher Krankheits- und Befundbericht) können im Rahmen einer Wirtschaftlichkeitsprüfung abgesetzt werden, wenn die **Arztbriefe nicht vorgelegt** werden.

4. Im Übrigen **Parallelverfahren** zu SG Marburg, Urt. v. 05.12.2018 - S 12 KA 127/18 - juris und - S 12 KA 201/18 - juris, jeweils Sprungrevision anhängig unter B 6 KA 2 und 3/19 R.

Die Beteiligten streiten - nach Erlass zweier Änderungsbescheide und der Abgabe eines Teilanerkennnisses - noch um eine Honorarkürzung in Höhe von insgesamt 2.061.583,64 € bzw. nach Berücksichtigung der Degressionskürzung und des HVM-Einbehalts von 1.445.450,00 € für die drei Quartale IV/12 bis II/13 und hierbei um - vor Abzügen - sachlich-rechnerische Berichtigungen nach Nr. 7750 GOÄ um 55.800,67 € (46.552,65 € und 9.248,02 €), Kürzungen wegen unwirtschaftlicher Behandlungsweise im PAR-Bereich in Höhe von 636,09 €, im KB-Bereich in Höhe von 5.291,35 € und bezogen auf den Gesamtfallwert in Höhe von 1.999.856,14 € bzw. nach Teilanerkennnis vom 05.06.2019 um eine Honorarkürzung in Höhe von insgesamt 1.359.633,32 € netto. Das **SG** wies die Klage ab.

V. Zulassungsrecht

Nach BSG, Urt. v. 15.05.2019 - **B 6 KA 5/18 R** - trifft es nicht zu, dass die **Regelung zu „Konzeptbewerbungen“ im Nachbesetzungsverfahren** nach § 103 IV 10 SGB V a.F. (seit 11.5.2019: § 103 IV 5 Nr. 9 SGB V n.F.) bei Auswahlentscheidungen über die Besetzung eines nach Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen zusätzlich zur Verfügung stehenden Vertragsarztsitzes generell nicht **anwendbar** sei. Die Unterschiede zwischen Nachbesetzungen einerseits und der Besetzung von zusätzlichen Vertragsarztsitzen **nach partieller Entsperrung** andererseits stehen einer **entsprechenden Anwendung** der Vorschrift auch in den zuletzt genannten Zulassungsverfahren nicht entgegen. Allerdings können **derzeit in beiden Konstellationen** nur Bewerbungen von MVZ oder Vertragsärzten berücksichtigt werden, in denen neben dem geplanten Versorgungskonzept **konkret der Arzt benannt wird**, der auf dem Vertragsarztsitz tätig werden soll. Zwar wollte der Gesetzgeber für MVZ und Vertragsärzte die Möglichkeit eröffnen, sich auch ohne Benennung eines Arztes nur mit einem Versorgungskonzept um einen zu vergebenden Vertragsarztsitz bewerben zu können. Hierfür **bedarf es zusätzlicher Regelungen**, die bisher noch fehlen. Mit der Auswahlentscheidung zugunsten einer Konzeptbewerbung **würde** eine bislang weder im SGB V noch in der Ärzte-ZV auch nur ansatzweise konturierte **Sonderform einer „arztlosen Anstellungsgenehmigung“ geschaffen**. Diese müsste später in einem weiteren Verfahren mit einer Anstellungsgenehmigung für einen bestimmten Arzt ausgefüllt werden, wobei die Zulassungsgremien prüfen müssten, ob der anzustellende Arzt nach seiner persönlichen Befähigung in der Lage ist, den besonderen Versorgungsauftrag umzusetzen, mit dem sich das MVZ erfolgreich um den Sitz beworben hat. Andere Bewerber um den freien Sitz müssen es unter bestimmten Voraussetzungen hinnehmen, dass ein geringer qualifizierter Arzt auf dem zu vergebenden Sitz tätig wird, wenn das im Rahmen eines vorzugswürdigen Versorgungskonzepts erfolgt. Dann muss aber auch **sichergestellt werden, dass das MVZ dieses Konzept zeitnah umsetzt**. Das erfordert u.a. **Regelungen zu den Anforderungen an Anstellungsgenehmigungen in Ausfüllung eines Versorgungskonzepts** sowie Bestimmungen zum weiteren Bestand oder Fortfall des Sitzes, falls das Konzept nicht mehr verfolgt wird oder nicht realisiert werden kann, und schließlich auch **Regelungen zur Beteiligung der im Auswahlverfahren unterlegenen Bewerber an den nachfolgenden Verfahrensschritten**. Die Ausgestaltung einer solch komplexen, z.T. grundrechtlich determinierten Rechtslage kann nicht durch die höchstrichterliche Rechtsprechung erfolgen; sie muss aus kompetenziellen Gründen unter Beachtung der Gewaltenteilung durch den Gesetzgeber bzw. den Normgeber der Ärzte-ZV vorgenommen werden. Die Grundrechte der Träger von MVZ aus Art 12 I GG werden dadurch nicht verletzt. Nach BSG, Urt. v. 03.04.2019 - **B 6 KA 4/18 R** - können Gerichte sich bei der **Ermittlung** des entscheidungserheblichen Sachverhaltes **auf die vom Amtsgericht getroffenen Feststellungen oder die Ergebnisse des**

staatsanwaltschaftlichen Ermittlungsverfahrens stützen, auch wenn das Strafverfahren nach § 206a StPO wegen Eintritts eines Verfahrenshindernisses eingestellt wurde. Es liegt eine gröbliche Verletzung vertragszahnärztlichen Pflichten vor, wenn ein Vertragszahnarzt vor Ende 2007 bis zum Jahr 2012 in seiner Praxis eine Überwachungsanlage installiert hat, mit deren Hilfe er Aufnahmen seiner Helferinnen in unbedecktem Zustand beim Umziehen erstellen konnte und erstellt hat, die dann in sein Büro überspielt und dort aufgezeichnet worden sind. In der **über Jahre fortgesetzten massiven Verletzung der Privat- und Intimsphäre der Mitarbeiterinnen** liegt eine Pflichtverletzung im Sinne des § 95 VI 1 SGB V. Strafandrohung und Strafrahmen des § 201a StGB lassen hinreichend deutlich erkennen, welchen Unrechtsgehalt der Gesetzgeber Verletzungen der Intimsphäre zuweist. Gerade die Übertragungen der Bilder aus dem Umkleieraum in das Büro des Kl. und die Speicherung mit dem ausdrücklich eingeräumten Ziel, entsprechende Bilder öfter anzusehen, machen deutlich, dass der Kl. die Intimsphäre der Mitarbeiterinnen zum Objekt seiner besonderen Interessen gemacht hat, was geeignet ist, die Betroffenen nachhaltig zu traumatisieren. Mit einem Zahnarzt, der sich über Jahre so verhalten hat, müssen die Träger der vertragszahnärztlichen Versorgung nicht länger zusammenarbeiten. Nach BSG, Urt. v. 13.02.2019 - **B 6 KA 62/17 R** - ist die Anstellung eines bisher fachärztlich-internistisch tätigen Arztes auf einer halben hausärztlich-internistischen und einer halben fachärztlich-internistischen Arztstelle (eines MVZ) **mit der gesetzlichen Zuordnung von Arztgruppen entweder zur hausärztlichen oder zur fachärztlichen Versorgung nicht vereinbar**. Jedenfalls kann ein Arzt im Rahmen seines Anstellungsverhältnisses bei einem Arzt, bei einer Berufsausübungsgemeinschaft, bei einem MVZ oder ein und derselben Zulassung **nur entweder hausärztlich oder fachärztlich tätig** sein. Die Trennung von hausärztlicher und fachärztlicher Versorgung bei Zulassungen oder Anstellungsgenehmigungen wird durch die Einführung hälftiger Versorgungsaufträge nicht obsolet. Die Erfüllung der besonderen Aufgaben von Hausärzten soll nach dem Willen des Gesetzgebers nicht durch die Möglichkeit gleichzeitiger fachärztlicher Tätigkeit beeinträchtigt werden.

1. Nachbesetzungsverfahren

a) Antragsrücknahme bis zur Bekanntgabe der Auswahlentscheidung

SG Berlin, Urteil v. 10.07.2019 - S 83 KA 264/17

RID 19-03-29

Sprungrevision zugelassen

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 103; SGG § 131 I 3

Allein die bloße abstrakte Möglichkeit, dass nach einer Antragsrücknahme im Rahmen des Nachbesetzungsverfahrens ein erneuter Antrag gestellt wird und dieser nach einer Auswahlentscheidung des Zulassungsausschusses wieder zurückgenommen wird, stellt keine Wiederholungsgefahr dar, die zur Statthaftigkeit der **Fortsetzungsfeststellungsklage** führt.

Ein **Nachbesetzungsverfahren** wird aufgrund einer **Antragsrücknahme** beendet. Eine Antragsrücknahme ist bis zur Festsetzung der Entschädigung oder der Auswahl des Nachfolgers möglich. Letzteres ist zumindest bis zur Zustellung des Bescheides des Zulassungsausschusses möglich (a.A. SG Berlin, Beschl. v. 14.10.2008 - S 83 KA 543/08 ER - RID 09-02-65, juris Rn. 7; SG Marburg, Beschl. v. 04.08.2010 - S 12 KA 646/10 ER - RID 10-03-43, juris Rn. 15).

Die übliche **telefonische Mitteilung** des Ergebnisses der Beratung durch die Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses stellt keine Bekanntgabe des Beschlusses dar.

Durch die Antragsrücknahme erfolgt **keine Auswahl durch den Vertragsarzt**. Vielmehr findet überhaupt keine Auswahl mehr statt.

Der Beschluss des Zulassungsausschusses kann durch Verkündung in der mündlichen Verhandlung **bekannt gegeben** werden. Denkbar ist auch die Zustellung des Protokolls mit den in der Sitzung gefassten Beschlüssen (vgl. BSG, Urt. v. 13.08.2014 - B 6 KA 38/13 R - SozR 4-2500 § 106 Nr. 47, Rn. 17). Dem Problem der „missbräuchlichen“ Antragsrücknahme ist im Rahmen eines erneuten Antrags auf Nachbesetzung zu begegnen.

Die Beteiligten streiten über die Frage, ob das Nachbesetzungsverfahren durch Rücknahme des Nachbesetzungsantrages beendet wurde. Die Beigel. zu 1) ist als Psychologische Psychotherapeutin im Umfang eines vollen Versorgungsauftrages zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Sie verzichtete im August 2016 auf ihre Zulassung im Umfang eines halben Versorgungsauftrages mit der Maßgabe, dass der Verzicht erst wirksam werden solle, wenn der Praxisnachfolger rechtskräftig zugelassen und die Praxis übergeben wurde. Ferner stellte sie gem. § 103 IIIa SGB V einen Antrag auf Durchführung des Nachbesetzungsverfahrens hinsichtlich des hälftigen Versorgungsauftrages, dem der Zulassungsausschuss mit Beschl. vom 23.09.2016, ausgefertigt am 22.12.2016, wie folgt zustimmte: „Diese Zustimmung ist auf die Zeitdauer von 6 Monaten nach Zustellung des Beschlusses begrenzt. Sollte die Entscheidung über die Praxisnachfolge mangels Bewerber im Ausschreibungsverfahren in diesem Zusammenhang oder aufgrund der Rücknahme des Antrages durch den Antragsteller nicht zustande kommen, bedarf es ggf. einer erneuten Antragstellung.“ In der Sitzung am 08.03.2017 traf der Zulassungsausschuss aufgrund von vier Bewerbungen eine Auswahlentscheidung zugunsten der Dipl.-Psych. L. Dies wurde den Beteiligten im Nachgang telefonisch durch die Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses mitgeteilt. Mit Schreiben vom 11.04.2017 nahm die Beigel. zu 1) den Antrag auf Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens zurück. Mit Schreiben vom 20.04.2017 beantragte sie

festzustellen, dass das Nachbesetzungsverfahren beendet sei und sie in unverändertem Umfang an der vertragspsychotherapeutischen Versorgung teilnehme. Zudem bat sie um eine Bestätigung dahingehend, „dass der Bescheid des Zulassungsausschusses aus dessen Sitzung vom 08.03.2017 in dem hiesigen Verfahren den Verfahrensbeteiligten nicht zugestellt wird“. Am 21.04.2017 fand eine weitere Sitzung des Zulassungsausschusses statt. Mit Datum vom 24.04.2017 fertigte der Zulassungsausschuss den Beschluss vom 08.03.2017 und vom 21.04.2017 aus. Frau Dipl.-Psych. L. wurde in dem Beschluss mit Wirkung zum 01.01.2017 zur Teilnahme an der vertragspsychotherapeutischen Versorgung im Umfang eines hälftigen Versorgungsauftrages zugelassen. Die Zulassung erfolgte unter der aufschiebenden Bedingung der Fortführung der Praxis der Beigel. zu 1) an deren Praxissitz. Auf Widerspruch der Beigel. zu 1) hob der Bekl. den Beschluss des Zulassungsausschusses auf und stellte fest, dass das Nachbesetzungsverfahren wegen der Rücknahme des Nachbesetzungsantrags beendet sei. Frau Dipl. Psych. L. erhielt dann anderweitig eine volle Zulassung. Das **SG** wies die Klage ab. Es ging von der Unzulässigkeit und Unbegründetheit der Fortsetzungsfeststellungsklage aus.

Nach LSG Hessen, Urt. v. 04.11.2009 - L 4 KA 50/06 - RID 10-01-59 (anders noch die Vorinstanz SG Marburg, Urt. v. 31.05.2006 - S 12 KA 606/05 - juris) ist in der telefonischen Bekanntgabe des Tenors und damit des wesentlichen Inhalts des Beschlusses des Prüfungsausschusses an den Prozessbevollmächtigten durch die bei der Geschäftsstelle des Prüfungsausschusses tätige Angestellte eine Bekanntgabe im Sinne des § 84 I 1 SGG zu sehen, noch bevor der Beschluss den Beteiligten in der Fassung der Ausfertigung förmlich zugestellt wird. Ein Einverständnis mit bzw. unmittelbare Veranlassung der Bekanntgabe durch das Prüfungsgremium oder dessen Vorsitzenden ist hierfür nicht zwingend notwendig.

b) Auswahlermessen: Approbationsalter und Dauer der ärztlichen Tätigkeit

LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 12.07.2019 - L 24 KA 30/19 B ER

RID 19-03-30

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 104 IV; SGG § 86b I 1 Nr. 2

Das **Approbationsalter** und **Dauer der ärztlichen Tätigkeit** ermöglichen es, einen gewissen Erfahrungsstand und den dadurch erworbenen Standard zu berücksichtigen.

Psychotherapeutin W verzichtete mit Ausschreibungserklärung auf ihre bestehende Zulassung mit einem hälftigen Versorgungsauftrag unter dem Vorbehalt der bestandskräftigen Zulassung eines Nachfolgers. W äußerte den Wunsch, die Praxis an die Ast. weiterzugeben. Der Zulassungsausschuss ließ die Beigel. zu 8) zu. Den Widerspruch der Ast. wies der Ag. zurück. Er ordnete ferner die sofortige Vollziehung der Zulassung der Beigel. zu 8) an. Die Klage der Ast. wies SG Potsdam, Urt. v. 13.03.2019 - S 1 KA 44/18 - ab. Die Ast legte Berufung ein (L 24 KA 32/19). **SG Potsdam**, Beschl. v. 18.03.2019 - S 1 KA 43/18 ER - lehnte den Antrag auf Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung der Klage ab, das **LSG** wies die Beschwerde der Ast. zurück.

c) Praxisnachfolge in BAG setzt Kooperationsbereitschaft der verbliebenen Gesellschafter voraus

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 24.06.2019 - L 11 KA 62/18 B ER

RID 19-03-31

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 95, 103 IV, VI; § 86 B I 1 Nr. 1 SGG

Soweit BSG, Urt. v. 08.12.2010 - B 6 KA 36/09 R - BSGE 107, 147 = SozR 4-2500 § 101 Nr. 9 die Kriterien **Approbationsalter** und **Dauer der ärztlichen Tätigkeit** auf **fünf Jahre** begrenzt, weil sie darauf abzielten, einen gewissen Erfahrungsstand und den dadurch erworbenen Standard zu berücksichtigen, der in dieser Zeit erreicht sei, sind diese Behauptungen weder empirisch belegt noch sonst valide. Sie **widersprechen** auch den **gesetzlichen Vorgaben**. Der Katalog des § 103 IV 5 Nrn. 1 ff. SGB V enthält eine solche Restriktion nicht. Im Übrigen führt dieser rechtlich bedenkliche Ansatz dazu, dass die in § 103 IV 5 Nrn. 1 bis 3 ff. SGB V verorteten Kriterien weithin obsolet werden, nämlich immer dann, wenn die Bewerber die vom BSG generierte Frist überschreiten.

Unmissverständlich ordnet das Gesetz an, dass der Dauer der **Eintragung in die Warteliste** zu berücksichtigen „ist“. Das ist eindeutig und nicht disponibel (hierzu LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 19.05.2014 - L 11 KA 99/13 B ER - RID 14-03-44). Die Dauer der Eintragung in die Warteliste ist im Nachbesetzungsverfahren aber nur ergänzend zu berücksichtigen und hat im Vergleich zu den in § 103 IV 4 SGB V gelisteten Eignungskriterien eine geringere Bedeutung (LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 19.01.2011 - L 11 KA 106/10 B ER u. L 11 KA 119/10 B ER - RID 11-02-50; LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 10.12.2008 - L 11 KA 48/08 - RID 09-02-67).

Eine Bewerberin kann nicht als Praxisnachfolgerin zugelassen werden, wenn ein **Sitz in einer BAG** zu besetzen ist und die verbliebene Gesellschafterin bis zum Abschluss des Verwaltungsverfahrens als

maßgeblichem Zeitpunkt (hierzu BSG, Urt. v. 22.10.2014 - B 6 KA 44/13 R - SozR 4-2500 § 103 Nr. 16) nachvollziehbar erklärt hat, nur mit einem anderen Bewerber tätig werden zu wollen.

Mit Blick auf die **Folgenabwägung** ist von erheblicher Bedeutung, dass im Rahmen des Nachbesetzungsverfahrens insb. die Interessen des in der Gemeinschaftspraxis verbleibenden Arztes auch hinsichtlich der Gestaltung des Verfahrens der Nachfolgezulassung gewahrt sind. Für ihn besteht das Problem sowohl der Auswahl eines für ihn geeigneten Partners wie das des Zeitablaufs.

Auf Ausschreibung des Vertragsarztsitzes des Beigel. zu 8), Facharzt für Innere Medizin/Gastroenterologie, der mit seiner Ehefrau, der Beigel. zu 10), Ärztin für Allgemeinmedizin, eine Vertragsarztpraxis betreibt, ließ der Zulassungsausschuss den Ast. zu. Der Widerspruch der Beigel. zu 9) blieb erfolglos. **SG Düsseldorf**, Beschl. v. 25.07.2018 - S 14 KA 64/18 ER - ordnete die sofortige Vollziehung des Beschl. vom 10.01.2018 an, das **LSG** wies die Beschwerde der Beigel. zu 9) zurück.

d) Praxissubstrat bei Aufteilung eines Vertragsarztsitzes zur Ausschreibung einer Hälfte

SG München, Urteil v. 09.07.2019 - S 38 KA 535/17

RID 19-03-32

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 103 IIIa, IV

Wenn im Rahmen eines Nachbesetzungsverfahrens nach § 103 IIIa, IV SGB V ein ganzer **Vertragsarztsitz aufgeteilt** werden soll, indem eine Hälfte beim abgebenden Arzt verbleibt, die andere Hälfte abgegeben werden soll, ist für eine **Nachbesetzung zur Hälfte** vorauszusetzen, dass die **Fallzahlen** und die **wöchentlichen Arbeitsstunden** jedenfalls nicht unter 50 % der der Fachgruppe liegen. Ansonsten ist für den hälftigen Vertragsarztsitz, der nachbesetzt werden soll, überhaupt keine vertragsärztliche Tätigkeit bzw. keine vertragsärztliche Tätigkeit in „nennenswertem“ Umfang vorhanden, da dann die vertragsärztliche Tätigkeit, die stattfindet, der verbleibenden Hälfte zuzurechnen ist. In diesem Fall ist davon auszugehen, dass der hälftige Vertragsarztsitz, der nachbesetzt werden soll, nicht fortführungsfähig ist und die Nachbesetzung lediglich der Kommerzialisierung dienen soll, die vom Gesetzgeber nicht erwünscht ist (BSG v. 11.12.2013 - B 6 KA 49/12 R - BSGE 115, 57 = SozR 4-2500 § 103 Nr. 13).

Das **SG** stellte fest, dass der Bescheid des Zulassungsausschusses vom 06.09.2017 hinsichtlich der Stattgabe des Antrags von Dr. med. B. auf Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens für einen hälftigen Versorgungsauftrag für den Vertragsarztsitz D-Stadt, D-Straße im Planungsbereich E-Stadt, rechtswidrig ist.

2. Neben vollem kein weiterer hälftiger Versorgungsauftrag

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 07.06.2019 - L 24 KA 39/17

RID 19-03-33

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 25/19 B
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 95; GG Art. 12; Zahnärzte-ZV §§ 19, 19a, 20

Leitsatz: Neben einem **vollen Versorgungsauftrag** scheidet ein weiterer hälftiger Versorgungsauftrag aus.

Der 1937 geb. Kl. ist als Facharzt für Innere Medizin in Sachsen zur vertragsärztlichen Versorgung im hausärztlichen Bereich mit einem vollen Versorgungsauftrag zugelassen. Er beantragte erfolglos im August 2013 die Zulassung mit einem halben Versorgungsauftrag als Facharzt für Innere Medizin (Hausarzt) an seinem Wohnort N in Brandenburg. Dort wolle er seine Patienten ab Freitagmittag versorgen. **SG Potsdam**, Urt. v. 29.03.2017 - S 1 KA 74/15 - verpflichtete den Bekl., den Kl. zur vertragsärztlichen Versorgung mit einem hälftigen Versorgungsauftrag in N zuzulassen. Das **LSG** wies die Klage ab.

3. Belegarztzulassung: Geringe Bettenzahl (Kardiologie)

SG München, Urteil v. 02.10.2018 - S 38 KA 531/17

RID 19-03-34

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 103 VII

Leitsatz: 1. **Bedarfsgesichtspunkte** spielen bei der Belegarztzulassung nach § 103 Abs. 7 SGB V keine Rolle.

2. Für das Vorliegen einer **Rechtsmissbräuchlichkeit** eines Antrages auf Belegarztzulassung nach § 103 Abs. 7 SGB V bedarf es konkreter Anhaltspunkte. Eine nur auf Mutmaßungen und bloße Annahmen gestützte Rechtsmissbräuchlichkeit reicht nicht aus.
3. Es ist legitim und mit § 103 Abs. 7 SGB V vereinbar, dass der Klinikträger seine **Ausschreibung** auf diejenigen Bewerber begrenzt, die seinen Erfordernissen und Vorstellungen am ehesten gerecht werden. Letztendlich handelt es sich um eine unternehmerische Entscheidung.
4. Wenn ein Bewerber offensichtlich nicht dem **Anforderungsprofil**, soweit es zulässig ist, entspricht, erübrigt es sich, mit ihm in weitere ernsthafte Verhandlungen einzutreten.
5. Bei der Frage, ab welcher **Belegbettenzahl** von einer ernsthaften belegärztlichen Tätigkeit gesprochen werden kann, kommt es auf das jeweilige Fachgebiet, aber auch auf die konkrete belegärztliche Tätigkeit an.
6. Je geringer die Anzahl von Belegbetten ist und zugleich **unter zehn Betten** liegt, umso mehr ergibt sich die Notwendigkeit, die Ernsthaftigkeit der belegärztlichen Tätigkeit zu hinterfragen und eine eingehendere Prüfung vorzunehmen.
7. Vor dem Hintergrund, weitere Zulassungen in überversorgten und gesperrten Planungsbereichen zu vermeiden, drängt es sich auf, zunächst zu eruieren, ob die Ausweitung der belegärztlichen Tätigkeit nicht **durch bereits zugelassene Belegärzte** erfolgen kann. Dies setzt jedoch deren Bereitschaft voraus, sowie, dass deren Leistungsspektrum im Wesentlichen mit dem Anforderungsprofil identisch ist.

Der Klinikträger legte im Anforderungsprofil Erfahrungen im gesamten Spektrum der interventionellen Kardiologie fest. Auf die Ausschreibung hin bewarben sich Dr. S. und Dr. O., beide bereits vertragsärztlich zugelassene Fachärzte für Innere Medizin/Kardiologie. Mit diesen wurden mehrere Gespräche geführt. Der Klinikträger kam aber zu dem Ergebnis, dass die Bewerber das in der Ausschreibung beschriebene Anforderungsprofil nicht erfüllten. Deshalb schloss er mit dem Beigel. einen Belegarztvertrag. Der Bekl. wies den **Widerspruch der KV** gegen die Zulassung des Beigel. zurück. Das **SG** wies die **Klage der KV** ab.

4. Medizinische Versorgungszentren (MVZ)

a) Verlegung einer genehmigten Anstellung in anderes MVZ unterschiedlicher Rechtsträger

SG Hamburg, Urteil v. 17.04.2019 - S 27 KA 81/18

RID 19-03-35

Sprungrevision anhängig: B 6 KA 16/19 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
Ärzte-ZV § 24 VII 2

§ 24 VII 2 Ärzte-ZV lässt die **Verlegung einer genehmigten Anstellung** von einem MVZ, das von einer juristischen Person des Privatrechts betrieben wird, zu einem MVZ, das von einer anderen juristischen Person des Privatrechts betrieben wird, nicht zu, auch wenn **Identität der Gesellschafter beider Betreibergesellschaften** besteht. Leitgedanke des Gesetzgebers bei der Regelung des § 24 VII 2 Ärzte-ZV war, eine Schlechterstellung von MVZ gegenüber Vertragsärzten zu verhindern, nicht aber eine Besserstellung zu erreichen, indem juristischen Personen des Privatrechts anders als natürlichen Personen erlaubt wird, genehmigte Anstellungen ihrer Beschäftigten von einer GmbH in eine andere GmbH zu verlegen. Daran ändert der auf Betreiben des Bundesverbandes Medizinischer Versorgungszentren in die Gesetzesbegründung, nicht aber in das Gesetz, aufgenommene Zusatz „in gleicher Trägerschaft oder bei Identität der Gesellschafter“ nichts.

Im August 2017 beantragte die M. GmbH erfolglos die Verlegung der genehmigten Anstellung der Fachärztin für Humangenetik Dr. W. in das MVZ der L. GmbH. Die Ast. führte aus, dass sich das abgebende und das aufnehmende MVZ zwar in unterschiedlicher Trägerschaft befänden. Beide seien aber in Besitz einer identischen Gesellschaft, nämlich der A. GmbH. Es bestehe also Identität der Gesellschafter. Auf Widerspruch der M. GmbH genehmigte der Bekl. ab 18.01.2018 die Verlegung. Hiergegen wurde Klage erhoben. Das **SG** verurteilte den Bekl., über den Widerspruch der M. GmbH vom 13.11.2017 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden.

Parallelverfahren:

SG Hamburg, Urteil v. 17.04.2019 - S 27 KA 83/18

RID 19-03-36

Sprungrevision anhängig: B 6 KA 18/19 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SG Hamburg, Urteil v. 17.04.2019 - S 27 KA 82/18

RID 19-03-37

Sprungrevision anhängig: B 6 KA 17/19 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

b) Umwandlung einer Angestelltenstelle und Fortführungswille

SG Dresden, Beschluss v. 16.04.2019 - S 25 KA 55/19 ER

RID 19-03-38

Beschwerde anhängig: LSG Sachsen - L 1 KA 5/19 B ER -
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

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

Leitsatz: Nach Umwandlung einzelner Anstellungen eines MVZ in Zulassungen und deren Ausschreibung zur Nachbesetzung kommt es im Rahmen der Bewerberauswahl auf einen **Fortführungswillen** des Bewerbers nicht an. Das Verwertungsinteresse des abgebenden MVZ ist nur in Gestalt des Kaufpreises geschützt, der sich nach dem Verkehrswert der mit der Anstellung verbundenen Sachen und Rechte bemisst, soweit sie aus dem Gefüge des MVZ gelöst verkehrsfähig sind, nicht nach dem Wert der Zulassung.

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

c) Einstweilige Anordnung: Keine Feststellung auf Anwendung der alten Rechtslage

SG Marburg, Beschluss v. 17.06.2019 - S 12 KA 189/19 ER

RID 19-03-39

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGG § 86b II; SGB V a. F. § 95 Abs. 1a

Leitsatz: Es kann nicht im Wege der **einstweiligen Anordnung** festgestellt werden, dass der **Zulassungsausschuss** über einen Antrag auf Zulassung eines hausärztlichen Medizinischen Versorgungszentrums nach Maßgabe des § 95 Abs. 1a SGB V in der bis zum 10.05.2019 geltenden Fassung zu entscheiden hat.

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

5. Ermächtigung eines Herzchirurgen: Facharztfilter

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 26.09.2018 - L 3 KA 101/16

RID 19-03-40

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 42/08 B

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 116

Leitsatz: Die **Ermächtigung** eines **Herzchirurgen** zur Beurteilung besonders schwieriger Fälle ist an die Einhaltung des sog. **Facharztfilters** (hier: zugunsten von Kardiologen und Angiologen) geknüpft.

SG Hannover, Urt. v. 07.09.2016 - S 78 KA 369/12 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

VI. Gesamtvergütung/Kassenärztliche Vereinigung/Bewertungsausschuss/SPZ

1. Keine unmittelbare Kontaktaufnahme einer Krankenkasse mit Vertragszahnärzten

SG Düsseldorf, Urteil v. 24.04.2019 - S 2 KA 138/18

RID 19-03-41

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 11 VI, 106d

Soweit die Beteiligten in das vertragszahnärztliche Vergütungssystem eingebunden sind, kommen **unmittelbare Rechtsbeziehungen** zwischen den **Leistungsträgern** und den **Leistungserbringern** regelmäßig nicht in Betracht. Auch die **professionelle Zahnreinigung** als Satzungsleistung einer Krankenkasse ist Teil der vertragszahnärztlichen Versorgung (§ 11 VI 1 SGB V; vgl. LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 14.06.2018 - L 16 KR 251/14 - juris-Rn. 63, RID 18-04-76, Revision anhängig: B 1 KR 34/18 R -), auch wenn sie nach Nr. 1040 GOZ privatärztlich abgerechnet wird. Daraus folgt, dass auch für die sachlich-rechnerische Richtigstellung die im System der vertragszahnärztlichen Versorgung vorgesehenen speziellen Verfahren von den Beteiligten einzuhalten sind.

Streitig ist die Berechtigung der bekl. Betriebskrankenkasse, zu den Mitgliedern der kl. KZV unmittelbar Kontakt aufzunehmen und sie zur Zahlung aufzufordern. Das SG stellte fest, dass es seitens der Bekl. rechtswidrig war und ist, Kontakt zu den Mitgliedern der Kl. unter Hinweis darauf, dass diese die Kosten für eine professionelle Zahnreinigung falsch abrechneten, und mit der Aufforderung, angeblich für eine professionelle Zahnreinigung falsch abgerechnete Beträge zu erstatten, aufzunehmen, soweit die Erstattung Beträge in Höhe der Vergütung der BEMA-Position 107 erfasst.

Nach BSG, Urt. v. 30.07.2019- **B 1 KR 34/18 R** - (zit. nach Terminbericht des BSG Nr. 34/19) hat, erweitert eine Krankenkasse ohne gesetzliche Ermächtigung ihren Tätigkeitskreis durch Gestaltungsleistungen kraft Satzung mittels Wahltarif-Regelungen, ein **Unternehmen der PKV** aufgrund des allgemeinen öffentlich-rechtlichen **Unterlassungsanspruchs** das Recht, ihr das Bewerben und Anbieten gerichtlich untersagen zu lassen.

2. Vorstandsdienstverträge/Rechtsaufsicht: Angemessenheit der Vergütung

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 10.04.2019 - L 7 KA 38/17 KL

RID 19-03-42

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 A 1/19 B

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 78 I, 79 VI; SGB IV § 35a VIa; SGG § 29 IV Nr. 2

Leitsatz: 1. Ist eine Vertragsbestimmung zur **Vergütung von Vorständen einer KZV** nicht hinreichend **bestimmt**, ist sie aufsichtsrechtlich bereits deshalb nicht zustimmungsfähig.

2. Bei einer Ermessensreduzierung auf Null zu Lasten der eine Zustimmung zu den Vorstandsdienstverträgen begehrenden Körperschaft besteht auch **kein Anspruch** auf eine **Neubescheidung**.

Das LSG wies die Klage ab.

3. Genehmigungsvorbehalte für humangen. Leistungen im EBM: Keine Ermächtigungsgrundlage

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 10.04.2019 - L 7 KA 35/16 KL

RID 19-03-43

Revision anhängig: B 6 A 1/19 R

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 87

Leitsatz: 1. Das **Beanstandungsrecht** des BMG nach § 87 Abs. 6 Satz 2 SGB V ist auf eine **Rechtskontrolle** beschränkt.

2. Den Leistungskatalog des **EBM** modifizierende **Genehmigungsvorbehalte** liegen nicht in der Kompetenz des Bewertungsausschusses; sie bedürfen der besonderen gesetzlichen Ermächtigung.

3. Von der gesetzgeberischen Grundentscheidung zur Inanspruchnahme von **Sachleistungen** in Form vertragsärztlicher Behandlung in § 15 Abs. 2 SGB V darf nur in gesetzlich geregelten Fällen abgewichen werden.

4. Das SGB V kennt zwar eine Fülle von Genehmigungsvorbehalten, die die in § 15 Abs. 2 SGB V getroffene Regelung modifizieren, nicht jedoch in Bezug auf **humangenetische Leistungen**; die allgemeinen, in § 87 Abs. 2 und Abs. 2d SGB V enthaltenen Regelungen zum EBM und zu den

Aufgaben des Bewertungsausschusses enthalten weder ausdrücklich noch sinngemäß eine Ermächtigung des Bewertungsausschusses zur Einführung von auf einzelne Gebührenordnungspositionen bezogenen Genehmigungsvorbehalten.

5. Zur **demokratischen Legitimation** des Gemeinsamen Bundesausschusses im Vergleich zu derjenigen des Bewertungsausschusses.

6. **Beanstandungen** im Hinblick auf einzelne Regelungen des EBM dürfen nur mit der Verpflichtung verbunden werden, die Beanstandung innerhalb einer vom BMG zu setzenden Frist zu beheben (§ 87 Abs. 6 Satz 4 SGB V); in konkreten Anweisungen zur Art und Weise der Behebung einer Beanstandung liegt weder schonende noch maßvolle Ausübung von Rechtsaufsicht.

Das **LSG** hob den Bescheid des Bundesministeriums für Gesundheit v. 26.05.2016 auf, soweit dem Bewertungsausschuss aufgegeben worden ist, die Gebührenordnungspositionen 11449, 11514 und 19425 mit Wirkung zum 01.07.2016 durch Streichung der jeweiligen Genehmigungsrechte und -pflichten entsprechend anzupassen (Ziff. 2.a des Bescheides), und wies im Übrigen die Klage ab.

4. Vergütung eines Sozialpädiatrischen Zentrums

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 12.10.2018 - L 24 KA 37/17 KL

RID 19-03-44

juris
SGB V §§ 119, 120

Für die Berechnung der **Vergütung** sind alle vom **Sozialpädiatrischen Zentrum** (SPZ) nach § 120 II 1, III 1 SGB V erbrachten Leistungen der Diagnostik, Beratung, Förderung und Therapie einzubeziehen (BSG, Urt. v. 29.06.2011 - B 6 KA 34/10 R - SozR 4-2500 § 119 Nr. 1, juris-Rn. 10). Der Vortrag, ein SPZ erbringe Leistungen, welche zwar zum Aufgabengebiet nach § 119 SGB V gehörten, wofür aber nicht die Krankenkassen aufzukommen hätten, weil der Leistungsanspruch der versicherten Kinder und Jugendlichen aus § 43a SGB V nur einen Teil des Aufgabengebietes umfasse, widerspricht der angeführten Rechtsprechung, wonach Gegenstand der Vergütung nach § 120 II SGB V alle Aufgaben nach § 119 SGB V sind.

Das **LSG** ordnete mit Beschl. v. 27.06.2017 - L 24 KA 35/17 KL ER - die sofortige Vollziehung des Beschlusses der bekl. Schiedsstelle nach § 18a KHG an. Es wies die Klage der Krankenkasse ab.

VII. Erweiterte Honorarverteilung der KV Hessen (EHV)

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

1. Keine Verzinsung von EHV-Nachzahlungen

LSG Hessen, Urteil v. 10.04.2019 - L 4 KA 30/17

RID 19-03-45

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB I §§ 11 I, 44; KVHG Hessen § 8; Art. 4 § 1 II GKAR; GEHV

Leitsatz: 1. Die **Nachzahlungen** von Leistungen aus der Erweiterten Honorarverteilung (EHV) sind nicht zu **verzinsen**. Es handelt sich bei den Leistungen nicht um **Sozialleistungen** i.S.v. § 44 Abs. 1 SGB I.

2. Ein **Zinsanspruch** kann auch nicht aus § 288 BGB i.V.m. § 69 SGB V abgeleitet werden.

Die Beteiligten streiten um die Verzinsung der Nachvergütung von Leistungen aus der EHV für die 24 Quartale III/06 bis II/12. **SG Marburg**, Urt. v. 31.05.2017 - S 12 KA 760/16 - RID 17-03-86 wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

Parallelverfahren:

LSG Hessen, Urteil v. 10.04.2019 - L 4 KA 31/17

RID 19-03-46

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

LSG Hessen, Urteil v. 10.04.2019 - L 4 KA 28/17

RID 19-03-47

www.sozialgerichtsbarkeit.de

2. Grundlagenbescheid und Korrektur der Anpassungsbescheide

SG Marburg, Urteil v. 26.06.2019 - S 12 KA 7/19

RID 19-03-48

Berufung anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 46/19 -

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

Grundsätze der Erweiterten Honorarverteilung der KV Hessen (GEHV); SGB X §§ 45, 48

Leitsatz: Anpassungsbescheide besitzen nur einen eingeschränkten Regelungsgehalt (vgl. BSG, Urt. v. 15.08.2002 - B 7 AL 38/01 R - SozR 3-1300 § 24 Nr. 21, juris Rdnr. 26). Zur Korrektur eines fehlerhaften EHV-Anspruchssatzes ist der Grundlagenbescheid aufzuheben. Soweit der **Grundlagenbescheid** nicht abgeändert wird, besteht ein Rechtsgrund für die - im Ergebnis zu hohen - Anpassungsbescheide.

Das **SG** hob den Bescheid der Bekl. vom 30.05.2018 in Gestalt des Widerspruchsbescheides v. 05.12.2018 auf.

3. Korrektur des Anspruchssatzes: Vertrauensschutz

SG Marburg, Urteil v. 26.06.2019 - S 12 KA 108/18

RID 19-03-49

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

Grundsätze der Erweiterten Honorarverteilung der KV Hessen (GEHV); SGB X § 45

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

Die Beteiligten streiten um die Neufestsetzung des Anspruchs aus der Teilnahme an der EHV für die Zukunft nach unzureichender Berücksichtigung eines Versorgungsausgleichs und hierbei insb. um die Frage, ob Vertrauensschutz des Kl. besteht. Das **SG** wies die Klage ab.

4. Ablehnungsbescheid über Härtefallregelung und Teilnahme als Hinterbliebene

SG Marburg, Urteil v. 26.06.2019 - S 12 KA 106/18

RID 19-03-50

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

Grundsätze der Erweiterten Honorarverteilung der KV Hessen (GEHV) § 8 Abs. 1 Buchst. a; SGG § 86

Leitsatz: Ein während des Vorverfahrens über die Ablehnung des Antrags auf Teilnahme an der EHV als **Hinterbliebene** ergehender **Ablehnungsbescheid** über die **Härtefallregelung** nach § 8 Abs. 1 Buchst. a Satz 2 GEHV wird nicht Gegenstand des Vorverfahrens. Wird der Ablehnungsbescheid über die Härtefallregelung bestandskräftig, ist das Absehen von der Zweijahresfrist nicht zu prüfen.

Das **SG** wies die Klage ab.

VIII. Bundessozialgericht (BSG)

1. Honorarverteilung

a) Erhöhung des Regelleistungsvolumens für fachgleiche BAG (Quartale IV/09 u. I/10)

BSG, Urteil v. 16.05.2018 - B 6 KA 15/17 R

RID 19-03-51

SozR 4-2500 § 87b Nr. 15 = USK 2018-50

Leitsatz: 1. Die Erhöhung des **Regelleistungsvolumens** um einen **Zuschlag** für Berufsausübungsgemeinschaften (**BAG**) war in den Jahren 2009 und 2010 unter Berücksichtigung aller Ärzte zu ermitteln, die im Zeitpunkt der Leistungserbringung Mitglied der BAG waren.

2. Die in einer Gesellschaft bürgerlichen Rechts zusammengeschlossenen Mitglieder einer BAG können einen Praxispartner ermächtigen, Honorarforderungen der Gesellschaft im eigenen Namen gerichtlich geltend zu machen (**gewillkürte Prozessstandschaft**).

Parallelverfahren:

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

RID 19-03-52

MedR 2019, 497 = USK 2018-50

b) Quotierung von Laboratoriumsuntersuchungen (Quartale I u. II/13)

BSG, Urteil v. 08.08.2018 - B 6 KA 26/17 R

RID 19-03-53

SozR 4-2500 § 87b Nr. 17 = MedR 2019, 234

Die **Quotierung der Vergütung von Laborleistungen** der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM durch den HVM in den Quartalen I u. II/13 und die Vorgabe einer **bundeseinheitlichen Laborquote Q** durch die **KBV** nach § 87b IV SGB V sind rechtmäßig.

2. Sachlich-rechnerische Richtigstellung: Fachfremde Leistung/Akupunktur durch Gynäkologen

BSG, Urteil v. 08.08.2018 - B 6 KA 47/17 R

RID 19-03-54

SozR 4 = MedR 2019, 164

Ein **Gynäkologe** kann **Akupunkturleistungen** nach den Nr. 30790 und 30791 EBM seit der Änderung der Präambel zu Kap.30.7 EBM zum 01.07.2007 nicht abrechnen. Aus einem **Bescheid** (vom Februar 2007), mit dem ihm die KV die Fachkunde zur Erbringung von Akupunkturleistungen bescheinigt und ihm unter diesem Aspekt die Genehmigung zur Erbringung der in der vertragsärztlichen Versorgung berechnungsfähigen Akupunkturleistungen erteilt hat, ergibt sich nichts anderes, wenn sich der Bescheid nicht mit der Frage, welche Akupunkturleistungen für den Kläger als Gynäkologen fachfremd sind, befasst und auch eine Regelung, dass der Kläger von der Beachtung der Grenzen seines Fachgebietes freigestellt werden sollte, nicht enthält.

3. Laborgemeinschaft: Direktabrechnung/Ausgelagerte Praxisräume

BSG, Urteil v. 08.08.2018 - B 6 KA 24/17 R

RID 19-03-55

SozR 4-5540 § 25 Nr. 2 = ZMGR 2019, 20 = GesR 2019, 166 = NZS 2019, 545

Leitsatz: Eine **Laborgemeinschaft**, die zur **Direktabrechnung** der Analysekosten für allgemeine Laboratoriumsuntersuchungen gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung verpflichtet ist, liegt auch vor, wenn mehrere Vertragsärzte dasselbe Labor jeweils für einen gewissen Zeitraum zur Erbringung solcher Leistungen nutzen.

4. Zulassungsrecht

a) Auswahlentscheidung als Ermessensentscheidung: Bedarf älterer Versicherter

BSG, Urteil v. 27.06.2018 - B 6 KA 33/17 R

RID 19-03-56

SozR 4-2500 § 103 Nr. 26 = MedR 2019, 318

Leitsatz: Bei der **Auswahlentscheidung** zur Besetzung eines Arztsitzes, der aufgrund des Demografiefaktors ausgeschrieben worden ist, dürfen die Zulassungsgremien den **Versorgungsbedarf älterer Menschen** besonders berücksichtigen.

b) Erforderlicher Beschäftigungsumfang für Ermächtigung

BSG, Beschluss v. 03.04.2019 - B 6 KA 44/18 B

RID 19-03-57

juris

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Niedersachsen-Bremen*, Urt. v. 26.09.2018 - L 3 KA 102/16 - wird zurückgewiesen.

Auf der Grundlage des § 116 SGB V können nur Ärzte **ermächtigt** werden, die hauptberuflich in einem Krankenhaus bzw. einer der anderen dort genannten Einrichtungen beschäftigt sind; dazu ist keine Vollzeitbeschäftigung erforderlich. Der Beschäftigungsumfang muss aber so ausgestaltet sein, dass er die ärztliche Berufstätigkeit des Arztes prägt und darf - ausgedrückt in Stunden der regelmäßigen vertragsgemäßen Beschäftigung - die **Hälfte** des insoweit für einen **vollzeitbeschäftigten** Arzt maßgeblichen Volumens nicht unterschreiten (BSG, Urt. v. 20.03.2013 - B 6 KA 26/12 R - SozR 4-2500 § 116 Nr. 8 Rn. 30; BSG v. 12.12.2018 - B 6 KA 50/17 R -BSGE <vorgesehen> = SozR 4 <vorgesehen> Rn. 38).

5. Gesamtvergütung

a) Honorarkürzung und Fortbildungspflicht: Krankenkassenanspruch

BSG, Urteil v. 27.06.2018 - B 6 KA 60/17 R

RID 19-03-58

SozR 4-2500 § 95d Nr. 2 = USK 2018-60

Leitsatz: 1. Kürzt eine Kassen(zahn)ärztliche Vereinigung die Honoraransprüche von Vertrags(zahn)ärzten wegen Verletzung der **Fortbildungspflicht**, kann der **Krankenkasse** ein öffentlich-rechtlicher **Erstattungsanspruch** aufgrund zu viel gezahlter Gesamtvergütung zustehen, wenn diese nach Einzelleistungen berechnet wird.

2. Ein Erstattungsanspruch ist ausgeschlossen, wenn die Summe der von der Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigung mit Rechtsgrund gezahlten **Einzelleistungsvergütungen** den für die Krankenkasse vereinbarten Höchstbetrag des Ausgabenvolumens übersteigt.

b) Datenübermittlung auch bei Gesamtvergütung nach Kopfpauschalen

BSG, Urteil v. 27.06.2018 - B 6 KA 27/17 R

RID 19-03-59

SozR 4 = GesR 2019, 101 = MedR 2019, 405

Eine KZV ist auch bei einer vereinbarten Gesamtvergütung nach Kopfpauschalen verpflichtet, den Krankenkassen die in § 295 II 1 SGB V genannten **Daten** für die Abrechnung der Vergütung zu **übermitteln**.

Soweit über die Datenübermittlung **gerichtliche Verfahren** anhängig gemacht werden, gebietet es die Garantie eines effektiven Rechtsschutzes, Aufbewahrungs- und Lösungsfristen als **gehemmt** anzusehen.

6. Vertagungsantrag: Nachweispflicht eines Arztes in eigener Sache

BSG, Beschluss v. 03.04.2019 - B 6 KA 30/18 B

RID 19-03-60

juris
ZPO § 227 I 1

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Berlin-Brandenburg*, Urt. v. 13.06.2018 - L 7 KA 84/13 - RID 18-03-13 wird zurückgewiesen.

Vertagungsanträge, die mit einer **gesundheitlichen Beeinträchtigung** des Kl. oder seines Bevollmächtigten begründet werden, müssen so abgefasst sein, dass das Gericht die Verhandlungsunfähigkeit ohne Weiteres erkennen kann (Beschl. v. 13.10.2010 - B 6 KA 2/10 B - SozR 4-1500 § 110 Nr. 1 m.w.N.). Dem genügt der Hinweis auf eine „**akute Myokardinsuffizienz**“ nicht. Dass der Kl. daran leidet, besagt für sich genommen nichts dazu, ob er in der Lage ist, einen Gerichtstermin wahrzunehmen.

Das Vorbringen des Kl., er habe von seiner Verhandlungsunfähigkeit an einem bestimmten Tag **subjektiv überzeugt sein dürfen**, läuft darauf hinaus, dass zumindest ein Arzt, der an einer chronischen Erkrankung leidet, kurzfristig die Aufhebung jedes Gerichtstermins erreichen kann, ohne nähere Angaben zu den genauen Auswirkungen der Erkrankung am fraglichen Tag zu machen und dem Gericht auch nur die Möglichkeit einer Überprüfung zu geben. Diese Auffassung teilt der Senat nicht.

Von der Notwendigkeit der **Spezifizierung der gesundheitlichen Beeinträchtigung** im Hinblick auf die Unfähigkeit, einen Gerichtstermin wahrzunehmen, ist der Kl. nicht deshalb freigestellt, weil er **selbst Arzt** ist. Es ist nicht ausgeschlossen, dass ein sich selbst behandelnder Arzt hinreichend präzise Angaben zu seiner akuten gesundheitlichen Beeinträchtigung macht, doch gelten dann, wenn einem von einem Kl. als Arzt in eigener Sache gestellten Aufhebungsantrag keine näheren ärztlichen Befunde beigelegt sind, insoweit keine anderen Anforderungen an die Darstellungstiefe als sie an eine ärztliche Bescheinigung gestellt werden, die von einem anderen Arzt verfasst wird.

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 Orthonyxiebehandlung erbringen wollen, begründet dies keinen Anspruch auf Verschaffung einer **Behandlung durch einen Nichtarzt**.

1. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

a) Liposuktionsbehandlungen/Kostenerstattungsanspruch

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 19.07.2018 - L 16 KR 660/17

RID 19-03-61

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 13 III, 27 I, 135 I 1 Nr. 1

Ein Anspruch auf die neue Behandlungsmethode der **ambulanten ärztlichen Liposuktion** zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung scheidet nach wie vor aus, weil der **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 (vgl. BSG, Beschl. v. 10.05.2012 - B 1 KR 78/11 B - SozR 4-2500 § 140f Nr. 1 Rn. 6). Ein Ausnahmefall des Systemversagens liegt ersichtlich nicht vor, nachdem sich der GBA auf Antrag der Patientenvertretung seit dem 20.03.2014 mit der Liposuktion befasst hat und mit Beschl. v. 20.07.2017 über eine Änderung der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung entschieden und das Bewertungsverfahren ausgesetzt hat.

Ein Kostenerstattungsanspruch scheidet aus, wenn die erteilten **Rechnungen** über die vier ambulanten Liposuktionen keine Fälligkeit der Vergütung begründeten, da sie die formellen Voraussetzungen der Regelung des § 12 II bis IV GOÄ nicht erfüllten.

SG Gelsenkirchen, Urt. v. 27.11.2014 - S 11 KR 345/14 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

b) Protonentherapie bei kleinzelligem Lungenkarzinom

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 23.05.2019 - L 1 KR 381/17

RID 19-03-62

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 2 Ia

Die **Protonentherapie** gehört nicht zum Katalog der **ambulant** von den gesetzlichen Krankenkassen zu erbringenden Leistungen. Es fehlt an der nach § 135 I SGB V dafür erforderlichen Anwendungsempfehlung durch den GBA. Im Bereich der **stationären** Versorgung ist gem. § 137c I 2 SGB V die Durchführung der Protonentherapie bei einem kleinzelligen Lungenkarzinom zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen. Nach § 4 Nr. 3.9 der Richtlinie des GBA zu den Methoden der Krankenhausbehandlung darf die Protonentherapie nicht zur Behandlung eines inoperablen Lungenkarzinoms des UICC Stadiums IV eingesetzt werden. Für einen Anspruch nach **§ 2 Ia SGB V** fehlt es an einer auf Indizien gestützten, nicht ganz fern liegende Aussicht auf Heilung oder wenigstens auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf.

Die Beteiligten streiten über die Erstattung der Kosten einer Protonentherapie in Höhe von 21.964,01 €. *SG Potsdam*, Urt. v. 12.07.2017 - S 15 KR 169/14 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

c) Behandlung eines Glioblastoms mit einer immunologischen Kombinationstherapie

LSG Bayern, Urteil v. 16.05.2019 - L 20 KR 502/17

RID 19-03-63

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 48/19 B

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 2 Ia, 13 V

Leitsatz: 1. Auch eine **Unaufschiebbarkeit** i.S.d. § 13 Abs. 3 Satz 1, 1. Alt. SGB V entbindet den Versicherten grundsätzlich – von Fällen mit ganz besonderer Eilbedürftigkeit abgesehen – nicht von seiner Obliegenheit, der Krankenkasse vor Inanspruchnahme der begehrten Leistung die Möglichkeit

zur Prüfung und Erbringung im Wege der Sachleistung dadurch zu eröffnen, dass er die **Krankenkasse** über die beabsichtigte Inanspruchnahme der begehrten Therapie **informiert**. Anderenfalls entfällt die Kausalität zwischen Systemmangel und Selbstbeschaffung.

2. Die für die Gewährung einer Behandlung, die nicht im standardmäßigen Leistungskatalog der GKV enthalten ist, in **grundrechtsorientierter Auslegung** des Leistungskatalogs der GKV bzw. nach § 2 Abs. 1a SGB V notwendige Voraussetzung der indiziengestützten, nicht ganz fern liegenden Aussicht auf Heilung oder wenigstens auf spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf darf nicht überspannt werden. Umso schwerwiegender die Erkrankung und umso hoffnungsloser die Situation ist, desto geringere Anforderungen sind an die ernsthaften Hinweise auf einen nicht ganz entfernt liegenden Behandlungserfolg zu stellen. Rein experimentelle Behandlungsmethoden, die nicht durch hinreichende Indizien gestützt sind, reichen hierfür nicht.

3. Bei der Prüfung des Vorliegens der auf Indizien gestützten, nicht ganz fern liegenden Aussicht auf Heilung oder zumindest auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf ist eine **ex-ante-Betrachtung** mit Blick auf die voraussichtlichen Erfolgchancen der Behandlung durchzuführen; eine rückblickende Beurteilung verbietet sich. Der konkrete **Erfolg einer Behandlung** ist daher kein maßgeblicher Gesichtspunkt.

4. Eine nach dem Ansatz des behandelnden Arztes aus mehreren Therapiemaßnahmen bestehende und abgestimmte **Kombinationstherapie** muss auch **einheitlich bewertet** werden. Aus Indizien für eine Wirksamkeit einer Teilmaßnahme lassen sich keine Indizien für eine Wirksamkeit der Kombinationstherapie ableiten.

5. Zur Behandlung eines **Glioblastoma multiforme** mit einer **Immuntherapie mit onkolytischen Viren, kombinierter Hyperthermie** (aktiv und passiv), **dendritischen Zellen, Artesunaten sowie Thymus-Präparaten**.

SG Nürnberg, Urt. v. 29.06.2017 - S 7 KR 519/13 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

d) Immuntherapie bei myelodysplastischem Syndrom

SG Duisberg, Urteil v. 01.07.2019 - S 50 KN 126/15 KR

RID 19-03-64

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

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

Bei der **Immuntherapie** bei einem myelodysplastischen Syndrom handelt es sich um eine neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode, da sie nicht im EBM enthalten ist und mangels positiver Empfehlung des GBA auch nicht zum Leistungsgegenstand der GKV gehört.

Das *SG* wies die Klage ab.

e) Hyperbare Sauerstofftherapie

LSG Hamburg, Urteil v. 28.03.2019 - L 1 KR 122/17

RID 19-03-65

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 27 I 1, 135 I, 137e

Die Auffassung der Vorinstanz, wonach auf eine **hyperbare Sauerstofftherapie** als neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethode kein Anspruch besteht, da es an einer (positiven) **Empfehlung des GBA** fehlt, ist nicht zu beanstanden.

Die Kl. ist 1974 geb. und leidet an Gleichgewichtsstörungen sowie einer linksseitigen Hörstörung mit Tinnitus nach einem vor langer Zeit erlittenen Hörsturz. Grunderkrankung ist eine sog. Kugelzellanämie. Hierbei handelt es sich um einen genbedingten Defekt an der Hülle der roten Blutkörperchen, der u.a. den Sauerstofftransport im Blut beeinträchtigt. *SG Hamburg*, Urt. v. 09.05.2017 - S 37 KR 2056/13 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

f) Oncotype DX® Brustkrebstest

SG Aachen, Urteil v. 30.04.2019 - S 13 KR 737/18

RID 19-03-66

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 13 III, 27, 135

Bei einem **Brustkrebstest** handelt es sich nicht um eine Diagnostik, die unaufschiebbar ist. Die Tatsache, dass im Antrag um eine Entscheidung innerhalb von fünf Werktagen gebeten wird, begründet ebf. nicht die **Unaufschiebbarkeit** des Brustkrebstestes.

Bei dem Oncotype DX® Brustkrebstest handelt es sich um eine **neue Untersuchungsmethode** im Sinne von §§ 92 I, 135 SGB V; sie ist bisher nicht Bestandteil des im EBM beschriebenen vertragsärztlichen Leistungsspektrums.

Für eine Entscheidung für oder gegen Chemotherapie stehen die Bestimmung der krankheits- und therapie relevanten Faktoren durch etablierte **Standarddiagnostik** mit Histopathologie des Tumorgewebes, die Bestimmung des pTNM-Stadiums, Röntgen, Sonografie etc. zur Verfügung.

Das **SG** wies die Klage ab.

Parallelverfahren:

SG Aachen, Urteil v. 30.04.2019 - S 13 KR 321/18

RID 19-03-67

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

2. Magnetresonanztomographie in aufrechter Körperposition (Upright-MRT)

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 25.06.2019 - L 11 KR 4517/18

RID 19-03-68

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

Leitsatz: Eine **Magnetresonanztomographie in aufrechter Körperposition** (Upright-MRT) ist keine neue Untersuchungsmethode. Wird diese diagnostische Leistung nur in Privatpraxen angeboten, muss die Krankenkasse die Kosten erstatten, wenn der Versicherte wegen einer ausgeprägten **Paraspastik** die Beine nicht mehr strecken kann. Eine Untersuchung in Vollnarkose unter zusätzlicher Gabe von Schmerzmitteln und relaxierenden Substanzen ist einem Versicherten nicht zumutbar, wenn noch nicht einmal sicher ist, dass auf diese Weise eine Untersuchung im Liegen tatsächlich den gewünschten Erfolg erzielt.

SG Freiburg, Urt. v. 05.12.2018 - S 6 KR 2340/17 - wies die Klage ab, das **LSG** verurteilte die Bekl., dem Kl. die Kosten für 4 Upright-MRT-Untersuchungen i.H.v. insgesamt 2.817,78 € zu erstatten, und wies im Übrigen die Berufung zurück.

3. Zahnärztliche Behandlung

a) Behandlerwechsel wegen Unzumutbarkeit

aa) Wichtiger Grund für Zahnarztwechsel bei nicht erfolgreicher Prothetikbehandlung

SG Frankfurt a. M., Beschluss v. 07.03.2019 - S 18 KR 2756/18 ER

RID 19-03-69

Rechtskräftig
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 28, 55, 76 I 1

Nachbesserungen bei dem behandelnden Zahnarzt sind **unzumutbar**, wenn das Vertrauensverhältnis zerstört ist. Dies ist der Fall, wenn Versicherte und Zahnärztin wechselseitig Vorwürfe erheben und divergierende Ansichten zu maßgeblichen Umständen der Behandlung bestehen.

Das **SG** verpflichtete die Ag. im Wege der einstweiligen Anordnung vorläufig, die Kosten für erforderliche Nachbesserungen durch einen anderen Zahnarzt an dem im Jahr 2018 durch die Zahnärztin C. eingebrachten Zahnersatz zu tragen.

bb) Umfangreiche Gebiss-Sanierung: Mehrere Nachbesserungen zumutbar

SG Frankfurt a. M., Beschluss v. 18.06.2019 - S 35 KR 602/19 ER

RID 19-03-70

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 55 I, 136a IV 3 u. 4

Bei einer **umfangreichen Gebiss-Sanierung** kann es naheliegend sein, dass bis zum Erreichen einer vollständigen Beschwerdefreiheit zahlreiche (also mehr als zwei) **Nachbesserungen** erforderlich sein können und dass eine aussagekräftige Beurteilung der Versorgungsqualität erst nach einem Abschluss der Behandlung möglich ist. Ein Behandlerwechsel wegen Unzumutbarkeit kann dann ausgeschlossen sein.

Das *SG* lehnte den Eilantrag ab.

b) Versorgung mit Zahnimplantaten nebst Suprakonstruktion: Ausnahmesituation

SG Hannover, Urteil v. 12.04.2019 - S 89 KR 434/18

RID 19-03-71

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 28 II 9; SGB IX § 41 I; GG Art. 3 I

Leitsatz: 1. Der durch eine **Parodontitis** verursachte zahnlose Unterkiefer erfüllt die Voraussetzungen einer **Ausnahmeindikation** i.S. des § 28 Abs. 2 Satz 9 SGB V i.V.m. der Richtlinie des GBA für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung (ZÄBehRL).

2. Eine **medizinische „Gesamtbehandlung“** liegt auch dann vor, wenn es sich lediglich um eine **zahnmedizinische** Behandlung handelt, bei der Implantate und in einem zweiten Schritt die dazugehörige Suprakonstruktion zur Wiederherstellung der Kaufunktion eingegliedert werden (**entgegen BSG**, Urt. v. 19.06.2001 - B 1 KR 4/00 R - BSGE 88, 166 = SozR 3-2500 § 28 Nr. 5, juris, Rn. 20).

3. „**Seltene**“ **Ausnahmeindikationen** liegen auch dann vor, wenn zwar nicht die Erkrankung (Parodontitis) an sich, aber die Schwere der behandlungsbedürftigen Beeinträchtigung (vollständige Zahnlosigkeit) selten ist.

4. An das Vorliegen einer **Ausnahmesituation** sind keine zusätzlichen qualifizierten Anforderungen zu stellen (entgegen BSG, Urt. v. 13.07.2004 - B 1 KR 37/02 R - USK 2004-103, juris Rn. 22). Eine allzu restriktive Auslegung der Anspruchsnorm würde dazu führen, dass auch bei einer medizinisch alternativlosen Implantatversorgung die Kosten von Versicherten eigenverantwortlich zu tragen sind, was nicht immer möglich ist und in nicht wenigen Fällen zur Folge hat, dass Versicherte hinsichtlich eines elementaren Grundbedürfnisses unversorgt bleiben. Die vom BSG vorgenommene Konkretisierung der maßgeblichen Rechtsbegriffe ist nach Wortlaut und Gesetzesmaterialien nicht zwingend, berücksichtigt den Willen des parlamentarischen Gesetzgebers nicht hinreichend und ist im Hinblick auf den Gleichbehandlungsgrundsatz in Art. 3 Abs. 1 GG sowie teilhaberechtliche Vorgaben problematisch.

Das *SG* verurteilte die Bekl., der Kl. die für die Verankerung von Zahnersatz im Unterkiefer medizinisch erforderlichen implantologischen Leistungen zu gewähren, und wies im Übrigen die Klage ab.

II. Stationäre Behandlung

1. Liposuktion: Fehlende Qualität und Wirtschaftlichkeit

LSG Hamburg, Urteil v. 03.04.2019 - L 1 KR 1/19

RID 19-03-72

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 2, 12, 27 I 1, 2 Nr. 5, 39 I 2

Die in den §§ 2 und 12 SGB V definierten Anforderungen an **Qualität und Wirtschaftlichkeit** werden von einer **Liposuktionsbehandlung** nicht erfüllt.

SG Hamburg, Gerichtsbs. v. 16.10.2018 - S 6 KR 1666/15 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

2. Mammaaugmentation mit Silikonimplantaten/Erprobung der Liposuktion

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 17.07.2019 - L 5 KR 447/17

RID 19-03-73

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 2 I 3, 27 I, 39 I

Leitsatz: Eine **Mammaaugmentation mit Silikonimplantaten** kann auch bei **genetisch bedingt fehlendem Drüsengewebe** nicht von der gesetzlichen Krankenkasse beansprucht werden, da hierdurch die beeinträchtigte Körperfunktion (Bereitstellung von Muttermilch) nicht unmittelbar behandelt wird.

Ein Anspruch Versicherter auf **Teilnahme an der Richtlinie des GBA** zur Erprobung der **Liposuktion** zur Behandlung des Lipödems bzw. ein Anspruch auf ermessensfehlerfreie Berücksichtigung im Auswahlverfahren (BSG, Urte. v. 24.04.2018 - B 1 KR 13/16 R - BSGE 125, 262 = SozR 4-2500 § 137e Nr. 1 <vorgesehen>) und BSG, Urte. v. 24.04.2018 - B 1 KR 10/17 R - BSGE 125, 282 = SozR 4-2500 § 137c Nr. 10 <vorgesehen>) kann nicht gegen die Krankenkasse des Versicherten geltend gemacht werden, weil nach den zwischenzeitlich festgelegten Rahmenbedingungen die gesetzlichen Krankenkassen nicht in die Auswahl der Teilnehmer an der Erprobungsrichtlinie involviert sind. Interessierte Patienten können sich vielmehr selbstständig und ungeachtet einer etwaigen Befürwortung durch eine gesetzliche Krankenkasse in der Zeit vom 01.10. - 31.12.2019 auf der Homepage „www.erprobung-liposuktion.de“ melden. Nach Ablauf der Interessenbekundungsphase wird sodann der Studienarzt nach einer Untersuchung auf Grundlage der medizinischen Bedingungen des Studienprotokolls über die Teilnahme an der Richtlinie entscheiden, wobei, wenn mehr Interessierte als Studienplätze vorhanden sein sollten, im Losverfahren über die Teilnahme entschieden werden wird.

SG Karlsruhe, Urte. v. 22.12.2016 - S 14 KR 2958/15 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

3. Bariatrische Operation: Absehen von vorausgehendem Therapiekonzept

LSG Bayern, Urteil v. 04.12.2018 - L 20 KR 191/16

RID 19-03-74

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 27

Leitsatz: Zum Anspruch auf Kostenübernahme für einen **bariatrischen Eingriff**, auch wenn die hinreichend glaubhaften und ernsthaften eigeninitiativen Bemühungen des Versicherten zur Gewichtsreduktion nicht den strengen Vorgaben zu einem sechs- bis zwölfmonatigen multimodalen und ärztlich geleiteten bzw. überwachten **Therapiekonzept** entsprechen.

SG Würzburg, Urte. v. 25.02.2016 - S 11 KR 356/15 - verurteilte die Bekl., der Kl. die Kosten der durchgeführten bariatrischen Operation in Höhe von 11.202,06 € zu erstatten. Das **LSG** wies die Berufung weitgehend zurück.

4. Mammareduktionsplastik: Entstellung/Psychisches Leiden/Abrechnung

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 12.04.2019 - L 11 KR 709/17

RID 19-03-75

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 13 III, 27

Grundsätzlich kann nicht von einer **Entstellung** ausgegangen werden, wenn die betreffenden Körperstellen durch einfachste Mittel, nämlich durch das Tragen angepasster Kleidung, verdeckt werden können (LSG Nordrhein-Westfalen, Urte. v. 14.12.2017 - L 5 KR 608/16 - u. 03.05.2001 - L 5 KR 221/00 -).

Ein **psychisches Leiden** kann nur mit Mitteln der Psychiatrie und Psychotherapie behandelt werden, nicht aber mittelbar mit einer Brustverkleinerungsoperation.

Ein Vergütungsanspruch des Arztes besteht nur, wenn dem Patienten darüber eine **Abrechnung** nach den Vorschriften der GOÄ erteilt worden ist.

SG Düsseldorf, Urte. v. 15.08.2017 - S 11 KR 673/14 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

5. Schamlippenverkleinerungs-OP

SG Köln, Gerichtsbescheid v. 06.06.2019 - S 26 KR 2556/16

RID 19-03-76

*Berufung anhängig: LSG Nordrhein-Westfalen - L 16 KR 581/19 -
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris*

SGB V § 27

Bewegt sich die Beschaffenheit der **Schamlippen** innerhalb der großen **Variationsbreite** der weiblichen Genitalien, so liegt keine **Krankheit** im Rechtssinn vor.

Das SG wies die Klage ab.

III. Kostenerstattung

Nach BSG, Urt. v. 27.08.2019 - B 1 KR 9/19 R - ist der doppelte Festzuschuss das Höchstmaß dessen, was ein Versicherter beanspruchen kann. **Zahnersatz** kann seiner Art nach zwar der **Genehmigungsfiktion** unterfallen. Das Begehren auf eine die Regelleistung übersteigende Versorgung überschreitet indes Grenzen, die jedem Versicherten geläufig sein müssen. Die Klägerin kann ihr Leistungsbegehren zudem nach Ablauf von sechs Monaten ab Eintritt einer fingerten Bewilligung von Zahnersatz aufgrund eines eingereichten Heil- und Kostenplans auch nicht mehr auf den Eintritt einer Genehmigungsfiktion stützen. Nach BSG, Urt. v. 27.08.2019 - **B 1 KR 14/19 R** - gilt die **Genehmigungsfiktion** nach § 13 IIIa SGB V nach den Regeln des intertemporalen Rechts erst für **ab dem 26.02.2013 gestellte Anträge**. Nach BSG, Urt. v. 27.08.2019 - **B 1 KR 8/19 R** - erfasst die **Genehmigungsfiktion** nach § 13 IIIa SGB V nicht auch medizinische Maßnahmen zur **Herbeiführung einer Schwangerschaft** nach § 27a SGB V nach **Überschreitung der Altersgrenze**. Eine Genehmigung erledigt sich aber jedenfalls mit Vollendung des 40. Lebensjahres der Versicherten. Denn die beantragte Leistung liegt ab diesem Zeitpunkt nach der klaren gesetzlichen Altersgrenze offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs der GKV. Das muss jedem Versicherten klar sein. Nach BSG, Urt. v. 27.08.2019 - **B 1 KR 1/19 R** - setzt die **Fiktion der Genehmigung** einer nicht rechtsmissbräuchlich beantragten Leistung nicht zusätzlich voraus, dass der Ast. darauf vertrauen darf, die Krankenkasse werde den Antrag **ohne weitere Ermittlungen** bewilligen. Nach BSG, Urt. v. 27.08.2019 - **B 1 KR 36/18 R** - gelten die Bearbeitungsfristen des **§ 13 IIIa 1 SGB V** auch bei Versicherten, die ihren Wohnsitz im Ausland haben. Auch bei einer geplanten Behandlung in einem anderen **Mitgliedstaat der Europäischen Union** bleibt der Antrag grundsätzlich auf eine Versorgung mit der begehrten Behandlung als Naturalleistung gerichtet. Die Frist verlängert sich nicht bei einem Wohnsitz in Großbritannien. Nach BSG, Urt. v. 28.05.2019 - **B 1 KR 32/18 R** - besteht kein Anspruch auf Regelversorgung mit einer **stationären Liposuktion**, weil die Behandlungsmethode nicht den Anforderungen des **Qualitätsgebots** entspricht. Nach Wortlaut, Regelungssystem und -zweck senkt auch die Norm des § 137c III SGB V nicht die Qualitätsanforderungen für den Anspruch auf stationäre Versorgung auf Methoden mit dem bloßen Potential einer Behandlungsalternative, wie der erkennende Senat bereits entschieden hat. Ob ein Naturalleistungsanspruch aus einem Recht auf Teilnahme an dem Erprobungsverfahren nach der am 10.04.2018 in Kraft getretenen **Richtlinie des GBA** zur Erprobung der Liposuktion zur Behandlung des Lipödems besteht, bedarf es der Feststellung, dass die Kl. die Einschluss- und nicht die Ausschlusskriterien erfüllt. Soweit die Zahl der geeigneten Bewerber für eine Teilnahme diejenige der Teilnahmeplätze übersteigt, besteht jedenfalls ein **Anspruch auf ermessensfehlerfreie Berücksichtigung** beim Auswahlverfahren. Das LSG wird die noch gebotenen Feststellungen zu treffen haben.

1. Genehmigungsfiktion

a) Keine Kostenerstattung nach Selbstbeschaffung

SG Regensburg, Urteil v. 02.04.2019 - S 8 KR 281/18

RID 19-03-77

juris
SGB V § 13 IIIa

Kostenerstattung nach Selbstbeschaffung wird vom Anwendungsbereich des § 13 IIIa SGB V nicht umfasst, weil das Prinzip der **Kausalität** zwischen Behördenentscheidung und Selbstbeschaffung auch im Bereich der Genehmigungsfiktion seine Anwendung finden muss.

Das SG wies die Klage ab.

b) Einhaltung des Beschaffungsweges: Psychotherapieantrag nach probatorischen Sitzungen

LSG Hessen, Urteil v. 21.03.2019 - L 8 KR 142/18

RID 19-03-78

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

Leitsatz: Im Fall einer **ambulanten Psychotherapie** steht es der Einhaltung des **Beschaffungsweges** sowie der Anwendbarkeit der **Genehmigungsfiktion** nicht entgegen, wenn der Leistungsantrag erst nach Durchführung der probatorischen Sitzungen gestellt wird.

SG Frankfurt a. M., Urt. v. 20.02.2018 - S 25 KR 413/15 - wies die Klage ab, das *LSG* verurteilte die Bekl., der Kl. die Kosten der vom 23.07.2015 bis zum 24.01.2019 durchgeführten Psychotherapie bei dem Dipl.-Psych. C. in Höhe von insgesamt 2.057,02 € zu erstatten sowie die Kosten für die weitere, am 06.05.2015 beantragte Psychotherapie bei dem Dipl.-Psych. C. im Umfang von 21 Sitzungen zu übernehmen.

c) Zeitlicher Anwendungsbereich/Unaufschiebbarkeit (Lipödem)

LSG Bayern, Urteil v. 28.03.2019 - L 20 KR 212/16

RID 19-03-79

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 14/19 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 13 III, IIIa

Nur **Anträge**, die nach dem 26.02.2013 bei den Krankenkassen gestellt wurden (zugegangen sind), werden vom Anwendungsbereich des **§ 13 IIIa SGB V** erfasst.

Eine Leistung i.S.v. § 13 III 1 Alternative 1 ist dann **unaufschiebbar**, wenn sie im Zeitpunkt ihrer tatsächlichen Ausführung so dringlich war, dass aus medizinischer Sicht keine Möglichkeit eines nennenswerten Aufschubs mehr besteht, um vor der Beschaffung die Entscheidung der Krankenkasse abzuwarten (BSG, Urt. v. 08.09.2015 - B 1 KR 14/14 R - KrV 2015, 254 = KHE 2015/64 = USK 2015-59, juris Rn. 15).

SG Bayreuth, Gerichtsbb. v. 12.04.2016 - S 15 KR 477/13 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

d) Fünf-Wochen-Frist nach telefonischer Unterrichtung

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 15.04.2019 - L 11 KR 1996/18

RID 19-03-80

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

Leitsatz: Die für die Geltung der Fünf-Wochen-Frist des § 13 Abs. 3a Satz 3 SGB V erforderliche **Unterrichtung** der Leistungsberechtigten gemäß § 13 Abs. 3a Satz 2 SGB V kann auch **telefonisch** erfolgen. Hierfür genügt es, wenn die Versicherte von einer Mitarbeiterin der Beklagten telefonisch über den genauen Termin zur persönlichen Vorstellung beim MDK informiert wird und die Versicherte an dem genannten Termin tatsächlich zur Untersuchung erscheint.

SG Konstanz, Gerichtsbb. v. 27.04.2018 - S 2 KR 2609/16 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

e) Hemmung der Fristen/Gewichtsreduktionsprogramme

SG Hamburg, Beschluss v. 01.03.2019 - S 21 KR 375/19 ER

RID 19-03-81

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 13 IIIa; SGB X § 37; SGG § 86b

Leitsatz: 1. Für die **Hemmung der Fristen** nach § 13 Abs. 3a S. 1 SGB V kommt es auf die **Bekanntgabe der Entscheidung** gegenüber der oder dem Antragstellenden an; eine bloß interne Willensbildung der Krankenkasse genügt nicht, um den Eintritt der Genehmigungsfiktion nach § 13 Abs. 3a S. 6 SGB V zu verhindern.

2. **Gewichtsreduktionsprogramme** (hier: Optifast 52) liegen nicht offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung und können daher Gegenstand einer Genehmigungsfiktion nach § 13 Abs. 3a S. 6 SGB V sein.

Das *SG* verpflichtete die Ag. im Wege der einstweiligen Anordnung, die Kosten für die Teilnahme der Ast. für das am 18.03.2019 beginnende Programm Optifast 52 im Krankenhaus G. zu übernehmen.

f) Mitwirkungsverlangen der Krankenkasse (Mammareduktionsplastik)

SG Dortmund, Urteil v. 08.05.2019 - S 49 KR 2287/18

RID 19-03-82

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

Leitsatz: 1. Die Genehmigungsfiktion bei einer fehlenden Mitwirkung des Versicherten tritt nur dann nicht ein, wenn die Krankenkasse den Leistungsberechtigten zu einer Mitwirkung auffordert, ihm eine

Frist für die Erfüllung der Mitwirkungspflicht setzt und darauf **hinweist**, dass jedenfalls bis zur Erfüllung der Mitwirkungspflicht die Genehmigungsfiktion nicht eintritt.

2. Können bei einer Aufforderung zu Mitwirkungshandlungen die Fristen im Rahmen der Genehmigungsfiktion nicht eingehalten werden und ergeht deshalb generell eine **vorsorgliche Ablehnungsentscheidung**, so unterläuft eine derartige Verwaltungspraxis das gesetzgeberische Ziel der Genehmigungsfiktion mit der Folge, dass der Verwaltungsakt sittenwidrig und damit nichtig ist.

Das *SG* verurteilte die Bekl., der Kl. eine Mammareduktionsplastik beidseits als Sachleistung zu gewähren.

g) Lipid-Apherese-Therapie

SG Bremen, Beschluss v. 09.05.2019 - S 8 KR 129/19 ER

RID 19-03-83

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 13 IIIa

Die Regelung des § 13 IIIa 1 SGB V erfasst nicht allein **Anträge**, die Versicherte persönlich stellen. Der Anwendungsbereich des § 13 IIIa SGB V ist im Falle einer **Lipid-Apherese-Therapie** eröffnet. Die **Apherese-Kommission** der KV hat im Hinblick auf das Verhältnis zwischen dem Versicherten und der Krankenkasse nur eine beratende Funktion.

Das *SG* verpflichtete die Ag. im Wege der einstweiligen An-ordnung, die Kosten für eine regelmäßige extrakorporale Lipid-Apherese-Therapie für die Dauer von 12 Monaten zu übernehmen. Die Kostenübernahme erfolgt vorläufig unter dem Vorbehalt der Rückforderung.

h) Versorgung mit Cannabisblüten

SG Hannover, Gerichtsbescheid v. 28.02.2019 - S 50 KR 729/18

RID 19-03-84

juris

SGB V § 31 VI

Die Versorgung mit **Cannabisblüten** liegt nicht offensichtlich außerhalb des Leistungskataloges der GKV.

Das *SG* verurteilte die Bekl., die Kl. nach ärztlicher Verordnung mit Medizinal-Cannabisblüten (Bedrocan) in der Tagesdosis von 1,0g zu versorgen.

i) Kostenerstattungsanspruch für Behandlung im EU-Ausland

LSG Bayern, Urteil v. 14.03.2019 - L 4 KR 558/17

RID 19-03-85

Revision anhängig: B 1 KR 21/19 R

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 13 IIIa, IV, 135 I

Leitsatz: 1. Die Regelung der **Genehmigungsfiktion** nach § 13 Abs. 3a SGB V findet keine Anwendung auf Ansprüche gegen Krankenkassen, die unmittelbar auf eine **Geldleistung** gerichtet sind. Dies gilt auch für Kostenerstattungsansprüche nach § 13 Abs. 4 SGB V in Fällen, in denen von vornherein eine ärztliche Behandlung im EU-Ausland beantragt wird.

2. Die **Behandlung im europäischen Ausland** kann sich bei Reise in den Behandlungsstaat, um Gesundheitsleistungen nachzufragen, nach Art. 20 VO (EG) Nr. 883/2004, nach der Richtlinie 2011/24/EU und Art. 56 AEUV, nach § 140 e SGB V (Sachleistungsanspruch) und nach § 13 Abs. 4 SGB V, bei dem es sich um einen Kostenerstattungsanspruch handelt, richten.

3. Zwischen einer Behandlung innerhalb und außerhalb Deutschlands bestehen gerade im Hinblick auf das Sachleistungsprinzip relevante **Unterschiede** im Sinne des Art. 3 GG.

4. Zu den weiteren Voraussetzungen eines Anspruchs aufgrund Genehmigungsfiktion nach § 13 Abs. 3a SGB V.

5. Bei der beantragten **CISIS-Behandlung** mit MyoRing-Implantation handelt es sich um eine **neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode**, für die eine Empfehlung des GBA nicht vorliegt. Es liegt weder ein Systemversagen vor noch handelt es sich bei einem **Keratokonius**, bei dem eine Erblindung nicht droht, um eine lebensbedrohliche, regelmäßig tödlich oder zumindest wertungsmäßig vergleichbare Erkrankung.

6. Vorliegend lässt sich auch aus einem sozialrechtlichen Herstellungsanspruch kein Kostenerstattungsanspruch ableiten.

SG Landshut, Urt. v. 21.07.2017 - S 6 KR 221/16 - hob den angefochtenen Bescheid teilweise auf, soweit die Operation am linken Auge abgelehnt wurde, und verurteilte die Bekl., der Kl. die ihr verauslagten Kosten für die durchgeführte Operation am linken Auge in Höhe von 3.000 € zu erstatten. Im Übrigen wies es die Klage ab. Das *LSG* wies auf die Berufung der Bekl. die Klage in vollem Umfang ab.

j) Zurücknahme einer fiktiven Genehmigung

LSG Schleswig-Holstein, Urteil v. 14.02.2019 - L 5 KR 163/16

RID 19-03-86

Revision anhängig: B 3 KR 6/19 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 13 IIIa

Der **Ankündigung des 3. Senats** im Urt. v. 11.05.2017 - B 3 KR 30/15 R - BSGE 123, 145 = SozR 4-2500 § 13 Nr. 34, dem 1. Senat in diesem maßgeblichen Punkt, unter welchen Voraussetzungen eine **Genehmigungsfiktion zurückgenommen** werden kann, nicht folgen zu wollen, weil sich die Rechtmäßigkeit der Genehmigungsfiktion nach den Voraussetzungen des geltend gemachten Naturalleistungsanspruchs bestimme, ist nicht zu folgen.

SG Schleswig, Gerichtsbb. v. 12.12.2016 - S 5 KR 321/14 - verurteilte die Bekl., die Kl. mit dem Kompressionstherapiegerät „Puls Press Multi 12“ inklusive passender SLK Kompressionshose 78-12 gemäß Kostenvoranschlag zu versorgen. Das *LSG* wies die Berufung mit der Maßgabe zurück, dass die Versorgung mit einem AIK-Gerät mit 12-Kammer-System und Hosenmanschette zu erfolgen hat.

2. Fehlende schuldrechtliche Zahlungsverpflichtung (Motorbewegungsschiene CPM)

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 19.06.2019 - L 9 KR 149/18

RID 19-03-87

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

Leitsatz: Fehlt es an einer **schuldrechtlichen Zahlungsverpflichtung** des Versicherten gegenüber dem Leistungserbringer, scheidet eine **Kostenerstattung** bzw. Freistellung durch die Krankenkasse nach § 13 Abs. 3 SGB V aus. Ein etwaiger Vergütungsanspruch des Leistungserbringers gegenüber der Krankenkasse bleibt davon unberührt.

SG Berlin, Gerichtsbb. v. 26.03.2018 - S 182 KR 2307/16 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

3. Kausalität/Genexpressionsanalyse

SG Nordhausen, Urteil v. 29.01.2019 - S 2 KR 18/17

RID 19-03-88

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 13 III, 116b

Erfolgt ein Begutachtungsauftrag für einen Endo Predict Test (Genexpressionstest) bedingungslos und vor einer Entscheidung der Krankenkasse, so fehlt es für einen Kostenerstattungsanspruch an der **Kausalität**.

Der am 10.08.2016 in Kraft getretene **Beschluss des GBA** zur Aufnahme der gynäkologischen Tumore in die Richtlinie der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V beschränkt die Anwendung der **Genexpressionsanalyse** auf die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V und begründet keinen Anspruch der Versicherten auf Durchführung von Genexpressionsanalysen im Rahmen der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung.

Das *SG* wies die Klage ab.

4. Kein Übergang eines Anspruchs auf Kostenerstattung

LSG Hamburg, Urteil v. 21.02.2019 - L 1 KR 116/17

RID 19-03-89

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 27; SGB I §§ 56 I 1 Nr. 2, 58

Die Auffassung der Vorinstanz, wonach nach **Wahl des Kostenerstattungsverfahrens** nach § 13 II SGB V ein Anspruch auf Kostenerstattung einer Krankenhausbehandlung nicht auf die Ehefrau **übergeht**, sondern mit dem Tod des Versicherten erlischt, ist zutreffend.

SG Hamburg, Gerichtsbb. v. 12.09.2017 - S 8 KR 295/15 - www.sozialgerichtsbarkeit.de wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

5. Zahnersatz im EU-Ausland

a) Bindung an Heil- und Kostenplan

LSG Hamburg, Urteil v. 28.03.2019 - L 1 KR 57/18

RID 19-03-90

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 32/19 B
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 13 IV

Die Versicherte ist in Bezug auf den konkreten Behandlungsplan an die **Genehmigung** des Heil- und Kostenplans der Krankenkasse gebunden. Die Behandlung kann inhaltlich danach nicht **geändert** werden, ohne auf Basis des neuen Heil- und Kostenplans eine neue Genehmigung der Krankenkasse einzuholen.

SG Hamburg, Gerichtsbb. v. 16.05.2018 - S 25 KR 157/15 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

b) Heil- und Kostenplan erforderlich

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 14.05.2019 - L 4 KR 169/17

RID 19-03-91

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 13 IV, 87 Ia

Der Anspruch auf Kostenerstattung für einen im **EU-Ausland** beschafften Zahnersatz setzt die Genehmigung der Versorgung nach Prüfung einer einem **Heil- und Kostenplan** vergleichbaren Unterlage durch die Krankenkasse vor der Behandlung voraus (vgl. BSG, Urt. v. 30.06.2009 - B 1 KR 19/08 R - SozR 4-2500 § 13 Nr. 21).

SG Braunschweig, Urt. v. 15.03.2017 - S 31 KR 124/14 - verurteilte die Bekl., der Kl. über den gewährten Betrag von 1.669,40 € hinaus auch die weiteren Kosten für die in Polen vorgenommene Zahnersatzbehandlung in Höhe von 1.883,92 € zu erstatten, das *LSG* wies die Klage ab.

6. Nachweispflicht für Kosten (Behandlungspflege in Spanien)

LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 27.06.2019 - L 9 KR 292/18

RID 19-03-92

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

Der **Kostenerstattungsanspruch** nach § 13 IV 1 SGB V setzt - wie auch der auf § 13 III SGB V basierende - voraus, dass **Kosten tatsächlich entstanden** sind. Wird nicht nur die Freistellung von in Rechnung gestellten Kosten, sondern deren Erstattung geltend gemacht, haben Versicherte darzulegen und ggf. zu beweisen, wodurch ihnen Kosten entstanden sind und - sofern nachvollziehbare Zweifel bestehen - mit welchen finanziellen Mitteln sie die Rechnung bezahlt haben.

Die Zahlung der Rechnung durch und auf Kosten eines **Dritten** löst den Kostenerstattungsanspruch des § 13 IV SGB V nicht aus.

SG Berlin, Gerichtsbb. v. 01.08.2018 - S 28 KR 61/16 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

IV. Arzneimittelversorgung

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

1. Cannabis

a) Ärztliche Bescheinigung: Keine Einschätzung erforderlich

SG Aachen, Urteil v. 03.04.2019 - S 1 KR 373/18

RID 19-03-93

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

Die ärztliche **Bescheinigung** muss keine „begründete **Einschätzung** unter Abwägung der zu erwartenden Nebenwirkungen und unter Berücksichtigung des Krankheitszustandes“ nach § 31 VI SGB V enthalten, wenn sich die beabsichtigte Versorgung mit einem Cannabismedikament zur Schmerzlinderung als sog. ultima ratio darstellt und daher nicht strengeren Anforderungen zu unterwerfen ist als in dem Fall, dass von vornherein keine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung zur Verfügung steht, was der 1. Fallvariante des § 31 I 1 Nr. 1 a) SGB V entspricht, die ebenfalls keine Abwägung erfordert.

Die Vorlage einer **Verordnung** ist bei Einholung der Genehmigung der Erstversorgung nach § 31 VI 2 SGB V nicht erforderlich (LSG Rheinland-Pfalz, Beschl. v. 06.03.2018 - L 5 KR 16/18 B ER - RID 18-02-106), zumal ein Betäubungsmittelrezept nur sieben Tage nach Ausstellung gültig ist und nach Beendigung des Antragsverfahrens in aller Regel ohnehin neu ausgestellt werden müsste (a.A. LSG Bayern, Beschl. v. 25.06.2018 - L 4 KR 119/18 B ER - RID 18-03-109).

Das **SG** verpflichtete die Bekl., der Kl. unter Abänderung des Bescheides vom 07.11.2017 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 24.09.2018 die beantragte Versorgung mit Dronabinolkapseln á 5 mg zu genehmigen und auf entsprechende ärztliche Verordnung die Kosten für diese Versorgung nach Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen zu übernehmen.

b) Keine „begründete Einschätzung“ bei unzureichender medikamentöser Behandlung

SG Aachen, Beschluss v. 06.05.2019 - S 1 KR 174/19 ER

RID 19-03-94

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 31 VI

Es besteht eine **schwerwiegende** psychische **Erkrankung** bei einem Leiden an Depressionen, ADHS, Thoraxschmerzen sowie Ängsten und panischen Attacken.

Es fehlt an einer „**begründeten Einschätzung**“, wenn dieser bereits eine konsequente **durchgehende medikamentöse Behandlung** (wie auch sonstige Behandlung) vor Beginn der ärztlichen Cannabis-Therapie nicht zu entnehmen ist. Für eine fachärztliche Einschätzung hätte umso mehr Veranlassung bestanden, da der Ast. seit vielen Jahren cannabisabhängig ist und zudem die ihn seit Jahren behandelnde Fachärztin für Psychiatrie die Behandlung mit Cannabinoiden nicht befürwortet.

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

c) Andere Form der Versorgung mit Cannabis unterliegt der erneuten Genehmigungspflicht

LSG Schleswig-Holstein, Beschluss v. 26.06.2019 - L 5 KR 71/19 B ER

RID 19-03-95

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

Leitsatz: Die **Umversorgung** einer genehmigten Therapie mit Dronabinol zu einer Behandlung mit Verdampfen von Cannabisblüten erfordert eine erneute **Genehmigung** durch die Krankenkasse.

SG Lübeck, Beschl. v. 09.05.2019 lehnte den Antrag ab, das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

d) Abwägung bei diagnostizierter Suchterkrankung

LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 27.05.2019 - L 9 KR 72/19 B ER

RID 19-03-96

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

Leitsatz: 1. Nach § 31 Abs. 6 SGB V hat die behandelnde **Vertragsärztin** unter **Abwägung** der zu erwartenden Nebenwirkungen und unter Berücksichtigung des Krankheitszustandes der oder des Versicherten begründet darzulegen, warum eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung nicht zur Anwendung kommen kann.

2. Dies setzt voraus, dass eine im Einzelfall **begründete Einschätzung** des behandelnden Vertragsarztes vorliegt.

3. Der Hinweis, dass es dem Antragsteller mit Cannabis besser geht, reicht bei einer **diagnostizierten Suchterkrankung** nicht aus, da es jedem Suchtpatienten aus seiner subjektiven Sicht mit der suchtauslösenden Substanz besser geht und er den Alltag besser meistern kann, als ohne diese. Ebenso wenig reicht es aus, den Antragsteller durch die Verordnung von Cannabis und die Ausgabe von medizinischem Cannabis über die Apotheke aus dem Zwang der illegalen Beschaffung des Suchtmittels befreien zu wollen.

SG Cottbus, Beschl. v. 26.02.2019 - S 37 KR 26/19 ER - verpflichtete die Ag. vorläufig, für die Zeit vom 26.02.2019 bis zum 26.08.2019 die Kosten für eine Versorgung des Ast. mit Cannabisblüten nach Vorlage einer entsprechenden ärztlichen Versorgung zu übernehmen, das *LSG* lehnte den Antrag ab.

e) Alternativtherapie bei Multipler Sklerose

SG Osnabrück, Urteil v. 15.04.2019 - S 46 KR 455/18

RID 19-03-97

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

Bei einer **Multipler Sklerose** kann als **Alternativtherapie** eine Prophylaxe-Therapie möglich sein. Cannabis kann zudem generell nicht zur MS-Prophylaxe verwendet werden. Die Symptome der MS Erkrankung können mit den Arzneimitteln Gabapentin oder Pregabalin sowie mit schmerzmodulierenden Antidepressiva als **neuropathische Schmerzbehandlung** therapiert werden.

Das *SG* wies die Klage ab.

f) Anspruch auf Dronabinol bei massivem Untergewicht

LSG Hessen, Beschluss v. 18.07.2019 - L 1 KR 256/19 B ER

RID 19-03-98

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 35 VI

Ist nicht geklärt, ob eine allgemein anerkannte, dem **medizinischen Standard** entsprechende Leistung nicht zur Verfügung steht bzw. eine solche nicht zur Anwendung kommen kann, und ist ebenso die Aussicht auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf unsicher, ist im gerichtlichen Eilverfahren eine **Folgenabwägung** vorzunehmen. Es überwiegt das grundrechtlich besonders geschützte **Rechtsgut auf körperliche Unversehrtheit** eines lebensbedrohlich untergewichtigen Versicherten gegenüber dem Interesse der Krankenkasse auf eine wirtschaftliche Krankenbehandlung.

SG Gießen, Beschl. v. 04.06.2019 - S 7 KR 825/19 ER - lehnte den Antrag auf einstweiligen Rechtsschutz ab, das *LSG* verpflichtete die Ag., den Ast. vorläufig bis zum 01.08.2020, längstens jedoch bis zur einer rechtskräftigen Entscheidung im Hauptsacheverfahren, mit Dronabinol zu versorgen.

2. Off-Label-Use: Einsatz eines zur Therapie zugelassenen Arzneimittels zur Prophylaxe

LSG Mecklenburg-Vorpommern, Urteil v. 09.05.2019 - L 6 KR 22/15

RID 19-03-99

juris
SGB V § 13 III

Leitsatz: Ein Anspruch auf **Kostenerstattung** für selbstbeschaffte **Arzneimittel** scheidet aus, wenn das Mittel zur Krankheitsvorbeugung eingesetzt wird, obwohl es lediglich über eine Zulassung zur Therapie verfügt, während ausdrücklich für die **Prophylaxe** zugelassene Arzneimittel verfügbar sind. Die Voraussetzungen für einen ausnahmsweise zulässigen **Off-Label-Use** sind dann nicht erfüllt. Ein Anspruch kommt auch nicht wegen einer unterbliebenen oder falschen Beratung durch die Krankenkasse in Betracht.

SG Schwerin, Urt. v. 18.03.2015 - S 8 KR 43/13 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

3. Immuntherapie mit BG-Mun/Frequenztherapie nach Dr. Rife

LSG Baden-Württemberg, Beschluss v. 25.06.2019 - L 11 KR 1738/19 ER-B

RID 19-03-100

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 2 Ia, 31, 135

Leitsatz: Die Immuntherapie mit BG-Mun und die **Frequenztherapie nach Dr. Rife** gehören nicht zum Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Ein Anspruch auf diese Leistungen besteht auch nicht für Versicherte, die an einer **Amyotrophen Lateralsklerose (ALS)** erkrankt sind.

SG Karlsruhe, Beschl. v. 24.04.2019 - S 6 KR 1310/19 ER- wies den Antrag ab, das *LSG* wies die Beschwerde zurück.

4. Nicht zugelassenes Arzneimittel Eteplirsen (Exondys 51) bei Muskeldystrophie Duchenne

LSG Saarland, Beschluss v. 04.07.2019 - L 2 KR 6/19 B ER

RID 19-03-101

juris
SGB V §§ 2 Ia, 27 I 1; EGV 726/2004 Art. 3, 6

Leitsatz: 1. Bei der **Muskeldystrophie Duchenne** handelt es sich um eine lebensbedrohliche oder regelmäßig tödlich verlaufende Erkrankung von Kindern.

2. Eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende **Leistung** mit kausalem Ansatz steht derzeit nicht zur Verfügung.

3. Für den Einsatz des in Deutschland und in der Europäischen Union (noch) **nicht**, aber in den USA vorläufig **zugelassenen Arzneimittels Eteplirsen (Exondys 51)** kann im Verfahren zur Gewährung vorläufigen Rechtsschutzes eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder eine spürbare positive Einwirkung auf den Heilungsverlauf nach Auswertung der vorhandenen medizinischen Unterlagen bejaht werden; diesbezüglich steht nicht entgegen, dass die EMA die bisher vorliegende Studienlage als (noch) nicht ausreichend beurteilt und die Genehmigung (noch) nicht erteilt hat, wenn schon die bisherigen Studien Hinweise auf einen Wirkmechanismus erkennen lassen, der Hersteller das Genehmigungsziel weiter verfolgt und neue Studien laufen.

4. All dies rechtfertigt den Erlass einer **einstweiligen Anordnung** zur vorläufigen Versorgung des Kindes mit diesem Medikament, dies allerdings zunächst zur Überprüfung auf einen beschränkten Zeitraum befristet.

SG für das Saarland, Beschl. v.03.04.2019 - S 23 KR 14/19 ER - verpflichtet die Ag. im Wege einstweiligen Rechtsschutzes, dem Ast. ab sofort die Therapie mit dem Medikament Eteplirsen (Exondys 51) zu gewähren. Das *LSG* wies die Beschwerde zurück.

V. Hilfsmittel/Heilmittel

1. Stehrollstuhl bei Multipler Sklerose

SG Hamburg, Beschluss v. 05.07.2019 - S 21 KR 1624/19 ER

RID 19-03-102

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 33 I

Ein Versicherter hat einen Anspruch auf Versorgung mit einem **Elektrollstuhl mit Stehfunktion**, wenn bei Stehtrainern das Aufrichten des Körpers aus dem Sitzen erfolgt und dies ihm Schmerzen bereitet und er die Stehtrainer nicht selbstständig, sondern nur mit fremder Hilfe benutzen kann.

Das SG verpflichtete die Ag. im Wege des einstweiligen Rechtsschutzes, den Ast. mit einem Elektrollstuhl mit Stehfunktion gemäß ärztlicher Verordnung zu versorgen.

2. Bewegungstrainer

a) Neue Behandlungsmethode

LSG Sachsen, Beschluss v. 09.05.2019 - L 9 KR 351/18 B ER

RID 19-03-103

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

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

2. Nach der im Verfahren über die Gewährung einstweiligen Rechtsschutzes vorzunehmenden summarischen Prüfung handelt es sich bei der Therapie mit dem Bewegungstrainer „Innowalk“ um eine **neue Behandlungsmethode** i.S.v. § 135 SGB V, für die eine positive Beschlussfassung des Gemeinsamen Bundesausschusses fehlt.

3. Stehen **andere Trainingsmöglichkeiten** (Physiotherapie, andere Trainingsgeräte) zur Verfügung und liegen die Voraussetzungen des § 2 Abs. 1a SGB V nicht vor, kommt der Erlass einer einstweiligen Anordnung auch nicht im Rahmen der **Folgenabwägung** in Betracht.

SG Chemnitz, Beschl. v. 27.08.2018 - S 23 KR 190/18 ER - lehnte den Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das LSG wies die Beschwerde zurück.

b) Fehlender Anordnungsgrund/Einsatz des Vermögens

LSG Schleswig-Holstein, Beschluss v. 06.06.2019 - L 5 KR 58/19 B ER

RID 19-03-104

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 33 I; DGG § 86b II

Leitsatz: 1. Es fehlt grundsätzlich an einem **Anordnungsgrund** für eine einstweilige Anordnung, wenn im Klageverfahren die Vorlage eines zur Sachverhaltsaufklärung notwendigen medizinischen Gutachtens zeitnah erfolgt.

2. Ist der Antragsteller wirtschaftlich in der Lage, dass im Wege des einstweiligen Rechtsschutzes begehrte Hilfsmittel durch **Einsatz seines Vermögens** zu erwerben, steht dies regelmäßig einem Anordnungsgrund entgegen.

SG Lübeck, Beschl. v. 15.04.2019 - S 5 KR 39/19 ER - wies den Antrag ab, das LSG die Beschwerde zurück.

c) Neue Behandlungsmethode/Fehlender Anordnungsgrund

LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 28.06.2019 - L 9 KR 410/18 B ER

RID 19-03-105

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

Solange eine Therapie als **neue Behandlungsmethode** nicht zur Versorgung in der GKV empfohlen worden ist, sind die dabei eingesetzten Geräte grundsätzlich keine von der Leistungspflicht umfassten Hilfsmittel (hier offen gelassen).

Ein **Anordnungsgrund** ist nicht hinreichend glaubhaft gemacht, wenn nicht ersichtlich ist, dass eine sofortige Versorgung mit dem begehrten Bewegungstrainer existentiell dringlich ist.

SG Potsdam, Beschl. v. 15.11.2018 - S 7 KR 420/18 ER - lehnte den Antrag, die Ag. im Wege einstweiliger Anordnung zu verpflichten, den Ast. mit einem Bewegungstrainer „Innowalk® small“ als Leihgerät für sechs Monate zu versorgen, ab, das *LSG* wies die Beschwerde zurück.

3. Autoschwenksitz: Eingliederungshilfe/Teilhabe am Familienleben

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 04.06.2019 - L 9 KR 363/17

RID 19-03-106

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 13 III, 33 I; SGB IX §§ 14 II, 15 I 4; SGB XI § 40 I; SGB XII § 53

Leitsatz: Ein behinderter Mensch ist gerade auch dann auf die Nutzung eines Kraftfahrzeuges angewiesen, wenn dies seiner **Teilhabe am Familienleben** dient.

SG Cottbus, Urt. v. 20.06.2017 - S 37 KR 273/12 - wies die Klage ab, das *LSG* verurteilte die Bekl., Kosten in Höhe von 5.489 € zu erstatten.

4. Therapiedreirad-Tandem

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 23.04.2018 - L 4 KR 148/17

RID 19-03-107

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 3 KR 7/19 R

juris

SGB V § 33 I

Die Auffassung der Vorinstanz, dass ein Anspruch auf ein **Therapiedreirad-Tandem**, das so konzipiert ist, dass nur die **verantwortliche Person** das Fahrrad lenken kann, während die **zweite Person** die Fortbewegung durch Beinkraft unterstützt, der Vorbeugung einer drohenden Behinderung i.S.d. § 33 I 1 Alt. 2 SGB V nicht nur dann dient, wenn eine erstmalige beeinträchtigende Regelabweichung droht, sondern auch wenn eine bereits bestehende Behinderung (hier: Gleichgewichts- und Koordinationsstörung) sich zu verschlimmern droht, ist nicht zu beanstanden.

SG Hannover, Urt. v. 23.02.2017 - S 29 KR 10/13 - verurteilte die Bekl., der Kl. die Kosten für das angeschaffte Therapiedreirad-Tandem i.H.v. 7.697 € zu erstatten, das *LSG* wies die Berufung zurück.

5. Myo-Orthese „Walk Aide 1000“: Unmittelbarer Behinderungsausgleich

LSG Hessen, Beschluss v. 13.05.2019 - L 1 KR 262/18

RID 19-03-108

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 33 I

Leitsatz: Dient eine **Myo-Orthese** dem **unmittelbaren Behinderungsausgleich**, bedarf es keiner positiven Bewertung des Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA).

SG Darmstadt, Urt. v. 07.03.2018 - S 10 KR 30/17 - verurteilte die Bekl., dem Kl. die für das selbstbeschaffte beidseitige Hilfsmittel „Walk Aide 1000“ incl. Zubehör entstandenen Kosten in Höhe von 10.598 € zu erstatten. Das *LSG* wies die Berufung zurück.

6. Vorhalten eines Patientenlifters im Heim

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 04.05.2019 - L 9 KR 110/16

RID 19-03-109

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 33 I

Leitsatz: 1. Die Pflicht der gesetzlichen Krankenversicherung zur Versorgung der Versicherten mit Hilfsmitteln endet nach der Konzeption des SGB V und des SGB XI dort, wo bei **vollstationärer Pflege** die **Pflicht des Heimträgers** auf Versorgung der Heimbewohner mit Hilfsmitteln einsetzt.

2. Dies gilt auch, wenn sich der Versicherte nicht in einem vollstationären Pflegeheim, sondern in einer vollstationären oder teilstationären **Einrichtung** im Sinne von §§ 43a, 71 Abs. 4 SGB XI, 13 Abs. 2 SGB XII befindet (vgl. BSG, Urt. v. 25.02.2015 - B 3 KR 11/14 R - BSGE 118, 122 = SozR 4-2500 § 37 Nr. 13).

3. **Mobile Patientenlifter** gehören in der Regel nicht zu den individuell angepassten Hilfsmitteln im Sinne von § 33 SGB V, für die stets die Krankenkassen zuständig sind. Da bei ihrer Verwendung die

Ermöglichung und Erleichterung von Pflegemaßnahmen im Vordergrund steht, sind sie vom Heimträger bzw. von der Einrichtung zur Verfügung zu stellen.

SG Berlin, Urt. v. 03.02.2016 - S 73 KR 935/13 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

7. Hörgeräteversorgung und Festbetrag: Funktionalität und Komfort

LSG Sachsen, Urteil v. 12.02.2019 - L 9 KR 326/15

RID 19-03-110

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 33 I

Leitsatz: Es besteht keine Leistungspflicht für eine Hörgeräteversorgung, die nicht die **Funktionalität** betrifft, sondern den **Komfort** bei der Nutzung des Geräts.

Die GKV ist nicht zur Kostenübernahme einer **höherwertigen Hörmittelversorgung** gegenüber der Festbetragsalternative verpflichtet, wenn hierdurch keine Verbesserung bei der Versicherten erzielt wird.

SG Dresden, Gerichtsbb. v. 10.12.2015 - S 51 KR 949/13 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

8. Beschränkung der podologischen Behandlung rechtswidrig

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 28.03.2019 - L 5 KR 198/18

RID 19-03-111

Revision anhängig: B 1 KR 18/19 R

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 32

Die elektive **Beschränkung der podologischen Behandlung** in § 27 I 1 HMR auf Versicherte mit **diabetischem Fußsyndrom** ist aufgrund eines Verstoßes gegen den allgemeinen **Gleichheitsgrundsatz** (Art. 3 I GG) **rechtswidrig** und damit (insoweit) unwirksam. Liegen vergleichbare Risiken und Einschränkungen vor, dann ist in dieser Hinsicht kein sachlicher Grund für eine Differenzierung zwischen den beiden Personengruppen ersichtlich.

Die Kl. leidet (seit dem 16. Lebensjahr zunehmend) unter einer genetisch bedingten Ataxie mit okulomotorischer Apraxie Typ II, einer schweren sensomotorischen Polyneuropathie mit ausgeprägten trophischen Störungen und Wundheilungsstörungen im Bereich der Füße sowie (seit 2006, mit Besserung seit Ende 2018) einer chronischen Wunde im Bereich der 2. und 3. Zehe links mit rezidivierenden Wundrosen (Erysipeln) und Wundinfektionen. 2015 wurden der Kl. durch ihre behandelnde Internistin Dr. X. zur „Vermeidung von drohenden Nagelwall- und Nagelbetschädigungen sowie Hautschädigungen wie Fissuren, Ulzera und Entzündungen“ Heilmittel in Form von drei podologischen Komplexbehandlungen verordnet, deren Genehmigung die Bekl. ablehnte. *SG Münster*, Urt. v. 28.02.2018 - S 13 KR 433/16 - verurteilte die Bekl., der Kl. aufgrund der ärztlichen Verordnung die Kosten für eine podologische Komplexbehandlung i.H.v. insgesamt 120 € zu zahlen, sowie zukünftig die Kosten für notwendige und verordnete podologische Komplexbehandlungen zu übernehmen. Das *LSG* verurteilte auf die Berufung der Bekl., der Kl. für die in der Zeit vom 25.02.2016 bis zum 15.08.2018 in Anspruch genommenen podologischen Behandlungen 285 € abzüglich gesetzlich zu leistender Zuzahlungen zu erstatten. Es stellte fest, dass die Bekl. verpflichtet ist, die Kosten für ärztlich verordnete podologische Behandlungen der Kl. zu übernehmen. Im Übrigen wies es die Berufung zurück.

9. Unterhalt von Tieren: Kein Hilfs- oder Heilmittel

SG Dortmund, Urteil v. 16.04.2019 - S 8 KR 1740/18

RID 19-03-112

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 33 I

Leitsatz: Mit Ausnahme des Blindenführhundes ist die **Haltung von Tieren** nicht vom Leistungskatalog der gesetzlichen **Krankenversicherung** umfasst, so dass Kosten für die Unterhaltung der privaten Lebensführung zuzurechnen sind.

Das *SG* wies die Klage ab.

VI. Rehabilitation/Häusliche Krankenpflege

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

1. Rehabilitation: Stationäre Rehabilitationsmaßnahme trotz demenzbedingter Pflegebedürftigkeit

LSG Sachsen-Anhalt, Beschluss v. 26.03.2019 - L 6 KR 5/19 B ER

RID 19-03-113

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 11 II, III, 40 II; SGG § 86b II; GG Art. 19 IV

Leitsatz: 1. Demenzbedingte Pflegebedürftigkeit steht einer zwecks Stabilisierung und Beübung der Herz-Kreislauffunktion nach erlittenem Herzinfarkt beehrten **stationären Rehabilitationsmaßnahme** nicht von vornherein entgegen.

2. Ein bei Sachleistungen grundsätzlich zu erwägendes Verbot einer **Vorwegnahme der Hauptsache** greift im Hinblick auf die Garantie effektiven Rechtsschutzes jedenfalls dann nicht, wenn dem Betroffenen ein Abwarten bis zur Hauptsacheentscheidung nicht zumutbar ist. Eine „echte“ Vorwegnahme der Hauptsache liegt überdies dann nicht vor, wenn eine Erstattung der erbrachten Leistung in Geld in Betracht kommt.

SG Magdeburg, Beschl. v. 11.12.2018 - S 17 KR 833/18 ER - lehnte den Antrag ab, das LSG verpflichtete die Ag. vorläufig, der Ast. in Begleitung ihres Ehemanns H.M. eine stationäre Rehabilitationsleistung zu gewähren.

2. Häusliche Krankenpflege

a) Anziehen von Kompressionsstrümpfen im Wohnheim

LSG Sachsen-Anhalt, Beschluss v. 31.01.2019 - L 6 KR 56/17

RID 19-03-114

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 3 KR 4/19 R

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 37, 92 I 2 Mr. 6, VII

Leitsatz: Das **Anziehen von Kompressionsstrümpfen** kann im Allgemeinen durch das Personal in einem **Wohnheim** (vollstationäre Einrichtung der Eingliederungshilfe) erbracht werden (Anschluss an BSG vom 25.02.2015 - B 3 KR 11/14 R - BSGE 118, 122 = SozR 4-2500 § 37 Nr. 13).

SG Dessau-Roßlau, Urt. v. 14.06.2017 - S 21 KR 123/16 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

b) Begleitung durch vertrautes Pflegepersonal während stationären Aufenthalts

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 05.06.2019 - L 16 KR 92/19 B ER

RID 19-03-115

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 2 I, 12 I, 37 II, 39 I 3

Ein an einer Duchenne-Muskeldystrophie leidender Versicherter, der keine aktiven Bewegungen seiner Extremitäten mehr ausführen kann und auf eine kontinuierliche invasive Beatmung angewiesen ist, hat auf die **Begleitung** durch ihm vertrautes **Pflegepersonal** während eines **stationären Aufenthalts** keinen Anspruch.

SG Detmold, Beschl. v. 02.01.2019 - S 3 KR 2383/18 ER - hat die Ag. antragsgemäß zur Freistellung von den Kosten häuslicher Krankenpflege während des stationären Aufenthalts v. 17.11. bis 29.11.2018 i.H.v. 10.038,35 € verpflichtet, das *LSG* lehnte den Antrag ab.

c) Medizinische Behandlungspflege in ambulant betreuter Wohngemeinschaft

SG Landshut, Urteil v. 18.06.2019 - S 4 KR 235/19

RID 19-03-116

Berufung zugelassen
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 13 III, 37

Leitsatz: 1. Der Anspruch auf Gewährung von häuslicher Krankenpflege in Form der Behandlungspflege ist nicht dadurch ausgeschlossen, weil die **Einrichtung** selbst zur Erbringung medizinischer Behandlungspflege verpflichtet ist.

2. Die Erbringung medizinischer Behandlungspflege gehört nicht regelmäßig als einfachste Maßnahme der Krankenpflege zu der von **ambulant betreuten Wohngemeinschaften** geschuldeten Leistung.

Das *SG* verurteilte die Bekl, die Kl. von den Kosten der häuslichen Krankenpflege für den Zeitraum vom 01.02.2019 bis 31.03.2019 in Höhe von 633,66 € freizustellen.

Parallelverfahren:

SG Landshut, Urteil v. 18.06.2019 - S 4 KR 9/19

RID 19-03-117

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SG Landshut, Urteil v. 18.06.2019 - S 4 KR 146/19

RID 19-03-118

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

d) Zumutbarer Wechsel des Pflegedienstes

SG Münster, Beschluss v. 21.06.2019 - S 17 KR 1206/19 ER

RID 19-03-119

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

Ein Versicherter hat dann keinen Anspruch darauf, dass die häusliche Krankenpflege durchweg vom **selben Pflegedienst** durchgeführt wird, wenn andere von der Krankenkasse benannte Pflegedienste die Krankenpflege ebf. fachgemäß durchführen können und keine persönliche, einen Wechsel erschwerende Bindung des Versicherten an eine bestimmte Pflegeperson vorliegt.

Das *SG* lehnte die Anträge ab.

VII. Beziehungen zu Krankenhäusern

Nach BSG, Urt. v. 30.07.2019 - **B 1 KR 31/18 R** - ist eine **Aufrechnungserklärung** unter Berücksichtigung der Anforderungen der Prüfverfahrensvereinbarung (PrüfvV) wirksam, wenn sie insb. „die Leistungsforderungen“, die Vergütungsansprüche des Krankenhausträgers, gegen die sie aufrechnen will, genau i.S.d. § 9 S. 2 PrüfV benennt. Die **genaue Benennung** fordert spezifische Angaben, die Höhe und Identität der betroffenen Forderungen klären. Dem entspricht eine Sammelüberweisung, die sämtliche Vergütungsansprüche mit Entlassdatum, Fall- und Rechnungsnummer sowie dem konkreten Zahlbetrag benennt. Gegen welche der dort aufgeführten Forderungen mit einem Erstattungsanspruch aufrechnet, folgt aus der Auffangregelung des BGB zur Tilgungsreihenfolge. Die PrüfV lässt die entsprechende Anwendung dieser Vorschriften zu. Dies folgt aus Wortlaut, Regelungszweck und Regelungssystem. Die Vertragspartner forderten gerade nicht mit den Worten des BGB, die Forderungen und damit die Tilgungsreihenfolge zu „bestimmen“. Sie wollten nicht den Krankenkassen die Verpflichtung, aber auch das Recht einräumen, die Forderungen, gegen die aufgerechnet werden soll, einseitig und endgültig zu bestimmen. Dies widerspräche auch dem Zweck der PrüfV, ein effizientes, konsensorientiertes Verfahren zu regeln. Nach BSG, Urt. v. 30.07.2019- **B 1 KR 13/18 R** - ist die Zeit der **Therapie mittels High-Flow-**

Nasenkanüle (HFNC) nicht als Beatmungszeit zu kodieren. HFNC ist keine maschinelle Beatmung i.S.d. maßgeblichen Kodierregel DKR 1001h. Diese setzt voraus, dass der Patient intubiert oder tracheotomiert oder bei intensivmedizinischer Versorgung die Beatmung über ein Maskensystem erfolgt, wenn dieses an Stelle der bisher üblichen Intubation oder Tracheotomie eingesetzt wird. Die Therapie mit HFNC erfüllt keine dieser Voraussetzungen. Sie appliziert über die Nasenbrille mit Schläuchen (Nasenkanülen) einen kontinuierlichen Luftstrom in die Nasenlöcher, der in den Nasen-Rachen-Raum geleitet wird. Die Beatmung des Versicherten mittels HFNC wird auch nicht dadurch einer maschinellen Beatmung gleichgestellt, dass nach der Kodierregel „zusätzlich ein Kode aus 8-711 (...) anzugeben“ ist, wenn bei Neugeborenen und Säuglingen eine maschinelle Beatmung erfolgt. Die Beatmung des Versicherten mittels HFNC ist entgegen der Rechtsansicht des LSG auch nicht als Entwöhnung einzubeziehen. Nach BSG, Urt. v. 30.07.2019- **B I KR 11/19 R** - ist die Behandlung mittels **High-Flow-Nasenkanüle** weder eine **maschinelle Beatmung** im Sinne der maßgeblichen Kodierregel (DKR 10011 Version 2017) noch ist sie durch die DKR einer solchen maschinellen Beatmung gleichgestellt. Soweit die Kodierregeln eine „Atemunterstützung mit kontinuierlichem positivem Atemwegsdruck (CPAP)“ bei der Beatmungszeit von Neugeborenen und Säuglingen berücksichtigen, beschränken sie sich auf Codes, die eine Atemunterstützung durch Anwendung von High-Flow-Nasenkanülen nicht einbeziehen. Die Versicherte wurde im fraglichen Zeitraum auch nicht von einem Beatmungsgerät entwöhnt, da überhaupt keine maschinelle Beatmung im Sinne der Kodierregeln erfolgte.

Nach BSG, Urt. v. 09.04.2019 - **B I KR 2/18 R** - verstößt es nicht gegen revisibles Recht, dass das LSG die bei der Versicherten vorgenommene Transkatheter-Aortenklappenimplantation (TAVI) **als nicht vom Versorgungsauftrag des Krankenhauses der Kl. umfasst angesehen** hat. Der Feststellungsbescheid weist das Krankenhaus der **ersten Versorgungsstufe** zu. Der Krankenhausplan bestimmt, dass Krankenhäuser der ersten Versorgungsstufe der Grundversorgung dienen. Das LSG hat den Begriff der Grundversorgung dahingehend ausgelegt, dass medizinisch höchst anspruchsvolle und risikoreiche Eingriffe der Herzmedizin, wie die TAVI, aufgrund der hohen Qualitätsvorgaben der Schwerpunktversorgung den höheren Versorgungsstufen vorbehalten ist. Es verbleibt kein Raum für eine eigene Auslegung durch die Revisionsinstanz. Das LSG hat auch nicht das grundgesetzliche Willkürverbot verletzt, sondern Sachgründe für seine Auslegung angeführt. Nach BSG, Urt. v. 09.04.2019 - **B I KR 17/18 R** - verstößt es nicht gegen revisibles Recht, dass das LSG die bei den Versicherten durchgeführte Versorgung mit **Knie-Totalendoprothesen (Knie-TEP)** als vom Versorgungsauftrag des Plankrankenhauses der Klägerin umfasst angesehen hat, da das Krankenhaus u.a. mit der **Fachrichtung „Chirurgie“** im Landeskrankenhausplan aufgenommen ist. Die der Planung zugrunde liegenden Fachrichtungen orientieren sich auch ohne ausdrückliche Verweisung an der WBO für die Ärzte Bayerns in der jeweils im Zeitpunkt der Leistungserbringung gültigen Fassung. Die danach maßgebliche WBO fasst unter dem Gebiet „Chirurgie“ u.a. die Fachgebiete Orthopädie und Unfallchirurgie zusammen. Nach BSG, Urt. v. 09.04.2019 - **B I KR 27/18 R** - handelt es sich bei dem beim Versicherten eingesetzten **Nephrostomiekatheter** um ein **Implantat** im Sinne des ICD-Kodes. Es steht nach den getroffenen tatsächlichen Feststellungen des LSG aber nicht fest, dass der diagnostizierte Harnwegsinfekt „durch“ den Nephrostomiekatheter bedingt war. Das LSG wird die hierzu erforderlichen Feststellungen nachzuholen haben. Nach BSG, Urt. v. 09.04.2019 - **B I KR 5/19 R** - muss eine bekl. **Krankenhausträgerin** der kl. Krankenkasse die Umsatzsteuer für Arzneimittelzubereitungen der klinikumseigenen Apotheke zurückzahlen. Der Kl. steht der Rückzahlungsanspruch aus ergänzender Auslegung des Vertrags zu, soweit die Steueranmeldungen der Bekl. noch nicht formell bestandskräftig oder jedenfalls noch abänderbar waren. Hätten die Vertragsparteien bedacht, dass die Steuerverwaltung auch mit Rückwirkung die USt-Pflicht in der vorliegenden Fallgestaltung verneint, hätten sie vereinbart, dass den vertragschließenden Krankenkassen ein Anspruch auf Rückzahlung zu Unrecht gezahlter Umsatzsteuer zusteht, wenn die Beklagte ihren Erstattungsanspruch gegen das Finanzamt ohne Prozessrisiko durchsetzen kann. So liegt es seit Veröffentlichung des Umsatzsteueranwendungserlasses (20.10.2016). Sind die maßgeblichen Steueranmeldungen nicht mehr abänderbar, beruht der Anspruch auf einem vertraglichen Schadensersatzanspruch. **Die Bekl. wäre jedenfalls spätestens nach dem Urteil des BFH vom 24.9.2014 verpflichtet gewesen, im Vorgriff auf mögliche Reaktionen der Steuerverwaltung innerhalb der noch laufenden Festsetzungsfrist die Abänderung zu beantragen.** Dies wäre ihr angesichts der Kostenfreiheit des Verfahrens zumutbar gewesen. Nach BSG, Urt. v. 09.04.2019 - **B I KR 3/18 R** - war der Senat durch das **Anerkenntnis** der Bekl. nicht an einer Entscheidung durch **begründetes Sachurteil** gehindert. Denn die Kl. hat kein Anerkenntnisurteil beantragt. Der Senat hat auf Antrag der Kl. festgestellt, dass sich der Rechtsstreit betreffend die Krankenhausvergütung dadurch erledigt hat, dass die Bekl. sich den Inhalt der ergänzenden Stellungnahme des gerichtlich bestellten Sachverständigen zur Kodierbarkeit der Nebendiagnosen B95.2! und U80.4! zu eigen gemacht hat. Letztere führen ebenso wie die Nebendiagnose F01.1 zu der Fallpauschale BO2D. Dadurch wurde erstmals eine korrekte und damit die Fälligkeit der Krankenhausvergütung auslösende Rechnung für den streitigen Behandlungsfall erstellt. Dass die Voraussetzungen der Nebendiagnose F01.1 gegeben waren, hat das LSG - für den Senat bindend - nicht festgestellt. Die Klägerin hat in der Berufungsinstanz das Verfahren für erledigt erklärt und - nachdem die Beklagte dem entgegengetreten ist - die Feststellung der Erledigung begehrt. Nach BSG, Urt. v. 18.12.2018 - **B I 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) Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit: Abgrenzung Krankenhaus-/Rehabilitationsleistung

SG Regensburg, Gerichtsbescheid v. 04.02.2019 - S 8 KR 749/17

RID 19-03-120

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

Entscheidend für die Festlegung der Kriterien, ob **Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit** im Sinne von § 39 I 2 SGB V vorliegt, sind immer die Verhältnisse des konkreten Einzelfalls. Für eine **stationäre Versorgung** im Krankenhaus bedarf es nicht einer Akutbehandlung. Entscheidend ist vielmehr, ob die zugrundeliegende Erkrankung - ex ante - im Sinne einer medizinischen Prognose der Krankenhausbehandlung bedurfte.

Entscheidend für den Vergütungsanspruch des Krankenhauses ist, ob erbrachte Leistungen auch tatsächlich als **stationäre Krankenhausleistungen** zu qualifizieren und nicht als Bestandteil medizinischer Rehabilitation zu sehen sind. Die Zuordnung einer Versorgung entweder zum Sektor der Krankenhausbehandlung oder zu dem der stationären Rehabilitation hängt weitgehend von der Intensität der ärztlichen Tätigkeit und den verfolgten Behandlungszielen ab.

Das *SG* verurteilte die Bekl., an die Kl. 6.846,53 € zzgl. Zinsen zu zahlen.

b) Notwendigkeit einer stationären Krankenhausbehandlung und Gabe von Beruhigungsmittel

LSG Schleswig-Holstein, Urteil v. 15.03.2018 - L 5 KR 54/15

RID 19-03-121

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

Für die **Notwendigkeit** einer stationären Krankenhausbehandlung sind Gründe, die außerhalb von medizinischen Erfordernissen liegen, nicht beachtlich. Die Gabe von **Tranxilium** begründet keine Notwendigkeit. Bei Tranxilium handelt es sich um ein Beruhigungsmittel, das üblicherweise am Vorabend einer stationären oder auch ambulanten Operation in einer patientenabhängigen Dosis verabreicht wird.

SG Kiel, Urt. v. 23.04.2015 - S 10 KR 145/13 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

c) Allogene Stammzelltherapie im Off-Label-Use bei Mantelzellymphom

LSG Hamburg, Urteil v. 28.03.2019 - L 1 KR 125/17

RID 19-03-122

Revision anhängig: B 1 KR 20/19 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 39, 109 IV 2 u. 3, 112 II 1 Nr. 1; KHG § 17b; KHEntgG §§ 7 I 1 Nr. 1, 9 I 1 Nr. 1

Bei einer **allogenen Stammzelltherapie** im **Off-Label-Use** bei Mantelzellymphom besteht eine „auf Indizien gestützte“, nicht ganz fernliegende **Aussicht auf Heilung** oder wenigstens auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf.

SG Hamburg, Urt. v. 05.10.2017 - S 48 KR 1744/15 - gab der Klage statt, das *LSG* wies die Berufung zurück.

d) Allogene Stammzelltransplantation

SG Hamburg, Urteil v. 18.02.2019 - S 46 KR 1729/14

RID 19-03-123

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 2 Ia

Die allogene Stammzelltransplantation stellte im Jahr 2010 die einzig gesicherte **Therapieoption** dar, mit der auch im Einzelfall bei fortgeschrittenen indolenten Lymphomen langfristig Remissionen erzielt werden könnten. Diese Therapie bot auch eine nicht ganz entfernt liegende **Aussicht auf Heilung**.

Das *SG* verurteilte die Bekl., an die Kl. 125.159,88 € zu zahlen.

e) Widerlegung einer Mindestmengenprognose für Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas

SG Berlin, Beschluss v. 10.05.2019 - S 182 KR 322/19 ER

RID 19-03-124

*Beschwerde anhängig: LSG Berlin-Brandenburg - L 1 KR 196/19 B ER -
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 136b*

Leitsatz: 1. Die Anfechtungsklage gegen einen die Prognose des Krankenhausträgers gem. § 136b Abs. 4 Satz 6 SGB V widerlegenden Verwaltungsakt hat gem. § 86a Abs. 1 SGG **aufschiebende Wirkung**.

2. Die isolierte Anfechtungsklage nach § 54 Abs. 1 Satz 1 SGG gegen den die Prognose widerlegenden Verwaltungsakt und der damit einhergehende **Suspensiveffekt** führen noch nicht dazu, dass aus einem Umkehrschluss nach § 136b Abs. 4 Satz 1 SGB V das Krankenhaus die mindestmengenbelegte Leistung vorläufig erbringen dürfte.

3. Um nicht dem **Leistungsverbot** nach § 136b Abs. 4 Satz 1 SGB V zu unterliegen, ist eine entsprechende Feststellung erforderlich.

4. Maßgeblicher **Zeitpunkt** für die gerichtliche **Überprüfung der Prognosedarlegung** des Krankenhausträgers nach § 136b Abs. 4 Satz 3 SGB V ist die Entscheidung der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen.

5. Inhaltlicher **Maßstab** für die gerichtliche Überprüfung der Prognosedarlegung des Krankenhausträgers nach § 136b Abs. 4 Satz 3 SGB V sind nur die bis zur Entscheidung der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen durch den Krankenhausträger mitgeteilten oder den Landesverbänden der Krankenkassen und der Ersatzkassen anderweitig bekannten Anknüpfungstatsachen. Tatsächlich vorliegende, aber nicht mitgeteilte Anknüpfungstatsachen bleiben außer Betracht.

Die Beteiligten streiten im Verfahren des einstweiligen Rechtsschutzes über die Widerlegung einer Mindestmengenprognose für Leistungen in Form komplexer Eingriffe am Organsystem Pankreas. Das *SG* lehnte den Antrag ab.

f) Nachträgliche Rechnungskorrektur

SG Regensburg, Urteil v. 25.10.2018 - S 8 KR 699/17

RID 19-03-125

*www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 39, 275 Ic*

Eine **nachträgliche Rechnungskorrektur** ist nach der **PrüfvV** einmal zulässig.

Das *SG* verurteilte die Bekl., an die Kl. 2.732,86 € zzgl. Zinsen zu zahlen.

g) Prüfverfahrensvereinbarung

aa) Keine Ermächtigungsgrundlage für materiell-rechtliche Präklusionsfristen in PrüfV 2015

SG Detmold, Urteil v. 16.05.2019 - S 24 KR 1181/18

RID 19-03-126

*www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
KHG § 17c II 1*

Aus der PrüfV 2015 folgen keine **materiell-rechtliche Präklusionsfristen**, die sich auch auf das Gerichtsverfahren erstrecken und den materiellen Anspruch eines Krankenhauses ausschließen. § 17c II 1 KHG eröffnet den Vertragspartnern keine unbegrenzte Gestaltungsfreiheit, sondern enthält konkrete Vorgaben zu den Regelungszielen und zur Reichweite des Ermächtigungsrahmens. Nach einer grammatischen, systematischen, historischen und teleologischen Auslegung muss festgehalten werden, dass § 17c II 1 KHG als Rechtssetzungsermächtigung für materiell-rechtliche Ausschlussfristen nach der PrüfV nicht herangezogen werden kann.

Das *SG* verurteilte die Bekl., an die Kl. 7.943,08 € nebst Zinsen zu zahlen.

bb) Eingeschränkte Bedeutung der Prüffristen

SG Detmold, Urteil v. 05.09.2018 - S 22 KR 638/17

RID 19-03-127

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

Aus der **PrüfvV** folgt weder eine Präklusion in medizinisch-tatsächlicher Hinsicht noch eine eingeschränkte Amtsermittlung durch das Gericht, wenn die dort genannten **Fristen** nicht eingehalten wurden. Die Inhalte der PrüfvV sind nach § 2 II PrüfvV für die Krankenkassen, den MDK und die zugelassenen Krankenhäuser zwar unmittelbar verbindlich. Diese Verbindlichkeit bezieht sich aber nur auf das **Prüfungsverfahren** selbst, nicht auf ein sich hieran anschließendes **Gerichtsverfahren**. Ohne ausdrückliche Rechtsgrundlage kann die Amtsermittlungspflicht des Gerichts nicht eingeschränkt werden.

Die PrüfvV als untergesetzliche Norm ist zudem nicht geeignet, den **Vergütungsanspruch des Krankenhauses** nach dem SGB V einzuschränken.

Das **SG** verurteilte die Bekl, an die Kl. 10.494,88 € zzgl. Zinsen zu zahlen.

2. Fallpauschalen

a) Fallzusammenführung: Kein Abschluss der medizinischen Behandlung

LSG Schleswig-Holstein, Urteil v. 23.08.2018 - L 5 KR 88/15

RID 19-03-128

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 78/18 B
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris = SchlHA 2019, 244
FPV 2010 §§ 1, 3

Nach § 3 III 1 FPV 2010 i.V.m. mit § 1 I 4 FPV 2010 liegt eine **Fallzusammenführung** nur dann vor, wenn im Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus die erforderliche medizinische Behandlung für die Versicherte noch **nicht abgeschlossen** ist (LSG Thüringen, Urt, v. 28.08.2012 - L 6 KR 295/11 - juris Rn. 24 ff., RID 12-04-114; anders LSG Hessen, Urt. v. 14.06.2017 - L 8 KR 27/16 - juris Rn. 29 ff., RID 17-04-132).

SG Lübeck, Urt. v. 07.05.2015 - S 3 KR 519/12 - verurteilte die Bekl., der Kl. 782,45 € nebst Zinsen zu zahlen. Das **LSG** wies die Berufung zurück,

b) Keine Verlegung ohne aktives Tun des Krankenhauses

LSG Bayern, Urteil v. 11.04.2019 - L 4 KR 215/17

RID 19-03-129

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 47/19 B
www.sozialgerichtsbarkeit.de
FPV 2013 § 1 I

Eine **Verlegung** kann im Sinne der Fallpauschalenvereinbarung 2013 nur dann vorliegen, wenn ein Versicherter auf Veranlassung des Krankenhauses, das ihn stationär behandelt hat, in einem anderen Krankenhaus stationär aufgenommen wird. Verlangt wird ein **aktives Tun** der Klinik. Ohne Zutun des betreffenden Krankenhauses liegt ein Verlegungsakt im Sinne von § 1 I 4 der FPV 2013 nicht vor. Hat ein Krankenhaus **keine Kenntnis** davon, dass ein Patient innerhalb von 24 Stunden nach seiner Entlassung ein anderes Krankenhaus aufsucht und dort stationär aufgenommen wird, kann es sich nicht um ein „verlegendes Krankenhaus“ im Sinne der FPV 2013 handeln (a.A. LSG Hessen, Urt. v. 14.06.2017 - L 8 KR 27/16 - RID 17-04-132, juris Rn. 30).

SG München, Urt. v. 21.03.2017 - S 28 KR 856/16 - verurteilte die Bekl., an die Kl. 646,98 € nebst Zinsen zu zahlen. Das **LSG** wies die Berufung zurück.

c) Hauptdiagnose

aa) Einlieferungsdiagnose und Diagnose nach Abklärung

LSG Sachsen-Anhalt, Urteil v. 21.03.2019 - L 6 KR 61/16

RID 19-03-130

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 39 I 2, 109 IV 3

Leitsatz: 1. In den Formulierungen, wonach die Festlegung der Hauptdiagnose nach D002f der Deutschen Kodierrichtlinien „nach Analyse“ und der sachlichen „Verantwortlichkeit“ für die Veranlassung einer stationären Behandlung erfolgt, kommt eine **Objektivierung der Behandlungserfordernisse** zum Ausdruck.

2. Maßgeblich für die **Veranlassung** ist nicht die Beurteilung des einweisenden Arztes, sondern das Vorhandensein zur Klärung in stationärer Behandlung führender Befunde zum Zeitpunkt der Aufnahme.

3. Bestanden zum Aufnahmezeitpunkt in stationäre Behandlung schnell zurückgebildete Symptome einer **Unterzuckerung** und daneben Befunde, deren Klärung zur längeren Behandlung eines **Non-Hodgkin-Lymphoms** geführt haben, stellt letzteres im Hinblick auf den höheren Ressourcenverbrauch die **Hauptdiagnose** dar.

SG Halle, Ur. v. 22.09.2016 - S 16 KR 442/12 - verurteilte die Bekl. zur Zahlung von 9.746,80 € zzgl. Zinsen, das *LSG* wies die Berufung zurück.

bb) Grunderkrankung „Diabetes mellitus“

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 25.06.2019 - L 11 KR 1649/17

RID 19-03-131

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 109

Leitsatz: Wird bei einem stationären Krankenhausaufenthalt die **Grunderkrankung „Diabetes mellitus“** behandelt und liegen mindestens zwei **Komplikationen** des Diabetes mellitus vor, ohne dass die Behandlung einer der Komplikationen im Vordergrund steht, ist als **Hauptdiagnose** nach ICD-10 die Kategorie E10.- zu verschlüsseln. Zu den Komplikationen, die in diesem Fall an der vierten Stelle im ICD-10 mit „7“ zu kodieren sind, gehören u.a. Hypoglykämie und diabetische Nephropathie. Ist der Diabetes zudem als „entgleist“ zu bewerten, wird die fünfte Stelle mit „3“ verschlüsselt. In einem solchen Fall ist als Hauptdiagnose E10.73 (primär insulinabhängiger Diabetes mellitus <Typ-1-Diabetes>: Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, als entgleist bezeichnet) zu kodieren.

SG Heilbronn, Ur. v. 27.03.2017 - S 12 KR 2683/13 - wies die Klage der Krankenkasse ab, das *LSG* die Berufung zurück.

d) Kodierung einer Nebendiagnose

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 24.01.2019 - L 5 KR 213/18

RID 19-03-132

Revision anhängig: B 1 KR 16/19 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

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

Die **Kodierung einer Nebendiagnose** kann nur dann erfolgen, wenn es sich dabei um eine „andere Krankheit“ handelt als die, die schon mit der Hauptdiagnose erfasst wird. ICD-10 T81.4 einerseits sowie ICD-10 M00.84 andererseits erfassen denselben Sachverhalt, nämlich eine Infektion (an einem Körperteil/Organ).

Eine **Doppel- oder Mehrfachkodierung** ist den DKR zwar nicht grundsätzlich fremd, eine solche ist aber nur dann zulässig, wenn die dafür (etwa) in DKR D010a, D011d oder D012i im Einzelnen beschriebenen Voraussetzungen erfüllt sind.

SG Gelsenkirchen, Ur. v. 20.02.2018 - S 17 KR 436/14 - gab der Klage der Krankenkasse statt, das *LSG* wies die Berufung zurück.

e) Intensivmedizinische Behandlung

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 23.05.2019 - L 1 KR 16/17

RID 19-03-133

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 46/19 B
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

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

Für eine **intensivmedizinische Behandlung** reicht es nicht aus, wenn die Versicherte auf einer Intensivstation untergebracht wird und eine verstärkte Überwachung und pflegerische Betreuung stattfindet. Weitere Voraussetzung ist ein **akut lebensbedrohlicher Zustand** sowie der verstärkte **Einsatz von Apparatemedizin**.

SG Potsdam, Urt. v. 11.11.2016 - S 7 KR 176/12 - wies die Klage der Krankenkasse ab, das **LSG** verurteilte den bekl. Krankenhausträger, an die Kl. 16.441,76 € nebst zu zahlen.

f) Palliativmedizinische Komplexbehandlung: Spirituelle Begleitung

SG Karlsruhe, Urteil v. 28.02.2019 - S 9 KR 1621/17

RID 19-03-134

Rechtskräftig

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. Zu der in OPS 8-982 – **palliativmedizinische Komplexbehandlung** – geforderten aktiven, ganzheitlichen Behandlung zur Symptomkontrolle und psychosozialen Stabilisierung ist die **spirituelle Begleitung** von Palliativpatienten integraler Bestandteil. Im Unterschied zum herkömmlichen Verständnis der Krankenhausseelsorge übernimmt die **Seelsorge** im Palliativkontext anteilige Verantwortung am Therapieplan.

2. Der **OPS** ist streng nach seinem Wortlaut und der Gesetzessystematik **auszulegen**.

3. Zur Auslegung **unbestimmter Tatbestandsmerkmale** im Bereich der OPS ist zuvorderst auf die einschlägigen Definitionen und Begriffseingrenzungen durch die einschlägigen Fachgesellschaften abzustellen. Davon divergierende SEG 4-Kodierempfehlungen haben dahinter zurückzutreten.

Das **SG** verurteilte die Bekl., an die Kl. 1.342,24 € zzgl. Zinsen zu zahlen.

g) Spontanatmungsstunden und Beatmungszeit

LSG Bayern, Urteil v. 12.03.2019 - L 5 KR 202/18

RID 19-03-135

Revision anhängig: B 1 KR 19/19 R

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

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

Leitsatz: Spontanatmungsstunden sind auch dann als Beatmungszeit abzurechnen, wenn der **Entwöhnungsversuch** bis zur Entlassung des Versicherten nicht zu einer stabilen respiratorischen Situation geführt hat.

SG Regensburg, Urt. v. 28.02.2018 - S 14 KR 170/17 - gab der Klage statt, das **LSG** wies die Berufung zurück.

h) Abgrenzung der Thorakotomie von der Thorakoskopie

LSG Hamburg, Urteil v. 12.02.2019 - L 1 KR 48/17

RID 19-03-136

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

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

Auch der OPS-Code differenziert eindeutig zwischen der **Thorakotomie** und der Thorakoskopie, wobei es in erster Linie um die Art des Zugangs geht und unter **Thorakoskopie** die Eröffnung um wenige Millimeter bis Zentimeter mittels des oder für den Trokar verstanden wird (0,5 bis 1,2 cm, ggfs. mit Hilfsinzision von bis zu 5 cm Länge zur Bergung großer Präparate). Auf Rippenspreizer wird verzichtet. Um einen derartigen Eingriff handelte es sich vorliegend.

SG Hamburg, Urt. v. 30.05.2017 - S 8 KR 640/14 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

3. Keine Erstattung bereits geleisteter Aufwandspauschalen

SG Aachen, Urteil v. 14.05.2019 - S 13 KR 533/18

RID 19-03-137

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 275 I c 3

Die vom 1. Senat des BSG vorgenommene Unterscheidung einer „**Auffälligkeitsprüfung**“ und einer **Prüfung der „sachlich-rechnerischen Richtigkeit“** von Krankenhausabrechnungen findet **im Gesetz keine Stütze**. Für die Prüfung von Krankenhausabrechnungen unter Beteiligung des MDK gelten allein die §§ 275 bis 277 SGB V.

Vor dem Hintergrund eines Konsenses der Beteiligten i.V.m. der damaligen Rspr. erscheint es **unbillig** und damit treuwidrig i.S.d. § 242 BGB, in bereits abgeschlossenen Fällen, in denen die Aufwandspauschale ohne Vorbehalt gezahlt worden ist und die weder durch eine Klage noch einen sonstigen Vorbehalt offengehalten worden sind, nunmehr die gezahlte Aufwandspauschale zurückzufordern.

Das **SG** wies die Klage der kl. Krankenkasse gegen den bekl. Krankenhausträger auf Erstattung von in 23 Krankhausbehandlungsfällen gem. § 275 I c 3 SGB V gezahlten Aufwandspauschalen á 300 €, insgesamt 6.900 € ab.

Vgl. bereits u.a. SG Aachen, Ur. v. 13.09.2016 - S 13 KR 410/15 - RID 18-04-70, aufgehoben durch LSG Nordrhein-Westfalen, Ur. v. 13.12.2018 - L 5 KR 738/16 - RID 19-02-125, Revision anhängig: B 1 KR 15/19 R.

VIII. Beziehungen zu Leistungserbringern und Arzneimittelherstellern

Nach BSG, Ur. v. 28.03.2019 - **B 3 KR 13/17 R** - besteht kein Anspruch auf Aufnahme der SofTec® Genu **Orthese** in die Produktart 23.04.03.3 des **Hilfsmittelverzeichnisses** und kein Anspruch auf Aufnahme in eine neu zu schaffende Produktart. Der bekl. GKV-Spitzenverband hat eine weite Gestaltungsfreiheit hinsichtlich der systematischen Struktur des Hilfsmittelverzeichnisses, die auch Einzelfragen der Systematisierung erfasst. Obwohl § 139 SGB V die Einbeziehung von Indikationen in die Struktur des Hilfsmittelverzeichnisses vorsieht, dürfen dafür auch andere Gesichtspunkte oder materialbezogene Kriterien verwendet werden (z.B. Konstruktionsmerkmale, Anwendungsgebiete nach Körperregionen). Hinsichtlich der verfahrensgegenständlichen Produktarten 23.04.03.2 („Knieführungsorthesen mit 4-Punkt-Prinzip und Extensions-/Flexionsbegrenzung“) und 23.04.03.3 („Rahmenorthesen zur Führung und Stabilisierung des Kniegelenks mit Extensions-/Flexionsbegrenzung“) beruht die **Systematik des Hilfsmittelverzeichnisses auf einer Kombination aus indikations- und konstruktionsbezogenen Merkmalen**. Das Hilfsmittel der Kl. erfüllt sämtliche Voraussetzungen für die Listung in der Produktart 23.04.03.2. Zugleich mangelt es nach den bindenden Feststellungen des LSG **wegen der fehlenden selbsttragenden Rahmenkonstruktion an einer wesentlichen Voraussetzung für die Zuordnung zur Produktart 23.04.03.3**. Nach den Feststellungen des LSG konnte zudem nicht nachgewiesen werden, dass die Orthese für den Einsatz bei den in der Produktart 23.04.03.3 beispielhaft aufgeführten schwereren Indikationen („schwer oder komplex instabiles Kniegelenk“, „funktionelle prä- oder postoperative Versorgung von Bandrupturen“) geeignet ist. Ein Anspruch auf Schaffung einer neuen Produktart und Aufnahme der Orthese SofTec® Genu in diese scheidet schon deshalb aus, weil das Hilfsmittel systemgerecht in die Produktart 23.04.03.2 eingruppiert werden kann. Nach BSG, Ur. v. 28.03.2019 - **B 3 KR 2/18 R** - erschöpfte sich der Gegenstand des Rechtsstreits hier nicht nur in einer reinen **Anfechtungsklage** gegen den vom LSG allein aufgehobenen **Schiedsspruch** der bekl. Schiedsstelle (= zweite Stufe nach § 130b IV SGB V betreffend die Erstattungsbetrag-Festlegung nach einer Nutzenbewertung). Klagegegenstand war nach dem Klagebegehren und den Entscheidungsgründen des LSG zufolge in erster Linie der dem Schiedsspruch zugrunde liegende **GBA-Beschluss als Normsetzungsakt** (= erste Stufe der Nutzenbewertung, vgl § 35a III 6 i.V.m. § 91 VI SGB V, § 7 IV AMNutzenV). Insofern hätte das LSG aus Gründen des effektiven Rechtsschutzes **auf eine zusätzliche Feststellungsklage hinwirken müssen**, da der Beschluss des GBA mit der bloßen Anfechtungsklage gegen den Schiedsspruch keiner Korrektur unterzogen werden konnte. Das LSG hat überdies schon im Ausgangspunkt der Überprüfung des Nutzenbewertungsbeschlusses einen **unzutreffenden Maßstab gewählt** und diesen seiner Einschätzung, dass dem GBA - auf den Schiedsspruch durchschlagende - Begründungsdefizite anzulasten seien, zugrunde gelegt. Hinsichtlich des GBA-Beschlusses waren insb. die Regelungen in § 5 I 1 AM-NutzenV i.V.m. § 35a I 3 SGB V in den Blick zu nehmen, wonach es **allein dem pharmazeutischen Unternehmer obliegt, in seinem Dossier nach § 4 AM-NutzenV den Zusatznutzen und die Kosten für die GKV nachzuweisen**; diese Nachweispflicht schließt auch Angaben zum Punkt „medizinischer Zusatznutzen im Verhältnis zur zweckmäßigen Vergleichstherapie“ ein. Den **GBA trifft insoweit keine Amtsermittlungspflicht** (vgl § 35a I 3 Nr. 3 und Nr. 5 i.V.m. I 2 SGB V, § 5 I 2, § 4 VIII AM-NutzenV). In solchen Fällen einer Beibringungspflicht des Ast. bestehen gleichermaßen **keine Amtsermittlungspflichten des Gerichts** nach § 103 SGG. Daraus folgt, dass das LSG keine eigenen Erwägungen und Bewertungen zu vermeintlich vom GBA verletzten „Begründungspflichten“ anstellen durfte, die über dasjenige an Beweismitteln hinausgehen, was die Kl. als pharmazeutischer Unternehmer selbst in den Dossiers nach § 4 AM-NutzenV vorgebracht hatte. Darüber hinaus ist die frühe Bewertung des Zusatznutzens nach § 35a SGB V i.V.m. § 4 VIII 3 AM-NutzenV, der bezüglich der jeweiligen Behandlung nur auf die „direkten Kosten für die GKV über einen bestimmten Zeitraum“ abstellt, von der vergleichenden Kosten-Nutzen-Bewertung nach § 35b SGB V zu trennen. Die Sache war zurückzuverweisen, auch weil der Kl. die Chance eingeräumt werden muss, sich in ihrem Vorbringen auf den vom Senat aufgezeigten Prüfmaßstab einzustellen, gerade wenn das LSG nach § 29 IV Nr. 3 SGG als einzige Tatsacheninstanz entscheidet. BSG, Ur. v. 18.12.2018 - **B 1 KR 11/18 R** - SozR 4-2500 § 137e Nr. 2 verwies die Sache zurück. Es kann mangels ausreichender Feststellungen des LSG nicht abschließend darüber entscheiden, ob die Kl. Anspruch auf Neubewertung 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: Ausschreibung/Keine anbieterschützende Vorschrift

LSG Hamburg, Beschluss v. 03.01.2019 - L 1 KR 145/18 B ER

RID 19-03-138

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 127

Zwar regelt § 127 I 6 SGB V, dass für Hilfsmittel, die für einen bestimmten Versicherten individuell angefertigt werden oder Versorgungen mit hohem Dienstleistungsanteil **Ausschreibungen** nicht zweckmäßig sind. Es ist jedoch nichts dafür ersichtlich, dass es sich hierbei um eine **anbieterschützende Vorschrift** handelt.

SG Hamburg, Beschl. v. 04.12.2018 - S 37 KR 1565/18 ER - lehnte den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das *LSG* wies die Beschwerde zurück.

2. Apotheken: Verordnung eines Arzneimittels unter der Produktbezeichnung

SG Detmold, Urteil v. 26.01.2018 - S 3 KR 450/15

RID 19-03-139

Rechtskräftig

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 129

Verordnet der Arzt das Arzneimittel nicht nur unter seiner Wirkstoffbezeichnung, sondern unter dem **Handelsnamen** unter Angabe des Herstellers, und schließt er die Ersetzung des Arzneimittels durch ein wirkstoffgleiches Arzneimittel durch Ankreuzen des Feldes aut idem aus, so macht er **Vorgaben**, die von der abgebenden Apotheke nicht zu hinterfragen sind.

Die Vorschrift in einem **Arzneimittelliefervertrag**, nach der der Vorrang rabattbegünstigter Arzneimittel - unabhängig davon, ob es sich um ein Original- oder Importarzneimittel handelt - auch dann gelten soll, wenn der Arzt die Ersetzung des verordneten Original- oder Importarzneimittels ausgeschlossen hat, ist nichtig, weil sie dem Rahmenvertrag widerspricht.

Das *SG* verurteilte die Bekl., an die Kl. 2.611,80 € nebst Zinsen zu zahlen.

3. Sonderzuständigkeit nach § 57a IV SGG: Festlegung eines Preismoratorium-Rabattes

SG Berlin, Beschluss v. 25.06.2019 - S 89 KR 4244/15

RID 19-03-140

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 130a; SGG § 57a

Leitsatz: 1. Die Regelung in § 57a Abs. 4 SGG betrifft nur die **unmittelbare gerichtliche Überprüfung** einer vertraglichen Vereinbarung oder Entscheidung auf Bundesebene. Es genügt nicht, dass über die Auslegung oder die Wirksamkeit der vertraglichen Vereinbarung oder Entscheidung lediglich inzident gestritten wird.

2. Streitigkeiten zwischen **pharmazeutischen Unternehmen und dem GKV-Spitzenverband** über das für ein konkretes Arzneimittel festgelegte erweiterte Preismoratorium nach § 130a Abs. 3a Satz 4 SGB V begründen keine Sonderzuständigkeit nach § 57a Abs. 4 SGG.

Das *SG* erklärte sich für örtlich unzuständig und verwies den Rechtsstreit an das örtlich zuständige SG Lübeck.

IX. Angelegenheiten der Krankenkassen

Nach BSG, Urt. v. 08.08.2019 - **B 3 KR 16/18 R** - ist der Verband der Arzneimittel-Importeure Deutschlands e.V. eine für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildete maßgebliche **Spitzenorganisation** der pharmazeutischen Unternehmer auf Bundesebene i.S. von § 130b V 1 SGB V. Da die Rahmenvereinbarung als Normenvertrag auch für pharmazeutische Unternehmer gilt, die nicht Mitglied einer an ihrer Vereinbarung beteiligten Organisation sind, müssen zur Gewährleistung einer hinreichenden Betroffenenpartizipation sowohl solche Organisationen mitwirken können, die eine nicht unerhebliche Anzahl pharmazeutischer Unternehmer repräsentieren, als auch solche, die auf spezielle Mitgliedsunternehmen ausgerichtet sind und deren schützenswerte Sonderinteressen sie vertreten. Nur so ist die Einhaltung der verfassungsrechtlichen Anforderungen an eine angemessene Interessenwahrnehmung Betroffener für eine Normsetzungsbefugnis im Rahmen der Selbstverwaltung hinreichend sichergestellt. Nach BSG, Urt. v. 30.07.2019 - **B 1 KR 15/18 R** - scheidet bei Zahlung einer **Gesamtvergütung** an eine K(Z)V ein Erstattungsanspruch nach § 105 SGB X von vornherein aus. Die Gesamtvergütung ist **keine Sozialleistung**. Die kl. Krankenkasse hat keinen öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch gegen die beklagte Krankenkasse. Die Wertungen des Rechts der GKV stehen einer Rückgriffs- oder Aufwendungskondition entgegen. Die den Rechtsverhältnissen zwischen Krankenkasse und K(Z)V einerseits sowie K(Z)V und Vertrags(zahn)arzt andererseits zugrunde liegenden Vorschriften regeln abschließend die jeweiligen Leistungsbeziehungen einschließlich der Rückabwicklung. Der Senat kann die Beigeladene nicht zur Zahlung verurteilen. Das Prozessrecht lässt nur eine Verurteilung des beigel. Sozialleistungsträgers zu, nicht aber einer K(Z)V. Nach BSG, Urt. v. 30.07.2019- **B 1 KR 34/18 R** - hat, erweitert eine Krankenkasse ohne gesetzliche Ermächtigung ihren Tätigkeitskreis durch Gestaltungsleistungen kraft Satzung mittels Wahltarif-Regelungen, ein **Unternehmen der PKV** aufgrund des allgemeinen öffentlich-rechtlichen **Unterlassungsanspruchs** das Recht, ihr das Bewerben und Anbieten gerichtlich untersagen zu lassen. Nach BSG, Urt. v. 30.07.2019- **B 1 KR 16/18 R** - ist der als Verein eingetragene Verband der Ersatzkassen prozessführungsbefugt, die wettbewerbsrechtlichen Ansprüche seiner verbandsmäßig organisierten Mitglieder gerichtlich zu verfolgen. Eine Krankenkasse überschreitet mit ihrer Werbung mit Rabatten bei ausgewählten sog. Vorteilspartnern ihren Aufgabenkreis als Körperschaft des öffentlichen Rechts. Sie kann sich zu ihrer Rechtfertigung nicht darauf stützen, dass ihr Verhalten nicht unlauter i.S.d. RL 2005/29/EG ist. Die RL hat weder gegenüber dem ohnehin vom SGB Geforderten neue Maßstäbe für Krankenkassenwerbung begründet noch schließt sie strengere Anforderungen an Krankenkassenwerbung durch das deutsche Recht aus. Nach BSG, Urt. v. 30.07.2019 - **B 1 A 2/18 R** - kann in einer Änderungsvereinbarung zum **Vorstandsdienstvertrag** mit dem Vorstandsvorsitzenden eine von vornherein mit festen Zahlen gestaffelt vereinbarte Vergütung zu der prognostizierten **Mitgliederentwicklung** ins Verhältnis gesetzt und so die relative Angemessenheit prognostisch bewertet werden. Ein Änderungsvertrag mit einer **dynamischen Verweisung** auf die Veränderungsrate nach § 71 III SGB V ist dagegen nicht genehmigungsfähig. Eine Prognoseentscheidung wäre hierfür nur möglich, wenn die Vergütungsanpassung jeweils durch eine Obergrenze gedeckelt wäre, woran es fehlt.

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

SG Wiesbaden, Urteil v. 31.10.2018 - S 2 KR 241/17

RID 19-03-141

Rechtskräftig

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris = MedR 2019, 503

SG V §§ 15 VI, 291

Auch bei **Ruhen** des Leistungsanspruchs besteht ein Anspruch auf Ausstellung der **elektronischen Gesundheitskarte**. Die Ausgabe dieser Karte ist kein Verwaltungsakt über das Bestehen des Versicherungsverhältnisses. Vielmehr stellt die elektronische Gesundheitskarte nach § 291 SGB V für die Versicherten einen Nachweis für die Berechtigung zur Inanspruchnahme von Leistungen gegenüber den ärztlichen, zahnärztlichen und psychotherapeutischen Leistungserbringern dar und ermöglicht diesen die Identifizierung des Patienten. Es handelt sich bei der Karte um ein

Ausweispapier und nicht um ein Wertpapier oder ein Legitimationspapier, da keine bestimmte Forderung verbrieft wird. In den Fällen des **Ruhens** nach § 16 IIIa SGB V kann die Karte Angaben zum Ruhen des Anspruchs auf Leistungen enthalten.

Das **SG** verpflichtete die Bekl., dem Kl. eine elektronische Gesundheitskarte im Sinne von § 291 SGB V auszuhändigen.

2. Keine Beratungs- und Betreuungsleistungen durch Vertrag mit Beratungsunternehmen

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 27.03.2019 - L 9 KR 54/16 KL

RID 19-03-142

Revision anhängig: B 1 A 3/19 R

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 11 IV; 43 I Nr. 2; 197b, 284; SGB IV §§ 30, 89, 90

Leitsatz: 1. Weder das Versorgungsmanagement des § 11 Abs. 4 SGB V noch das Wirtschaftlichkeitsgebot ermächtigen Krankenkassen dazu, zur Senkung ihrer Kosten mit privaten **Beratungsunternehmen Verträge** zu schließen, in denen für Gruppen von länger erkrankten oder stationär versorgten Versicherten Betreuungs- und Beratungsleistungen erbracht werden.

2. **Aufsichtsbehörden** dürfen die Krankenkassen dazu verpflichten, solche Verträge mit privaten Dritten zu kündigen, in denen sie Leistungen einkaufen, zu deren Erbringung sie gesetzlich nicht ermächtigt sind.

Das **SG** wies die Klage ab.

X. Bundessozialgericht (BSG)

1. Arzneimittel: Lebensbedrohliche Erkrankung (Immunglobuline)

BSG, Urteil v. 20.03.2018 - B 1 KR 4/17 R

RID 19-03-143

SozR 4-2500 § 2 Nr. 12 = KHE 2018/31 = USK 2018-22

Leitsatz: Die für die grundrechtsorientierte Auslegung des Leistungsrechts erforderliche **lebensbedrohliche Erkrankung** setzt voraus, dass sich der voraussichtlich tödliche Krankheitsverlauf innerhalb eines kürzeren, überschaubaren Zeitraums mit großer Wahrscheinlichkeit nach den konkreten Umständen des Falles verwirklichen wird.

2. Kosten für medizinische Rehabilitationsleistung und gesetzliche Rentenversicherung

BSG, Urteil v. 11.09.2018 - B 1 KR 6/18 R

RID 19-03-144

BSGE 126, 269 = SozR 4-3250 § 14 Nr. 29

Leitsatz: 1. Bewilligt ein **erstangegangener Rehabilitationsträger** in Bejahung seiner Zuständigkeit einen Antrag auf Leistungen zur Teilhabe, bleibt er im Außenverhältnis zum Leistungsberechtigten jedenfalls bis zur vollständigen Erfüllung der Leistungspflicht hierfür zuständig, auch wenn sich danach die Innenzuständigkeit im Erstattungsverhältnis zu einem anderen Träger ändert.

2. Bewilligt ein erstangegangener Rehabilitationsträger einen Antrag auf Leistungen zur Teilhabe und verliert er danach vor Erfüllung der Leistungspflicht im Innenverhältnis zu einem anderen Träger seine Primärzuständigkeit, begründet dies im Erstattungsverhältnis zum anderen Träger eine **nachrangige Zuständigkeit**.

3. Beziehungen zu Krankenhausträgern

a) Versorgungsauftrag für Implantation von Kniegelenk-Totalendoprothesen (Knie-TEP)

BSG, Urteil v. 09.04.2019 - B 1 KR 17/18 R

RID 19-03-145

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

Es verstößt nicht gegen revisibles Recht, dass das LSG die bei den Versicherten durchgeführte Versorgung mit **Knie-Totalendoprothesen (Knie-TEP)** als vom Versorgungsauftrag des Plankrankenhauses der Klägerin umfasst angesehen hat, da das Krankenhaus u.a. mit der **Fachrichtung „Chirurgie“** im Landeskrankenhausplan aufgenommen ist. Die der Planung zugrunde liegenden Fachrichtungen orientieren sich auch ohne ausdrückliche Verweisung an der WBO für die Ärzte Bayerns in der jeweils im Zeitpunkt der Leistungserbringung gültigen Fassung. Die danach maßgebliche WBO fasst unter dem Gebiet „Chirurgie“ u.a. die Fachgebiete Orthopädie und Unfallchirurgie zusammen.

b) Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls

BSG, Urteil v. 19.06.2018 - B 1 KR 39/17 R

RID 19-03-146

SozR 4-5562 § 9 Nr. 10 = KRS 2018, 416 = KrV 2018, 248 = KHE 2018/66 = USK 2018-43

Leitsatz: 1. Ein Krankenhaus darf die **Prozedur „Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls“** kodieren, wenn seine Patienten unter Verwendung des schnellstmöglichen Transportmittels regelhaft rund um die Uhr unmittelbaren Zugang zu neurochirurgischen Notfalleingriffen sowie gefäßchirurgischen und interventionell-radiologischen Behandlungsmaßnahmen in einem kooperierenden Krankenhaus haben.

2. Patienten haben unmittelbaren **Zugang zu neurochirurgischen Notfalleingriffen** in einem kooperierenden Krankenhaus, wenn zwischen Anforderung des Transportmittels und Übergabe des Patienten an die kooperierende behandelnde Einheit höchstens eine halbe Stunde liegt.

Parallelverfahren:

BSG, Urteil v. 19.06.2018 - B 1 KR 38/17 R

RID 19-03-147

NZS 2018, 981 = KHE 2018/49 = USK 2018-43

c) Transkatheter-Aortenklappen-Implantation und Grundversorgung

BSG, Urteil v. 09.04.2019 - B 1 KR 2/18 R

RID 19-03-148

GesR 2019, 454

Ein zur akutstationären **Grundversorgung** zugelassenes Plankrankenhaus (hier: der Versorgungsstufe 1 in Bayern) hat keinen Vergütungsanspruch für die Durchführung einer **Transkatheter-Aortenklappen-Implantation (TAVI)** gegenüber der gesetzlichen Krankenkasse.

d) Kodierung einer primären fokalen Hyperhidrose

BSG, Urteil v. 20.03.2019 - B 1 KR 25/17 R

RID 19-03-149

SozR 4 = KHE 2018/35 = KRS 2019, 72 = USK 2018-

Bei einer Krankenhausbehandlung wegen einer **primären fokalen Hyperhidrose** ist die **Hauptdiagnose** nach der Nr. G90.41 (Autonome Dysreflexie als Schwitzattacken) und nicht nach der Nr. R61.0 (Hyperhidrose, umschrieben) des ICD-10-GM 2009 zu kodieren und damit die höher vergütete DRG B06B anstatt der niedriger vergüteten DRG J10B abzurechnen, wenn als Hauptdiagnose die Diagnose der Restklassen „sonstige Krankheiten des autonomen Nervensystems“ zu kodieren ist.

4. Private Auslandsrankenversicherung: Keine Erstattung von Geldleistungen

BSG, Urteil v. 11.09.2018 - B 1 KR 7/18 R

RID 19-03-150

BSGE 126, 277 = SozR 4-7610 § 812 Nr. 8 = RuS 2019, 193

Leitsatz: Lassen sich Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung bei einer Erkrankung im Ausland zulasten einer **privaten Krankenversicherung** behandeln, hat diese keinen Zahlungsanspruch gegen die Krankenkasse.

C. ENTSCHEIDUNGEN ANDERER GERICHTE

I. Ärztliches Berufsrecht

1. Widerruf/Ruhen/Wiedererteilung der Approbation/Berufserlaubnis

a) Widerruf: Freiheitsstrafe von (mindestens) einem Jahr wegen Abrechnungsbetrugs

VG Hamburg, Urteil v. 23.02.2019 - 17 K 4618/18

RID 19-03-151

juris
BÄO § 3 I 1 Nr. 2

Wenn § 24 I Beamtenstatusgesetz bei der Verurteilung wegen einer vorsätzlich begangenen Straftat zu einer **Freiheitsstrafe von (mindestens) einem Jahr** als zwingende Rechtsfolge die Entfernung des straffälligen Beamten aus dem Dienst vorsieht, so trägt dies Besonderheiten des Beamtenverhältnisses Rechnung. Ein hier vorausgesetztes besonderes öffentlich-rechtliches Treueverhältnis wird durch die **staatliche Approbation** eines Arztes offensichtlich nicht begründet. Folgerichtig ist der Approbationswideruf als offener Tatbestand ausgestaltet, und es verbietet sich eine Gleichsetzung mit dem anders geregelten einschlägigen Beamtenrecht. Mithin sind für den Approbationswideruf nicht das Strafurteil (Strafbefehl) an sich und das verhängte Strafmaß, sondern die im Einzelfall gegebenen besonderen Umstände maßgeblich.

Ein allgemeiner tiefgreifender Verlust des Vertrauens in die Integrität eines wegen **Abrechnungsbetruges** bestraften Arztes kann sich hingegen aus der von allen billig und gerecht Denkenden geteilten Erwägung ergeben, dass ein Arzt, der Betrugsstraftaten verübt, also die Rechtsordnung verletzt, um sich wirtschaftliche Vorteile zu verschaffen, auf eine Weise von einem übersteigerten Erwerbsstreben beherrscht ist, die mit grundlegenden ethischen Vorstellungen schlechthin unvereinbar ist.

Die berufsrechtliche Bewertung eines bestimmten Sachverhalts durch die **Ärztelkammer** präjudiziert die Approbationsbehörde von vornherein nicht.

Die Überwachung und Sanktionierung eines fehlerhaften vertragsärztlichen Abrechnungsverhaltens obliegt in erster Linie den **Kassenärztlichen Vereinigungen**. Die Erteilung einer Ermächtigung darf bei der Gesamtbewertung nicht unberücksichtigt bleiben.

b) Ruhen der Approbation

aa) Kein Ruhen bei fehlender Gefahr für wichtige Gemeinschaftsgüter

OVG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 04.06.2019 - 13 A 897/17

RID 19-03-152

juris
BÄO § 6 I Nr. 1; GG Art. 12 I

Art. 12 I GG gebietet eine verfassungskonforme Auslegung des § 6 I Nr. 1 BÄO dahingehend, dass die **Einleitung eines Strafverfahrens** eine **Ruhensanordnung** u.a. nur dann rechtfertigen kann, wenn die hohe Wahrscheinlichkeit besteht, dass das strafgerichtliche Verfahren zu einer Verurteilung des Arztes wegen der gegen ihn erhobenen strafrechtlichen Vorwürfe in ihrem wesentlichen Kern führt.

Abrechnungsbetrügereien gegenüber Krankenkassen, an denen sich der Kläger beteiligt haben soll, sind schwere Straftaten mit unmittelbarem Bezug zum beruflichen Wirkungskreis des Arztes. Die korrekte Abrechnung ärztlicher Leistungen gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen gehört selbstverständlich zu den Berufspflichten eines Arztes. Die Gefährdung der finanziellen Basis der Kassen durch eine Beteiligung an betrügerischen Abrechnungen in großem Umfang - hier über nahezu fünf Jahre und mit einem verursachten Schaden über mehrere hunderttausend Euro - stellt auch ohne einen unmittelbaren behandlungsrelevanten Bezug eine gravierende berufliche Verfehlung dar, weil die Verlässlichkeit des Abrechnungssystems eine Bedingung für das Funktionieren der vertragsärztlichen Versorgung darstellt.

Die Anordnung des Ruhens ist aber **ermessensfehlerhaft**, wenn sie als Präventivmaßnahme vor Rechtskraft einer strafrechtlichen Verurteilung nicht **erforderlich** ist. Es fehlt derzeit an einer die Ruhensanordnung rechtfertigenden konkreten Gefahr für wichtige Gemeinschaftsgüter.

bb) Strafrechtlicher Vorwurf sexuellen Missbrauchs in frühem Ermittlungsstadium

VG Köln, Beschluss v. 04.06.2019 - 7 L 673/19

RID 19-03-153

juris

VwGO § 80; BÄO § 6 I Nr. 1

An den **strafrechtlichen Vorwurf** sind insb. in einem **frühen Ermittlungsstadium** strenge Anforderungen zu stellen. Der Verdacht einer Straftat muss sich bereits so konkretisiert haben, dass die Gründe, die ein weiteres Zuwarten ausschließen, in einem angemessenen Verhältnis zur Schwere des Eingriffs stehen; die Straftat muss vom Deliktcharakter, von der Begehungsweise oder von den Tatfolgen her gravierend und die Anordnung des Ruhens der Approbation zum Schutz wichtiger Gemeinschaftsgüter unter strenger Beachtung des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes geboten sein (vgl. OVG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 19.07.2013 - 13 A 1300/12 - RID 13-03-217)(hier bejaht, weil auf der Grundlage der bisherigen Ermittlungsergebnisse sich der strafrechtliche Verdacht so weit verdichtet, dass bei der im Verfahren des vorläufigen Rechtsschutzes gebotenen summarischen Prüfung davon auszugehen ist, dass der Ast. mit erheblicher Wahrscheinlichkeit wegen sexuellen Missbrauchs unter Ausnutzung eines Behandlungsverhältnisses gemäß § 174c I StGB verurteilt werden wird).

cc) Zweifel an gesundheitlicher Eignung (Alkoholkonsum)/Untersuchungsanordnung

OVG Hamburg, Beschluss v. 28.02.2019 - 3 Bs 257/18

RID 19-03-154

juris

BÄO §§ 3 I 1 Nr. 3, 6 I Nr. 3; GG Art. 12 I

Leitsatz: 1. Die von § 6 Abs. 1 Nr. 3 BÄO vorausgesetzten Zweifel an der **gesundheitlichen Eignung** eines Arztes bestehen bereits dann, wenn diesbezüglich glaubhafte und in sich schlüssige Hinweise vorliegen (wie VGH Baden-Württemberg, Beschl. v. 15.12.2014 - 9 S 2073/14 - RID 15-01-163, juris Rn. 22; OVG Schleswig, Beschl. v. 07.03.2018 - 3 MB 1/18 - NordÖR 2018, 219, juris Rn. 9). Kommt eine erste Untersuchung des Arztes zu keinen eindeutigen Ergebnissen, kann gerade dieser Umstand die Notwendigkeit einer weiteren fachärztlichen Abklärung begründen.

2. Zur Feststellung, ob ein Arzt sich geweigert hat, sich einer rechtmäßig angeordneten Untersuchung zu unterziehen, ist sein Verhalten im Gesamtkontext zu würdigen. Bestehen Zweifel an der **Kooperationsbereitschaft** des Arztes, sind erhöhte Anforderungen an die Darlegung von Hinderungsgründen zu stellen.

c) Ausnahmsweise Erteilung der Berufserlaubnis über den Zweijahres-Zeitraum hinaus

VG München, Beschluss v. 18.06.2019 - M 27 E 19.2904

RID 19-03-155

juris

BÄO § 10; ÄApprO § 34; VwGO § 123

Die Voraussetzungen einer **ausnahmsweisen Erteilung** der Berufserlaubnis nach § 10 III 1 BÄO über **den Zweijahres-Zeitraum hinaus** liegen nicht vor, wenn der Arzt in dem Gebiet, in dem die ärztliche Tätigkeit ausgeübt werden soll, nicht über einen **gleichwertigen Ausbildungsstand** verfügt.

Beschränkt sich der Antrag auf Erteilung der vorübergehenden Erlaubnis ausdrücklich auf die Ausübung des ärztlichen Berufs in einer ganz bestimmten (Fach-)Arztstelle eines **bestimmten Krankenhauses**, so ist für die Frage der Versorgung bzw. Unterversorgung der Bevölkerung auf die Verhältnisse im Einzugsbereich dieses Krankenhauses abzuheben.

Ein **besonderer Einzelfall** kann in Abwägung der betroffenen Rechtsgüter ausnahmsweise auch dann vorliegen, wenn die Gleichwertigkeitsprüfung innerhalb der zwei Jahre nach § 10 II 2 BÄO nicht abgeschlossen werden konnte. Dabei ist hinsichtlich der Dauer der „Gleichwertigkeitsprüfung“ auf das behördliche Verfahren abzustellen, und nicht auch auf das verwaltungsgerichtliche Verfahren.

2. Berufspflichten

a) Unwürdigkeit eines Vertragsarztes wegen Abrechnungsbetrugs

Berufsgericht für Heilberufe Gießen, Urteil v. 19.12.2018 - 21 K 8807/17.GI.B

RID 19-03-156

juris

HeilBerG Hessen §§ 25, 50, 63

Das **Berufsgericht** ist nicht gehindert, den Beschuldigten im berufsgerichtlichen Verfahren zu verurteilen, wenn trotz der bereits erfolgten **strafrechtlichen Verurteilung** ein berufsrechtlicher Überhang besteht, der die tenorierte Maßnahme rechtfertigt. Mit einem über fünf Jahre begangenen vollendeten bzw. versuchten Abrechnungsbetrag hat der Beschuldigte sich in besonders schwerwiegender Weise des Vertrauens unwürdig gezeigt, dass in seinen Berufsstand als Teil des Gesundheitssystems gesetzt wird und so seine beruflichen Pflichten aus §§ 22, 25 HeilBerG Hessen i.V.m. § 2 BO Hessen in besonders schwerem Maße verletzt.

Vertragsärzte sind Teil des staatlichen, von der Gemeinschaft der Versicherungspflichtigen bzw. den Arbeitgebern getragenen Gesundheitssystems und stehen in besonderem Maße in der Pflicht, mit den begrenzten Mitteln verantwortlich umzugehen. Diese **Kernpflicht** hat der Beschuldigte nachhaltig und in schwerster Weise verletzt. Die korrekte Abrechnung der ärztlichen Leistungen gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen gehört zu den Berufspflichten eines Arztes. Die Gefährdung der finanziellen Basis der Kassen durch betrügerische Falschabrechnungen in großem Umfang ist eine gravierende berufliche Verfehlung, die ohne Weiteres zur Berufsunwürdigkeit führen kann, ohne dass es eines zusätzlichen „behandlungsrelevanten“ Aspekts bedarf (VGH Bayern, Beschl. v. 11.05.2016 - 21 ZB 15.2776 - RID 16-03-198, juris Rn. 11; BVerwG, Beschl. v. 20.09.2012 - 3 B 7/12 - RID 12-04-133).

Es kann festgestellt werden, dass ein Arzt **unwürdig** ist, den Beruf des Arztes auszuüben, wenn er als Vertragsarzt über einen Zeitraum von fünf Jahren in einer Vielzahl von Fällen nicht erbrachte Leistungen gegenüber der KV abgerechnet und so ärztliche Honorare in Höhe von mindestens 268.340,50 € zu Unrecht erhalten hat.

Das **Landgericht** verurteilte den Kl. im Mai 2015 wegen gemeinschaftlichen Betruges in 14 Fällen sowie des versuchten gemeinschaftlichen Betruges in 7 Fällen zu einer **Gesamtfreiheitsstrafe von zwei Jahren**, deren Vollstreckung zur Bewährung ausgesetzt wurde (vgl. im Einzelnen SG Marburg, Gerichtsbb. v. 24.05.2017 - S 12 KA 137/17 - RID 17-03-60). Der BGH verwarf mit Beschl. v. 26.04.2016 - 2 StR 357/15 - die Revision. Die Approbationsbehörde widerrief im Juli 2015 die Approbation, die dagegen erhobene Klage wies VG Gießen, Urte. v. 23.11.2017 - 4 K 3302/17.GI - ab, Berufung anhängig beim VGH Hessen - 7 A 73/18.Z -. Das **BerufsG** stellte fest, dass der Beschuldigte unwürdig ist, den Beruf des Arztes auszuüben.

b) Verfahrenshindernis bei Verstoß gegen Beweisverwertungsverbot

VG Meiningen, Beschluss v. 12.02.2019 - 7 B 28/19 Me

RID 19-03-157

juris

HeilBerG Thüringen §§ 55, 58, 61; StPO § 211

Leitsatz: 1. Gegenstand einer **Anschuldigung** in einem berufsgerichtlichen Verfahren dürfen nur solche Tathandlungen sein, die vorher durch einen **Beschluss des Kammervorstandes** zum Gegenstand eines berufsrechtlichen Ermittlungsverfahrens gemacht worden sind.

2. Nach § 58 Abs. 2 Satz 2 ThürHeilBG dürfen nur solche Tatsachen gegenüber einem Beschuldigten verwertet werden, zu denen ihm im vorangegangenen Ermittlungsverfahren **Gelegenheit** gegeben worden ist, sich **zu äußern**.

3. Das **Beweisverwertungsverbot** nach § 58 Abs. 2 Satz 2 ThürHeilBG begründet ein Verfahrenshindernis, welches es rechtfertigt, das berufsgerichtliche Verfahren nicht zu eröffnen.

4. Die **Nichteröffnung** eines berufsgerichtlichen Verfahrens hat nach § 211 StPO, der über § 83 ThürHeilBG entsprechende Anwendung findet, keinen **Klageverbrauch** zur Folge.

c) Berufsgerichtsbarkeit nach Kammerwechsel: Verfahrenshindernis

VG Meiningen, Urteil v. 10.01.2019 - 7 B 70004/17 Me

RID 19-03-158

juris

HeilBerG Thüringen §§ 47 I 2, 48, 69 III 2 Nr. 1; GG Art. 103 III

Leitsatz: 1. Nach § 47 Abs. 1 Satz 2 ThürHeilBG können auch Berufspflichtverstöße durch die Thüringer **Berufsgerichtsbarkeit** geahndet werden, die der Kammerangehörige während seiner Zugehörigkeit zu einer vergleichbaren Berufsvertretung im Geltungsbereich des Grundgesetzes begangen hat.

2. War eine Berufspflichtverletzung nach den berufsrechtlichen Bestimmungen eines anderen Bundeslandes zu würdigen und bestand dort ein endgültiges **Verfahrenshindernis** (hier weil nach Art. 86 Abs. 4 BayHKaG das berufsgerichtliche Verfahren einzustellen ist, wenn der Kammerangehörige die Approbation durch staatliche Ordnungsmaßnahmen entzogen wurde), besteht dieses Hindernis aus Gründen des Vertrauensschutzes und des Rechtsstaatsprinzips fort, wenn der Arzt nach **Wiedererteilung der Approbation** die Kammer wechselt.

3. Zum Grundsatz des **ne bis in idem** in berufsgerichtlichen Verfahren.

3. Strafrecht

a) Betrug: Gründung eines MVZ über Strohmann

LG Hamburg, Urteil v. 11.03.2019 - 618 KLS 2/17, 618 KLS 2/17 - 3490 Js 94/15

RID 19-03-159

juris

SGB V § 95 Ia; StGB §§ 25 II, 46, 46b, 49, 53, 263

Ein **Verstoß gegen die Gründungsvoraussetzungen** nach § 95 Ia SGB V führt zur fehlenden Abrechnungsfähigkeit der vom jeweiligen MVZ erbrachten Leistungen. Die Kammer hat die hier maßgebliche sozialrechtliche Verbotsvorschrift des § 95 Ia SGB V dergestalt ausgelegt, dass die dort enthaltenen Vorgaben an taugliche „Gründer“ von MVZ nicht an die formale Stellung als Gesellschafter anknüpfen, sondern dass vielmehr auch solche Personen „Gründer“ i.S.d. § 95 Ia SGB V sein können, die sich – wie hier der Angeklagte Z. (Apotheker) – über einen Dritten als formalen Gesellschafter – wie hier der Angeklagte D. (Vertragsarzt) – treuhänderisch an einem MVZ beteiligen.

An der **Verfassungsmäßigkeit** des § 95 Ia SGB V bestehen keine ernsthaften Zweifel.

b) Werbung für Schwangerschaftsabbrüche nach Gesetzesänderung März 2019

OLG Frankfurt a. M., Beschluss v. 26.06.2019 - 1 Ss 15/19

RID 19-03-160

juris

StGB § 219a

§ 219a IV StGB nach der Gesetzesänderung vom März 2019 enthält einen **Ausnahmetatbestand**. Die dort genannten Handlungen fallen nicht mehr unter § 219a I StGB. Die Ausnahmenvorschrift umfasst die öffentliche Information über die Tatsache, dass Ärzte sowie Krankenhäuser und sonstige Einrichtungen zugelassene Schwangerschaftsabbrüche vornehmen. Darüber hinaus ermöglicht die Vorschrift den öffentlichen Hinweis - etwa durch Verlinkung - auf Informationsangebote neutraler Stellen, die im Gesetz ausdrücklich benannt werden. Anders als nach bisher geltendem Recht soll die bloße Information darüber, dass nach § 218a I bis III StGB straflose oder nicht rechtswidrige Schwangerschaftsabbrüche durchgeführt werden, nicht mehr unter § 219a I StGB fallen. Werbung bleibt dagegen weiterhin verboten.

Die **neue Rechtslage** ist gegenüber der bisherigen Regelung, die zur Tatzeit galt, das mildere Recht (§ 2 III StGB). Gemäß § 354a StPO ist das mildere Strafgesetz zugrunde zu legen (BGHSt 20, 116).

Das **AG** befand die angekl. Allgemeinmedizinerin für schuldig der Werbung für den Abbruch der Schwangerschaft und verhängte eine Geldstrafe von 40 Tagessätzen zu je 150 €. **LG Gießen**, Urt. v. 12.10.2018 - 3 Ns 406 Js 15031/15 - RID 19-01-188 wies die Berufung zurück. Das **OLG** wies die Sache zur neuen Verhandlung und Entscheidung an das LG zurück.

4. Abtretung vertrags(zahn)ärztlicher Honorarforderungen

BGH, Urteil v. 06.06.2019 - IX ZR 272/17

RID 19-03-161

juris

BGB §§ 134, 185 II 1, 398, 402; StGB § 203 I Nr. 1; InsO §§ 35 II, 91 I

Leitsatz: 1. **Vergütungsforderungen** eines **Kassenzahnarztes** gegen seine kassenzahnärztliche Vereinigung können wirksam **abgetreten** werden, sofern die Informationsrechte des Forderungserwerbers abbedungen sind. Dies ist anzunehmen, wenn der Forderungserwerber den Kassenzahnarzt zur Einziehung der abgetretenen Forderungen ermächtigt.

2. Eine vor Insolvenzeröffnung von dem Schuldner zur Sicherung vereinbarte **Globalabtretung** erfasst auch im Fall der zwischenzeitlichen Freigabe der selbständigen Tätigkeit die nach der Beendigung des Insolvenzverfahrens entstehenden Forderungen des Schuldners.

3. Tritt ein als Kassenzahnarzt tätiger Schuldner vor Insolvenzeröffnung ihm zustehende künftige Forderungen gegen seine kassenzahnärztliche Vereinigung zur Sicherung ab und gibt der **Insolvenzverwalter** nach Verfahrenseröffnung seine **selbständige Tätigkeit frei**, so fallen diese Forderungen während der Dauer des Insolvenzverfahrens mangels eines wirksamen Erwerbs des Sicherungsnehmers in das frei gegebene Vermögen des Schuldners (Aufgabe von BGH, Urteil vom 18. April 2013 - IX ZR 165/12, WM 2013, 1129).

5. Praxisbewertungen durch Zahnärztekammern

VG Bremen, Urteil v. 14.03.2019 - 5 K 2810/17

RID 19-03-162

juris

Bremen HeilBerG § 6 III

Leitsatz: 1. **Praxisbewertungen durch Zahnärztekammern** sind Leistungen einer öffentlich-rechtlichen Körperschaft für ihre Mitglieder, für die **Verwaltungsgebühren** erhoben werden können.

2. Die Art und Weise der Praxisbewertung wird allein durch die **Kammer** bestimmt. Ein Leistungsbestimmungsrecht des Auftraggebers wie bei einem zivilrechtlichen Gutachtenauftrag besteht nicht. Deshalb sind auch die Erwartungshaltungen des die Leistung beantragenden Mitglieds nicht von Belang.

3. Eine **Reduzierung der Gebühren** kommt auch aus Billigkeitsgründen nicht in Betracht, wenn der Antragstellerin die Unverbindlichkeit der Praxiswerteinschätzung bekannt gewesen sein musste.

II. Arzthaftung

1. Bundesgerichtshof (BGH)

a) Schadensersatzanspruch bei Schockschaden nach fehlerhaft durchgeführter Koloskopie

BGH, Urteil v. 21.05.2019 - VI ZR 299/17

RID 19-03-163

juris

BGB § 823

Leitsatz: Die zum „Schockschaden“ entwickelten Grundsätze (vgl. nur Senatsurteile vom 10. Februar 2015 - VI ZR 8/14, NJW 2015, 2246 Rn. 9 und vom 27. Januar 2015 - VI ZR 548/12, NJW 2015, 1451 Rn. 6) sind auch in dem Fall anzuwenden, in dem das haftungsbegründende Ereignis kein Unfallereignis im eigentlichen Sinne, sondern eine **fehlerhafte ärztliche Behandlung** ist. Eine Rechtfertigung dafür, die Ersatzfähigkeit von „Schockschäden“ im Falle ärztlicher Behandlungsfehler weiter einzuschränken als im Falle von Unfallereignissen, besteht grundsätzlich nicht.

b) Verwirklichung von nicht aufklärungspflichtigen Risiken

BGH, Urteil v. 28.05.2019 - VI ZR 27/17

RID 19-03-164

juris
BGB §§ 280 I, 611, 823 I

Leitsatz: Haben sich bei einem mangels ordnungsgemäßer **Aufklärung** rechtswidrigen ärztlichen Eingriff nur Risiken verwirklicht, über die nicht aufzuklären war, kommt ein **Wegfall der Haftung** des Arztes für Aufklärungsversäumnisse lediglich dann in Betracht, wenn der Patient wenigstens eine Grundaufklärung über die Art und den Schweregrad des Eingriffs erhalten hat; das gilt auch dann, wenn das realisierte - nicht aufklärungspflichtige - Risiko mit den nicht realisierten - aufklärungspflichtigen - Risiken nach Bedeutung und Auswirkung für den Patienten nicht vergleichbar ist (Festhaltung Senatsurteile vom 14. Februar 1989 - VI ZR 65/88, BGHZ 106, 391; vom 12. März 1991 - VI ZR 232/90, VersR 1991, 777; vom 14. November 1995 - VI ZR 359/94 und vom 30. Januar 2001 - VI ZR 353/99, VersR 2001, 592).

c) Anforderungen an hypothetische Einwilligung

BGH, Urteil v. 21.05.2019 - VI ZR 119/18

RID 19-03-165

juris
BGB §§ 280 I, 630d I 4, 630h II, 823

Leitsatz: 1. Zu den Anforderungen an die Feststellung einer **hypothetischen Einwilligung** (hier: zum erforderlichen Inhalt der zu unterstellenden ordnungsgemäßen Aufklärung).
2. Zur **mutmaßlichen Einwilligung**.

d) Gutachten einer medizinischen Schlichtungsstelle

BGH, Beschluss v. 12.03.2019 - VI ZR 278/18

RID 19-03-166

juris
ZPO § 416; GG Art. 103 I

Leitsatz: Das Gutachten einer **medizinischen Schlichtungsstelle** kann im Arzthaftungsprozess im Wege des **Urkundenbeweises** gewürdigt werden. Dies führt aber weder zu einer Erhöhung der Darlegungslast des Patienten noch ist das Schlichtungsgutachten auf Beweisebene geeignet, den Sachverständigenbeweis zu ersetzen.

e) Ladung eines Sachverständigen zur mündlichen Erläuterung

BGH, Beschluss v. 07.05.2019 - VI ZR 257/17

RID 19-03-167

juris
ZPO §§ 397, 402, 544 VII; GG Art. 103 I

Leitsatz: Für die Frage, ob die **Ladung eines Sachverständigen** zur mündlichen Erläuterung des von ihm erstatteten Gutachtens **geboten** ist, kommt es nicht darauf an, ob das Gericht noch Erläuterungsbedarf sieht oder ob ein solcher von einer Partei nachvollziehbar dargetan worden ist (st. Rspr., vgl. nur Senatsbeschluss vom 10. Juli 2018 - VI ZR 580/15).

f) Verletzung rechtlichen Gehörs durch Übergehen von Parteivortrag

BGH, Beschluss v. 21.05.2019 - VI ZR 54/18

RID 19-03-168

juris
ZPO §§ 285, 296a, 544 VII; GG Art. 103 I

Leitsatz: Zur Verletzung **rechtlichen Gehörs** durch **Übergehen von Parteivortrag** in einem zum Zwecke der Beweiswürdigung nach Beweisaufnahme nachgelassenen Schriftsatz.

2. Behandlungsfehler

a) Diagnoseirrtum: Übersehen eines Niereninfarkts

OLG Brandenburg, Urteil v. 25.04.2019 - 12 U 39/18

RID 19-03-169

juris
BGB § 823

Ein **Behandlungsfehler** ist nicht bereits darin zu sehen, dass die Bekl. im Rahmen der Erstdiagnose am 19.07.2013 - wie sich im Nachhinein herausgestellt hat, fehlerhaft - von einer **Obstipation** ausgegangen war und den bestehenden **Niereninfarkt** nicht diagnostiziert und behandelt hat. Darin liegt ein nicht vorwerfbarer **Diagnoseirrtum** und nicht etwa ein Befunderhebungsfehler.

Als **Behandlungsfehler** sind das **Unterlassen des CT** am 20.07.2017, sowie das **Unterlassen der Heparin-Bolus-Gabe** als sofortige Antikoagulation im Anschluss an die Diagnose eines Niereninfarkts und der danach zu geringen Medikation mit Clexane anzusehen, die fehlerhafte Medikation als ein grober Behandlungsfehler. Daraus folgt zugleich eine Umkehr der Beweislast für die Kausalität von Pflichtverletzung und Primärschaden zu Lasten des Behandelnden.

b) Befunderhebungsfehler und Mitverschulden eines Patienten

OLG Braunschweig, Urteil v. 28.02.2019 - 9 U 129/15

RID 19-03-170

juris
BGB §§ 253, 254, 280 I, 630h V, 823 I

Leitsatz: 1. Ist ein Arzt wegen eines Behandlungsfehlers zum Schadensersatz verpflichtet, ist es ihm zwar nicht grundsätzlich verwehrt, sich auf ein Mitverschulden des Patienten zu berufen. Bei der Bejahung **mitverschuldensbegründender Obliegenheitsverletzungen** des Patienten ist allerdings Zurückhaltung geboten (BGH, Urt. v. 17. Dezember 1996 - VI ZR 133/95, juris Rn. 13).

2. Im Allgemeinen obliegt es zwar dem Patienten, grundsätzlich einen Arzt aufzusuchen, wenn eine Verschlechterung seines Gesundheitszustandes dies nahelegt (vgl. OLG München vom 23. September 2004 - 1 U 5198/03, juris-Rn. 83). Es hängt indes von den konkreten Umständen des Einzelfalles ab, wann die **Nicht-Konsultation eines Arztes** diejenige Sorgfalt außer Acht lässt, die ein ordentlicher und verständiger Mensch zur Vermeidung eigenen Schadens anzuwenden pflegt.

3. Treten bei dem Patienten erneut **Symptome** (hier: Darmblutungen) auf, für die aufgrund der vorangegangenen, auf unzureichender Befunderhebung basierenden Diagnose des Arztes dem Patienten Erklärungen (hier: Hämorrhoiden und Analfissur) genannt wurden, die keine zeitnahe Wiedervorstellung nahelegen, so stellt es keinen ein Mitverschulden begründenden Sorgfaltsverstoß dar, wenn sich der Patient beim Wiederauftreten der Symptome nicht sofort wieder in Behandlung begibt. Vielmehr darf insoweit der Patient zumindest eine Zeit lang darauf vertrauen, dass keine ernsthafte Erkrankung (hier: **Darmkrebs**) vorliegt.

4. Ist einem Arzt durch schuldhaftes Unterlassen der gebotenen Befunderhebung nach dem Grundsatz des **groben Behandlungsfehlers** zuzurechnen, dass eine an Darmkrebs erkrankte 47-jährige Patientin nach 4 ½ Jahren Überlebenszeit mit zahlreichen belastenden Therapien und Operationen verstorben ist, indem ihr die Chance auf eine zeitgerechte, weniger invasive Behandlung von 4-5 Monaten mit vollständiger Genesung genommen wurde, so ist die Zuerkennung eines **Schmerzensgeldes** in Höhe von 70.000,00 € angemessen und keinesfalls überhöht.

c) Glaukombehandlung (hier: chronisches Offenwinkelglaukom)

OLG Frankfurt a. M., Urteil v. 09.05.2019 - 8 U 86/16

RID 19-03-171

juris
BGB §§ 253, 823

Ein **augenärztlicher** Behandlungsfehler kann hier nicht deshalb angenommen werden, weil der Arzt im Zuge zur **Glaukombehandlung** des rechten Auges der Kl. nicht alles dafür getan hat, um den **Augennendruck** herabzusetzen, und vor allem das Glaukom nicht mit konservierungsmittelfreien Augentropfen wie etwa dem Medikament Trosopt therapiert hat.

d) Zurücklassen eines Vaginaltupfers

OLG Dresden, Beschluss v. 24.04.2019 - 4 U 1616/18

RID 19-03-172

juris
BGB §§ 630a, 630a ff.

Leitsatz: 1. Das **Zurücklassen eines Vaginaltupfers nach Versorgung eines Dammrisses** stellt einen Behandlungsfehler dar, wenn vor dem Eingriff nicht alle möglichen und zumutbaren Sicherungsvorkehrungen gegen ein solches Versäumnis getroffen wurden. Ob es zugleich in den vollbeherrschbaren Risikobereich der Arztseite fällt, kann dann offen bleiben.

2. Die **Aufklärung** bei der **Versorgung eines Dammrisses** braucht nicht darauf erstreckt zu werden, dass der Eingriff alternativ im Kreißaal oder im Operationssaal erfolgen kann. Auch eine Aufklärung darüber, dass es bei einem solchen Eingriff zum Zurücklassen von Tupfern in der Wunde kommen kann, ist nicht geboten.

3. Aufklärung/Einwilligung

a) Berufung der Arztseite auf hypothetische Einwilligung

OLG Dresden, Beschluss v. 23.04.2019 - 4 U 262/19

RID 19-03-173

juris
BGB §§ 630e, 630h II 2; ZPO §§ 286, 529

Leitsatz: 1. Ein echter **Entscheidungskonflikt**, der eine Berufung der Arztseite auf eine **hypothetische Einwilligung** ausschließt, liegt bereits dann vor, wenn der Patient plausibel macht, er hätte sich bei vollständiger Aufklärung die Sache noch einmal überlegt, mit einem Arzt oder Verwandten gesprochen oder eine andere Klinik aufgesucht.

2. Hat sich das Ausgangsgericht hiervon nicht überzeugen können und werden konkrete Anhaltspunkte, die Zweifel an der Richtigkeit und Vollständigkeit dieser Bewertung begründen könnten, nicht vorgetragen, ist eine erneute Anhörung des Patienten durch das **Berufungsgericht** nicht geboten.

b) Zahnarzt: Keine Aufklärungspflicht über verschiedene Präparationsmethoden

OLG Karlsruhe, Urteil v. 31.07.2019 - 7 U 118/18

RID 19-03-174

juris
BGB § 823 I

Leitsatz: Keine Aufklärungspflicht des Zahnarztes über verschiedene **Präparationsmethoden** (hier: Stufenpräparation gegenüber Hohlkehlpräparation).

4. Durchgangsarzt: Hoheitliches Handeln bei Entscheidung über Art und Schwere der Verletzung

OLG Karlsruhe, Urteil v. 04.07.2019 - 7 U 159/16

RID 19-03-175

juris
GG Art. 34

Leitsatz: Zur Frage der öffentlich-rechtlichen oder privatrechtlichen Haftung bei Behandlung durch einen Durchgangsarzt.

Anhang I: BSG - Anhängige Revisionen Vertragsarztrecht

Stand: 04.09.2019. Die Angaben „Aktenzeichen“, „Termin“ und „Rechtsfrage“ sowie über die Vorinstanz (Gericht und Aktenzeichen) beruhen auf der Veröffentlichung des BSG (Anhängige Rechtsfragen des 6. Senats – <http://www.bundessozialgericht.de>).

Sachgebiet	Aktenzeichen:	Rechtsfrage	Vorinstanz	RID
Honorarverteilung				
Wachstumsmöglichkeit von Ärzten mit anteiligem Versorgungsauftrag	B 6 KA 12/19 R	Verstößt eine Regelung des Honorarverteilungsmaßstabs einer Kassenärztlichen Vereinigung (hier: im Jahr 2013) gegen höherrangiges Recht, die Ärzten mit halben Versorgungsauftrag anders als Ärzten mit vollem Versorgungsauftrag Wachstumsmöglichkeiten über den Fachgruppendurchschnitt hinaus vollständig verwehrt?	<i>LSG Schleswig-Holstein</i> , Urt. v. 15.01.2019 - L 4 KA 57/16 -	19-02-08
Reduzierung des Versorgungsauftrags: Halbierung der RLV-relevanten Fallzahlen	B 6 KA 28/17 R Termin: 24.10.2018	Ist das bereits auf der Grundlage weit unterdurchschnittlicher Fallzahlen ermittelte Regelleistungsvolumen eines Vertragsarztes zu halbieren, wenn er seinen Versorgungsauftrag wegen des geringen Umfangs seiner vertragsärztlichen Tätigkeit auf die Hälfte beschränkt?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 26.10.2016 - L 5 KA 4823/15 -	17-02-1 NZB
Richtigstellung eines RLV nach Reduzierung des Versorgungsauftrags	B 6 KA 65/17 R Termin: 15.05.2019	Unter welchen Voraussetzungen darf das dem Vertragsarzt vor dem Abrechnungsquartal zugewiesene Regelleistungsvolumen in dem nach Ablauf des Abrechnungsquartals ergehenden Honorarbescheid geändert werden?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 25.10.2017 - L 5 KA 3809/15 -	17-04-8
Verminderung des RLV wegen Teilnahme an hausarztzentrierter Versorgung	B 6 KA 66/17 R Termin: 26.06.2019	War die im Quartal 1/2009 vorgenommene Bereinigung des Regelleistungsvolumens nur bei den an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Vertragsärzten rechtmäßig?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 25.10.2017 - L 5 KA 1251/14 -	17-04-5
QZV: Praxisbesonderheit nur bei strukturell abweichender Patientenschaft (Akupunktur)	B 6 KA 10/19 R	Zu den Voraussetzungen für die Anerkennung einer Praxisbesonderheit im Rahmen qualifikationsgebundener Zusatzvolumen (QZV) - hier: strukturelle Besonderheiten der Patientenschaft.	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urt. v. 12.12.2018 - L 3 KA 56/15 -	19-02-5
Rückwirkende Änderungen des HVM	B 6 KA 1/18 R Termin: 26.06.2019	Ist eine Kassenärztliche Vereinigung befugt, rückwirkende Änderungen des Honorarverteilungsmaßstabs (hier: Regelungen zur Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten) für Sachverhalte vor dem 1.1.2012 (hier: im Quartal I/2009) ohne eine Vereinbarung einseitig nur im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen vorzunehmen?	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 18.10.2017 - L 7 KA 18/14 -	18-01-3
Konvergenzregelung: Ungleichbehandlung/Honorarsteigerung	B 6 KA 4/19 R	Zu den Anforderungen an die Ausgestaltung einer Härtefallregelung eines Honorarverteilungsmaßstabs (hier: Konvergenzzahlungen im Zusammenhang mit den geänderten Vergütungsregelungen für Speziallaborleistungen des Abschnitts 32.3 EBM-Ä 2008) und den rechtlichen Grundlagen hierfür.	<i>LSG Hamburg</i> , Urt. v. 18.10.2018 - L 5 KA 33/17 -	19-01-9
Konvergenzregelung (KV Schleswig-Holstein)	B 6 KA 21/18 R	Ist die Bestimmung in einer Honorarverteilungsvereinbarung, nach der einem in Einzelpraxis niedergelassenen Vertragsarzt in der Aufbauphase kein festes Regelleistungsvolumen auf der Grundlage der Fallzahl des Vorjahresquartals, sondern lediglich eine von der aktuellen Fallzahl abhängige Obergrenze zuzuweisen ist, mit dem Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit vereinbar?	<i>LSG Schleswig-Holstein</i> , Urt. v. 23.01.2018 - L 4 KA 22/16 -	19-01-8 NZB
KV Schleswig-Holstein: Ergänzungsvereinbarung zum HVV v. 03.04.2009	B 6 KA 20/19 R	Verstößt die Bestimmung in einer Honorarverteilungsvereinbarung, nach der sogenannte Wachstumsärzte von der Anwendung einer Konvergenzregelung für die Vereinheitlichung der Umsetzung der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen nach § 87b Absatz 2 und 3 SGB V basierend auf dem Beschluss des Erweiterten	<i>LSG Schleswig-Holstein</i> , Urt. v. 05.02.2019 - L 4 KA 69/15 -	19-03-2

		Bewertungsausschusses zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung vom 15.1.2009 ausgeschlossen sind, gegen höherrangiges Recht?		
Strukturzuschlag auch für psychotherapeutische Ausbildungsambulanz	B 6 KA 41/17 R Termin: 12.12.2018	Hat eine Ausbildungsstätte für Psychotherapie nach § 6 PsychThG, die eine Ausbildungsambulanz betreibt, einen Anspruch auf Zahlung des sogenannten Strukturzuschlages nach der Nr 35251 des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen (juris: EBM-Ä 2008)?	<i>SG Berlin</i> , Urt. v. 24.05.2017 - S 83 KA 934/16 -	17-03-4
Vergütung ambulanter Notfallbehandlungen im Krankenhaus (2008)	B 6 KA 67/17 R Termin: 03.04.2019	Verstoßen die vom Bewertungsausschuss erlassenen Neuregelungen für die Vergütung von Leistungen im Notfalldienst im Jahr 2008 gegen höherrangiges Recht?	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 08.02.2017 - L 12 KA 85/15 -	17-02-25 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 Termin: 11.09.2019	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

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
Physikalische und Rehabilitative Medizin: Sonographieleistungen	B 6 KA 19/19 R	Ist ein Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin berechtigt, Sonographieleistungen gegenüber einer Kassenzahnärztlichen Vereinigung abzurechnen?	<i>LSG Saarland</i> , Urt. v. 12.04.2019 - L 3 KA 4/16 -	19-03-16
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	<i>SG Düsseldorf</i> , Urt. v. 05.12.2018	19-01-26

		beschäftigt werden?	- S 2 KA 77/17 -	
Sachlich-rechnerische Berichtigung				
Übertragung der Prüfung auf Folgequartale/Bronchoskopie nach Nr. 09315 EBM	B 6 KA 63/17 R Termin: 15.05.2019	Darf die Kassenärztliche Vereinigung im Rahmen einer sachlich-rechnerischen Berichtigung aus der Unrichtigkeit der Abrechnung von Leistungen in einem Quartal auf die Unrichtigkeit der Abrechnung dieser Leistungen auch in den Folgequartalen schließen? (Falls ja: unter welchen Voraussetzungen?)	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Beschl. v. 31.03.2017 - L 5 KA 3288/16 -	18-01-13 NZB
Zeitbezogene Plausibilitätsprüfung: Nebeneinanderabrechnung Ordinationskomplex/Gesprächsleistung	B 6 KA 44/17 R Termin: 24.10.2018	Darf die als Abrechnungsvoraussetzung normierte Mindestzeit für den Arzt-Patienten-Kontakt von 20 Minuten für die Nebeneinanderabrechnung des Ordinationskomplexes und der Gesprächsleistung zu Lasten des Vertragsarztes in die Prüfung nach Tageszeitprofilen eingestellt werden?	<i>LSG Schleswig-Holstein</i> , Urt. v. 13.06.2017 - L 4 KA 16/14 -	17-04-13
Zeitbezogene Plausibilitätsprüfung eines Psychotherapeuten	B 6 KA 43/17 R B 6 KA 42/17 R Termin: 24.10.2018	Ist die Zeitvorgabe von 70 Minuten für eine antragspflichtige Leistung nach der Psychotherapie-Richtlinie - PT-RL (juris: PsychThRL) in Anhang 3 des EBM-Ä (juris: EBM-Ä 2005) im Rahmen der Plausibilitätsprüfung verbindlich, obwohl die Mindestzeit nach der Leistungslegende selbst nur 50 Minuten beträgt?	<i>LSG Thüringen</i> , Urt. v. 25.08.2016 - L 11 KA 1372/14 - - L 11 KA 690/14 -	17-03-20 17-03-21 NZB
Zeitbezogene Plausibilitätsprüfung: 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
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
Ort der Leistungserbringung: Zytologischer Arbeitsplatz	B 6 KA 61/17 R Erledigung durch Vergleich	Lässt die Zervix-Zytologie-Vereinbarung nach § 135 Abs 2 SGB 5 eine Erbringung vorbereitender Tätigkeiten an einem nicht von einer Genehmigung erfassten Ort zu?	<i>LSG Schleswig-Holstein</i> , Urt. v. 18.07.2017 - L 4 KA 17/15 -	17-04-18
Rückwirkende Einschränkung der Abrechenbarkeit einer Leistung	B 6 KA 8/18 R Termin: 26.06.2019	Ist die rückwirkende Einschränkung der Abrechenbarkeit einer Gebührenordnungsposition auf "einmal am Behandlungstag" rechtmäßig?	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 22.11.2017 - L 12 KA 138/15 -	18-03-20 NZB
Berechnung der Rückforderung und vorherige Kürzungen	B 6 KA 58/17 R Termin: 13.02.2019	Sind bei der Berechnung der Rückforderung nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung bereits zuvor erfolgte Honorierungen wegen Überschreitens der Job-Sharing-Obergrenze in voller Höhe als Eurobetrag zu berücksichtigen?	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 14.09.2016 - L 12 KA 165/14 -	18-01-16 NZB
Richtigstellung nach abgelaufener Ausschlussfrist: Rücknahmeermessen	B 6 KA 34/17 R Termin: 24.10.2018	Ist Rechtsgrundlage einer nachgehenden Richtigstellung vertragsärztlicher Honorarbescheide nach Ablauf einer Frist von 4 Jahren allein § 106a SGB 5 aF (§ 106d SGB 5 nF) oder auch (unmittelbar) § 45 SGB 10?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 26.04.2017 - L 5 KA 2448/15 -	17-02-30
Ultraschalluntersuchungen bei ambulanten Operation	B 6 KA 24/18 R	Schließt Nr 8 der Präambel zu Abschnitt 31.2.1 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen (juris: EBM-Ä 2008) die Abrechnung der während einer ambulanten Operation am Gefäßsystem (Nr 31202 ff EBM-Ä) durchgeführten Ultraschalluntersuchungen (Nr 33072 EBM-Ä) sowie weiterer ambulanter Operationen, 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 -	19-03-11
„Kombinationsnarkose mit Maske“ nach Nr. 31822 EBM (Katarakt-Operation)	B 6 KA 15/19 R B 6 KA 24/19 R	Kann die Gebührenordnungsposition 31822 des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen (juris: EBM-Ä 2008) in Fällen einer Vollnarkose zur Durchführung einer Retrobulbäranästhesie im Zusammenhang mit einer Kataraktoperation abgerechnet werden?	<i>LSG Hessen</i> , Urt. v. 20.02.2019 - L 4 KA 58/16 - - L 4 KA 3/16 -	19-02-16 19-03-10

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
Nr. 86516 der Onkologie-Vereinbarung (Zuschlag zu den Kostenpauschalen)	B 6 KA 14/19 R	Kann der Zuschlag nach Ziffer 86516 Anhang 2 der Onkologie-Vereinbarung ("Zuschlag ... für die intravenös und/oder intraarteriell applizierte zytostatische Tumorthherapie ...") abgerechnet werden, wenn Bisphosphonate intravenös und/oder intraarteriell und anschließend eine zytostatische Therapie oral appliziert wird? Welche rechtlichen Maßstäbe gelten für die Auslegung von Vergütungsbestimmungen, die nicht vom Bewertungsausschuss beschlossen, sondern in einer Anlage zum Bundesmantelvertrag (hier: Onkologie-Vereinbarung) vereinbart worden sind?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 14.11.2018 - L 5 KA 4616/17 -	19-01-20 NZB
Postoperativer Bereitschaftsdienst anästhesistischer BAG u. unvorhergesehene Inanspruchnahme	B 6 KA 13/19 R	Ist die Gebührenordnungsposition 01100 EBM-Ä 2008 (unvorhergesehene Inanspruchnahme des Vertragsarztes durch einen Patienten) abrechenbar, wenn der Patient das vom Vertragsarzt vorgehaltene Angebot einer Inanspruchnahme während eines Bereitschaftsdienstes annimmt?	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 31.10.2018 - L 12 KA 93/17 -	19-02-15
Elektrokardiographische Untersuchung ist Teil der Notfallpauschale	B 6 KA 22/18 R Termin: 11.09.2019	Ist die GOP 27320 EBM-Ä (Elektrokardiographische Untersuchung, obligater Leistungsinhalt - mindestens 12 Ableitungen ...) im Rahmen einer Notfallbehandlung (Notfallambulanz eines Krankenhauses) neben der Notfallpauschale nach GOP 01210 EBM-Ä abrechenbar?	<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 Termin: 11.09.2019	Besteht ein Vergütungsanspruch für eine ambulante Notfallbehandlung nach § 76 Absatz 1 Satz 2 SGB V gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung, wenn trotz Feststellung von Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit keine Aufnahme des Patienten in das Krankenhaus erfolgt, das die Notfallbehandlung durchgeführt hat, oder liegt allein eine von der Krankenkasse zu vergütende stationäre Krankenhausbehandlung vor?	<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 Termin: 26.06.2019	Darf die Vergütung der von einem Krankenhaus erbrachten Notfallbehandlung davon abhängig gemacht werden, dass das Krankenhaus die Notwendigkeit der Notfallbehandlung im Einzelnen begründet und ist das Krankenhaus ggfs gehalten, diese Begründung bis zum Abschluss des Widerspruchsverfahrens abzugeben?	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , Urt. v. 19.10.2017 - L 5 KA 1/17 -	18-01-19
Grenzen einer Notfall-Erstversorgung: Einzelfallprüfung/Nachholung des Vortrags	B 6 KA 6/19 R	Unterliegt die Ermittlung der ordnungsgemäßen Leistungsabrechnung im Verwaltungsverfahren der quartalsgleichen sachlich-rechnerischen Berichtigung einer Stufung von Mitwirkungspflichten des Leistungserbringers einerseits und der Amtsermittlungspflicht der Kassenärztlichen Vereinigung andererseits und genügt eine Kassenärztliche Vereinigung dem Untersuchungsgrundsatz nicht, wenn sie bei einer Rechnungslegung durch das abrechnende Krankenhaus, die den Abrechnungsrichtlinien entspricht, bei Notfallbehandlungen die Vergütung von Laborleistungen regelwerkstechnisch absetzt, ohne im Einzelfall zu ermitteln?	<i>LSG Hessen</i> , Urt. v. 19.12.2018 - L 4 KA 20/15 -	19-01-13
Sprechstundenbedarf: Sachlich-rechnerische Richtigstellung durch KV	B 6 KA 23/18 R	Sind gesamtvertragliche Regelungen wirksam, die die Zuständigkeit für die Richtigstellung der Verordnung von Sprechstundenbedarf der Kassenärztlichen Vereinigung übertragen oder besteht eine ausschließliche Zuständigkeit der Prüfungsgremien?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 18.04.2018 - L 5 KA 792/16 -	18-02-25 NZB
Wirtschaftlichkeitsprüfung/Regress				
Nichtbeachtung von Therapiehinweisen (Forsteo/Wirkstoff Teriparatid)	B 6 KA 23/19 R Termin: 11.09.2019	Darf wegen Nichtbeachtung von Therapiehinweisen (hier: zum Wirkstoff Teriparatid) ein Arzneikostenregress nach Einzelfallprüfung festgesetzt werden, wenn für denselben Zeitraum die Arzneimittelverordnungen auch im Rahmen einer Richtgrößenprüfung auf Wirtschaftlichkeit überprüft werden?	<i>LSG Schleswig-Holstein</i> , Urt. v. 20.02.2018 - L 4 KA 11/15 -	18-03-62 NZB

Doppelte Regressfestsetzung	B 6 KA 15/18 R Termin: 11.09.2019	Dürfen Arzneikostenregresse wegen unzulässigen Verordnungen und solche wegen Überschreitung der Richtgrößen für denselben Zeitraum kombiniert werden?	<i>LSG Schleswig-Holstein</i> , Urt. v. 20.02.2018 - L 4 KA 8/15 -	18-04-15
Berücksichtigung von Zweitmeinungsverfahren	B 6 KA 21/19 R B 6 KA 22/19 R Termin: 11.09.2019	Müssen die Prüfungsgremien bei der Einzelfallprüfung von Verordnungen kostenintensiver Arzneimittel (hier: Wirkstoffe Adalimumab, Etanercept beziehungsweise Infliximab) ein positives Votum hinsichtlich einzelner Patienten im Rahmen eines nach der Prüfvereinbarung vorgesehenen, aber erst für spätere Zeiträume durchgeführten Zweitmeinungsverfahrens bei ihrer Entscheidungsfindung berücksichtigen?	<i>LSG Schleswig-Holstein</i> , Urt. v. 20.02.2019 - L 4 KA 10/15 - - L 4 KA 13/15 -	19-03-20 19-03-21
Hemmung der Verjährung bei Kenntnisnahme des Antrags	B 6 KA 7/18 R	Zur Hemmung der vierjährigen Verjährungsfrist bei Feststellung eines sonstigen Schadens im Sinne von § 48 Absatz 1 BMV-Ä.	<i>SG Mainz</i> , Urt. v. 31.01.2018 - S 8 KA 266/15 -	18-03-36
BAG mit MKG-Chirurgen	B 6 KA 2/19 R B 6 KA 3/19 R	Zur Bildung der Vergleichsgruppe bei der statistischen Wirtschaftlichkeitsprüfung einer fachübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaft von Zahnärzten sowie Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen.	<i>SG Marburg</i> , Urt. v. 05.12.2018 - S 12 KA 127/18 - - S 12 KA 201/18 -	19-01-43 19-01-44
BAG mit MKG-Chirurgen/Wahlfeststellung	B 6 KA 25/19 R	Zur Bildung der Vergleichsgruppe bei der statistischen Wirtschaftlichkeitsprüfung einer fachübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaft von Zahnärzten sowie Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen. Zur Zulässigkeit einer sogenannten Wahlfeststellung in Fällen in denen neben einer Unwirtschaftlichkeit (Wirtschaftlichkeitsprüfung) auch eine Unrichtigkeit der Honorarabrechnung (sachlich-rechnerische Richtigstellung) in Betracht kommt.	<i>SG Marburg</i> , Urt. v. 05.06.2019 - S 12 KA 387/18 WA	19-03-28

Zulassung und Ermächtigung

Auswahlentscheidung: Räumliche Verteilung/Geräteausstattung	B 6 KA 11/19 R	Ist in einem Zulassungsverfahren nach Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen im Rahmen einer Auswahlentscheidung neben einem Antrag auf Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung auch der Antrag einer Berufsausübungsgemeinschaft auf Genehmigung der Anstellung eines Arztes zu berücksichtigen? Ist bei Berücksichtigung des Antrags einer Berufsausübungsgemeinschaft auf Genehmigung der Anstellung eines Arztes hinsichtlich der Auswahlkriterien auf die Ärzte der Berufsausübungsgemeinschaft oder die Person des anzustellenden Arztes abzustellen?	<i>LSG Schleswig-Holstein</i> , Urt. v. 12.06.2018 - L 4 KA 46/17 -	19-02-34 NZB
Öffnung eines Planungsbereichs: „Konzeptbewerbung“ nach § 103 IV 10 SGB V	B 6 KA 5/18 R Termin: 15.05.2019	Ist die Regelung des § 103 Absatz 4 Satz 10 SGB V in der Fassung des GKV-VSG vom 16.7.2015 für das Zulassungsverfahren nach partieller Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen in einem bisher übertersorgten Planungsbereich anwendbar?	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 17.01.2018 - L 12 KA 12/17 -	18-02-28
Nachbesetzungsverfahren	B 6 KA 20/18 R	Kann ein Vertragsarzt die Verletzung subjektiver Rechte geltend machen, wenn während eines Nachbesetzungsverfahrens gemäß § 103 Abs 4 SGB V die (Mit-)Bewerber die Genehmigung zur Verlegung eines Vertragsarztsitzes an den Vertragsarztsitz des Praxisabgebers und die Genehmigung zur überörtlichen gemeinsamen Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit vor der eigentlichen Nachfolgeentscheidung erhalten?	<i>SG Gelsenkirchen</i> , Urt. v. 20.04.2018 - S 16 KA 8/17 -	19-01-48
Rücknahme des Antrags auf Nachbesetzung	B 6 KA 19/18 R	Hat die Rücknahme des Antrags eines Arztes auf Nachbesetzung seines Vertragsarztsitzes zur Folge, dass die gegen die Auswahlentscheidung des Berufungsausschusses gerichtete Klage eines Konkurrenten schon aus diesem Grunde erfolglos ist?	<i>SG Gelsenkirchen</i> , Urt. v. 20.04.2018 - S 16 KA 7/17 -	19-01-49
Erledigung des Nachbesetzungsverfahrens nach Zurücknahme des Antrags	B 6 KA 8/19 R	Erledigt sich ein Nachbesetzungsverfahren, wenn der Praxisabgeber nach der Entscheidung des Zulassungsausschusses zur Durchführung des Verfahrens den Antrag auf Nachbesetzung seines Vertragsarztsitzes zurücknimmt?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 14.11.2018 - L 11 KA 91/16 -	19-02-38
Nachbesetzungsverfahren bei	B 6 KA 14/18 R	Kann nach Entziehung der Zulassung eines Vertragsarztes im Umfang eines halben	<i>SG Berlin</i> ,	18-03-45

Zulassungsentziehung wegen Nichtausübung		Versorgungsauftrags wegen Nichtausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit ein Nachbesetzungsverfahren durchgeführt werden?	Urt. v. 13.06.2018 - S 83 KA 997/16 -	
Beschäftigung einer Ärztin in der fachinternistischen und hausärztlichen Versorgung	B 6 KA 62/17 R Termin: 13.02.2019	Darf ein medizinisches Versorgungszentrum eine angestellte Ärztin auf jeweils einer halben Vertragsarztstelle mit einem Versorgungsauftrag in der fachinternistischen und der hausärztlichen Versorgung beschäftigen?	SG Hamburg, Urt. v. 27.09.2017 - S 27 KA 350/16 -	18-01-35
Verlegung einer genehmigten Anstellung in anderes MVZ unterschiedlicher Rechtsträger	B 6 KA 16/19 R B 6 KA 17/19 R B 6 KA 18/19 R	Kann die Anstellungsgenehmigung für einen Arzt in einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) zu einem MVZ, das von einer anderen juristischen Person des Privatrechts betrieben wird, verlegt werden?	SG Hamburg, Urt. v. 17.04.2019 - S 27 KA 81/18 - - S 27 KA 82/18 - - S 27 KA 83/18 -	19-03-35 19-03-37 19-03-36
Herausgabe einer Bürgschaftsurkunde nach Gesellschafterwechsel	B 6 KA 2/18 R Termin: 11.09.2019	Kann der Gesellschafter einer GmbH, die ein medizinisches Versorgungszentrum betreibt, nach seinem Ausscheiden aus der Gesellschaft im Rahmen eines Gesellschafterwechsels die Rückgabe einer von ihm dem Zulassungsausschuss vorgelegten Bürgschaftsurkunde verlangen und gegebenenfalls unter welchen Voraussetzungen?	LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 08.11.2017 - L 3 KA 109/15 -	18-01-36
Zulassungsentziehung: Visuelles Ausspionieren der Praxisangestellten in ihrer Intimsphäre	B 6 KA 4/18 R Termin: 03.04.2019	Verstößt ein Vertrags(zahn)arzt gegen seine vertrags(zahn)ärztlichen Pflichten, wenn er in den Schutzbereich der Intim- und Privatsphäre der Mitarbeiterinnen innerhalb ihres dienstlichen Bereichs eingreift (hier: Videobildaufnahmen in Umkleieräumen und Duschen)?	LSG Thüringen, Urt. v. 20.11.2017 - L 11 KA 807/16 -	18-02-34

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

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

Pflicht zur Selbsterbringung des Allgemeinlabors		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?	Urt. v. 14.11.2018 - L 5 KA 3686/16 -	
--	--	--	--	--

Erweiterte Honorarverteilung (EHV) der KV

Hessen

Einnahmen aus Sonderverträgen/ Rederecht des weiteren Stellvertreters des Vorsitzenden des Beirats	B 6 KA 53/17 R B 6 KA 55/17 R B 6 KA 52/17 R B 6 KA 54/17 R Termin: 12.12.2018	Inwieweit sind Einnahmen aus Sonderverträgen bei der Festsetzung des Punktwertes nach den Grundsätzen der Erweiterten Honorarverteilung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen in der Fassung ab 1.7.2012 zu berücksichtigen? In welchem Umfang sind die inaktiven Mitglieder des gewählten EHV-Beirats der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen an den Sitzungen der Vertreterversammlung zu beteiligen, und welche Auswirkungen hat dies auf die formelle Rechtmäßigkeit der in der Sitzung verabschiedeten Satzungsregelungen zu den Grundsätzen der Erweiterten Honorarverteilung?	SG Marburg , Urt. v. 31.05.2017 - S 12 KA 704/15 - - S 12 KA 727/15 - - S 12 KA 706/15 - - S 12 KA 705/15 -	17-03-82 17-03-83 17-03-84 17-03-85
Kostenanteile/Beitragsklassen (Quartale III/12-II/13)	B 6 KA 12/18 R B 6 KA 16/18 R B 6 KA 7/19 R B 6 KA 9/19 R	Verstößt die Regelung des § 3 Absatz 1 Satz 1 EHV (juris: ErwHVGr HE) gegen Artikel 12 Absatz 1 in Verbindung mit Artikel 3 Absatz 1 GG soweit sie bezogen auf die Festsetzung des Beitrags keine Abzüge für Sach- und Praxiskostenanteile vorsieht?	LSG Hessen , Urt. v. 11.04.2018 - L 4 KA 2/15 -, - L 4 KA 11/15 - v. 30.01.2019 - L 4 KA 86/14 - v. 27.02.2019 - L 4 KA 5/15 -	18-03-61 18-03-62 19-02-48 19-02-49

Sonstiges/Verfahrensrecht

Anhang II: BSG - Anhängige Revisionen Krankenversicherung

Stand: 04.09.2019. 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
Satzungsregelung zur künstlichen Befruchtung	B 1 KR 7/19 R	Verstößt eine Satzungsregelung zur künstlichen Befruchtung im Rahmen des Zusatzangebots nach § 11 Absatz 6 SGB V gegen höherrangiges Recht, wenn diese nicht unmissverständlich deutlich macht, dass ein Versuch nicht als die durch Embryonentransfer abgeschlossene Maßnahme definiert wird, sondern bereits mit der Verordnung hormonstimulierender Medikamente beginnt?	LSG Bayern , Urt. v. 15.01.2019 - L 5 KR 94/18 -	19-02-64
Podologische Behandlung	B 1 KR 18/19 R	Haben Versicherte, die nicht unter einem diabetischen Fußsyndrom leiden, Anspruch auf vertragsärztlich verordnete podologische Leistungen und gegebenenfalls unter welchen Voraussetzungen?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 28.03.2019 - L 5 KR 198/18 -	19-03-111

Kostenerstattung

Behandlung durch Podologen bei Systemmangel (eingewachsene Zehennägel)	B 1 KR 34/17 R Termin: 18.12.2018	Kann eine im Anhang 1 des EBM (juris: EBM-Ä 2008) als nicht gesondert berechnungsfähig aufgeführte vertragsärztliche Leistung (hier: podologische Nagelspannbehandlung) zur Überwindung eines Systemmangels (keine leistungsbereiten Vertragsärzte) ausnahmsweise auch bei einem fachkundigen nichtärztlichen Leistungserbringer (hier: bei einem staatlich geprüften und fachlich qualifizierten Podologen) zu Lasten der Krankenkasse in Anspruch genommen werden?	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 11.10.2017 - L 9 KR 299/16 -	18-01-77
Kostenerstattung trotz vorläufiger Übernahme der Kosten durch Einrichtungsträger	B 3 KR 8/17 R Termin: 04.07.2018	Steht die Erfüllung der gegenüber einem Versicherten bestehenden Forderung eines Leistungserbringers durch einen Dritten, ohne dass eine vertragliche Verpflichtung besteht, der Geltendmachung eines Kostenfreistellungsanspruchs des Versicherten nach § 13 Abs 3 SGB 5 gegenüber seiner Krankenkasse entgegen?	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urt. v. 29.09.2016 - L 16/1 KR 321/14 -	17-02-149 NZZ
Kostenbeteiligung zur Entfernung von Brustimplantaten	B 1 KR 37/18 R Termin: 27.08.2019	Ist die Regelung des § 52 Absatz 2 SGB V, wonach die Krankenkasse Versicherte, die sich eine Krankheit durch eine medizinisch nicht indizierte ästhetische Operation, eine Tätowierung oder ein Piercing zugezogen haben, in angemessener Höhe an den Kosten zu beteiligen hat, verfassungsgemäß?	<i>SG Berlin</i> , Urt. v. 05.11.2018 - S 81 KR 1075/18 -	19-01-101
Genehmigungsfiktion für vor 26.02.2013 gestellte Anträge	B 1 KR 14/19 R Termin: 27.08.2019	Gilt die Genehmigungsfiktion nach § 13 Absatz 3a SGB V für vor dem 26.2.2013 gestellte Anträge?	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 28.03.2018 - L 20 KR 212/16 -	19-03-79
Genehmigungsfiktion bei allen möglichen Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung	B 3 KR 8/16 R (alt: B 1 KR 14/16 R) Zurücknahme	Hat ein Versicherter einen Anspruch auf Versorgung mit einem CGM-Messsystem zur kontinuierlichen Glucose-Messung einschließlich des hierfür erforderlichen Zubehörs, wenn die Genehmigungsfiktion des § 13 Abs 3a S 6 SGB 5 eingetreten ist, obwohl der G-BA noch keine positive Empfehlung über den diagnostischen und therapeutischen Nutzen abgegeben und der Bewertungsausschuss sie nicht zum Gegenstand des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen (juris: EBM-Ä 2008) gemacht hat?	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 23.02.2016 - L 5 KR 351/14 -	16-03-108
Genehmigungsfiktion: Anspruch ohne medizinische Verordnung oder Stellungnahme?	B 1 KR 1/19 R Termin: 27.08.2019	Setzt der Eintritt der Fiktionswirkung nach § 13 Absatz 3a SGB V voraus, dass sich der Leistungsberechtigte bei Antragstellung auf eine ärztliche Stellungnahme stützt? Kein Anspruch ohne medizinische Verordnung oder Stellungnahme	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 29.11.2018 - L 1 KR 416/16 -	19-01-101
Genehmigungsfiktion: Kostenerstattungsanspruch für Behandlung im EU-Ausland/	B 1 KR 21/19 R	Findet die Regelung der Genehmigungsfiktion nach § 13 Absatz 3a SGB V Anwendung auf Ansprüche, die unmittelbar auf eine Geldleistung gerichtet sind und gilt dies auch für Kostenerstattungsansprüche nach § 13 Absatz 4 SGB V bei denen von vornherein eine ärztliche Behandlung im EU-Ausland beantragt wird?	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 14.03.2019 - L 4 KR 558/17 -	19-03-85
In-vitro-Fertilisations-Behandlungen und Altersgrenze	B 1 KR 8/19 R Termin: 27.08.2019	Erfasst die Genehmigungsfiktion nach § 13 Absatz 3a SGB V auch medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft nach § 27a SGB V nach Überschreitung der Altersgrenze?	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 05.09.2018 - L 4 KR 705/17 -	19-02-70
Zahnersatz: Kein Anspruch auf Übernahme auch des Eigenanteils	B 1 KR 9/19 R Termin: 27.08.2019	In welchem Umfang erfasst die Genehmigungsfiktion nach § 13 Absatz 3a SGB V Leistungen für Zahnersatz im Sinne des § 55 SGB V?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 15.05.2018 - L 11 KR 373/18 -	18-03-101 NZZ
Bekanntgabe der Entscheidung innerhalb Frist erforderlich?	B 1 KR 20/18 R Termin: 26.02.2019	Ist für den Eintritt der Genehmigungsfiktion die Bekanntgabe der Entscheidung der Krankenkasse maßgeblich?	<i>SG Dortmund</i> , Urt. v. 28.03.2018 - S 49 KR 641/17 -	18-03-92
Genehmigungsfiktion/Frist: Fehlender Nachweis für Einschaltung des MDK	B 1 KR 12/18 R Rücknahme	Führt die Verletzung der Pflicht der Krankenkasse nach § 13 Absatz 3a Satz 2 SGB V, die Antragstellerin darüber zu unterrichten, dass sie eine gutachtliche Stellungnahme einholt, zur Geltung der 3-Wochenfrist des § 13 Absatz 3a Satz 1 Fall 1 SGB V?	<i>Rheinland-Pfalz</i> , Urt. v. 05.10.2017 - L 5 KR 375/16 -	18-02-94 NZZ
Geltung der Fünf-Wochen-Frist bei	B 1 KR 30/18 R	Beträgt die Frist zur Entscheidung über den von einem Versicherten gestellten Antrag	<i>LSG Baden-Württemberg</i> ,	17-02-127

Einholung eines MDK-Gutachtens auch ohne Mitteilung	Termin: 06.11.2018	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?	Urt. v. 21.02.2017 - L 11 KR 2090/16 -	
Genehmigungsfiktion: Arzneimittel im Rahmen eines Off-Label-Use	B 1 KR 9/18 R	Begründet eine mit Ablauf der Frist eingetretene Genehmigungsfiktion einen Naturalleistungsanspruch des Versicherten auf die Versorgung mit einem Arzneimittel im Rahmen des Off-label-use?	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , Urt. v. 15.02.2018 - L 5 KR 218/17 -	18-02-97
Erstattung der über den Festbetrag hinausgehenden Kosten eines Arzneimittels	B 1 KR 23/18 R Termin: 26.02.2019	Hat ein Versicherter im Rahmen der Genehmigungsfiktion des § 13 Absatz 3a SGB V einen Anspruch auf Erstattung der über den Festbetrag hinausgehenden Kosten eines Arzneimittels (hier: Antra Mups)?	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , Urt. v. 26.04.2018 - L 5 KR 89/17 -	18-03-95
	B 1 KR 24/18 R Termin: 26.02.2019	Hat ein Versicherter im Rahmen der Genehmigungsfiktion des § 13 Absatz 3a SGB V einen Anspruch auf Erstattung der über den Festbetrag hinausgehenden Kosten eines Arzneimittels (hier: Iscover)?	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , Urt. v. 03.05.2018 - L 5 KR 119/17 -	18-03-94
Genehmigungsfiktion: Hilfsmittel des Behinderungsausgleichs	B 3 KR 21/18 R Termin: 08.08.2019	Sind Hilfsmittel zum Zweck des Behinderungsausgleichs vom Anwendungsausschluss der Genehmigungsfiktion von § 13 Abs 3a S 9 SGB V erfasst?	<i>LSG Saarland</i> , Urt. v. 12.12.2017 - L 2 KR 60/16 -	19-01-97 NZB
Genehmigungsfiktion: Rollstuhlzuggerät	B 3 KR 20/18 R Erledigung 5/2019	Ist die Versorgung mit einem Rollstuhlzuggerät eine Leistung der medizinischen Rehabilitation, die nicht vom Anwendungsbereich des § 13 Abs 3a SGB V erfasst wird?	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urt. v. 25.01.2018 - L 16 KR 154/17 -	19-01-100 NZB
Genehmigungsfiktion: Wohnsitz im Ausland	B 1 KR 36/18 R Termin: 27.08.2019	Gelten die Bearbeitungsfristen des § 13 Abs 3a S 1 SGB V auch bei Versicherten, die ihren Wohnsitz im Ausland haben?	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 03.05.2018 - L 4 KR 297/17 -	19-01-104 NZB
Genehmigungsfiktion: Zurücknahme	B 3 KR 14/18 R	Unter welchen Voraussetzungen kann eine fiktive Genehmigung nach § 13 Absatz 3a Satz 6 SGB V zurückgenommen werden?	<i>SG Düsseldorf</i> , Urt. v. 28.06.2018 - S 8 KN 1459/17 KR -	18-04-44
Zurücknahme einer fiktiven Genehmigung	B 3 KR 6/19 R	Finden die Regelungen der §§ 44 SGB X auf die fingierte Genehmigung eines Hilfsmittels (hier: Kompressionstherapiegerät) Anwendung?	<i>LSG Schleswig-Holstein</i> , Urt. v. 14.02.2019 - L 5 KR 163/16 -	19-03-86

Stationäre Behandlung

Auslandskrankenbehandlung

Arzneimittel

Immunglobuline bei monoklonaler Gammopathie unbestimmter Signifikanz	B 1 KR 4/17 R Termin: 20.03.2018	Hat ein Versicherter, der unter einem Antikörpermangelsyndrom bei Monoklonaler Gammopathie unbestimmter Signifikanz (MGUS) leidet, einen Anspruch auf intravenös zu verabreichende Arzneimittel mit dem Wirkstoff Immunglobulin außerhalb deren Indikationsgebietes, wenn aus der Grunderkrankung eine Schwächung des körpereigenen Abwehrsystems resultiert, die bei einer bereits eingetretenen Häufung schwerster Lungenentzündungen im Falle weiterer Infekte einen tödlichen Krankheitsverlauf bewirken kann, aber die Immunglobulingabe die Infektanfälligkeit reduziert? Ist eine Grunderkrankung, von der ein lebensbedrohliches Risiko ausgeht, bei dem aber nicht absehbar ist, dass es sich innerhalb eines kürzeren überschaubaren Zeitraums mit großer Wahrscheinlichkeit realisiert, eine lebensbedrohliche Erkrankung?	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urt. v. 24.01.2017 - L 4 KR 456/14 -	17-02-138
Allogene Stammzelltherapie im Off-Label-Use bei	B 1 KR 20/19 R	Ist eine nach einem relativ groben Untersuchungsmaßstab rezidivfreie Krebserkrankung (Mantelzelllymphom) bei der aufgrund "schlummernder" Krebszellen die große	<i>LSG Hamburg</i> , Urt. v. 28.03.2019	19-03-122

Mantelzelllymphom		Wahrscheinlichkeit besteht, dass diese in ein Rezidiv in Form eines sich dann schnell entwickelten, unumkehrbaren und im Ergebnis tödlichen Prozesses umschlägt, wertungsmäßig mit einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlichen Erkrankung vergleichbar?	- L 1 KR 125/17 -	
Arzneimittel zur Raucherentwöhnung	B 1 KR 25/18 R Termin: 28.05.2019	Ist der Ausschluss von Arzneimitteln zu Raucherentwöhnung von der Versorgung nach § 34 Absatz 1 Satz 7 und 8 SGB V im Hinblick auf andere Suchterkrankungen mit dem Gleichheitsgrundsatz aus Artikel 3 Absatz 1 GG vereinbar?	<i>LSG Schleswig-Holstein</i> , Urt. v. 07.09.2017 - L 5 KR 62/15 -	17-04-76 NZB

Hilfsmittel/Heilmittel

Therapiedreirad-Tandem		Unter welchen Voraussetzungen ist ein Therapiedreirad nach § 33 Absatz 1 Satz 1 SGB V insbesondere nach dessen zweiter Variante: "Zur Vorbeugung einer drohenden Behinderung" zu gewähren?	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urt. v. 23.04.2018 - L 4 KR 148/17 -	19-03- NZB
------------------------	--	--	--	---------------

Häusliche Krankenpflege/Haushaltshilfe

Häusliche Krankenpflege in Einrichtung der Eingliederungshilfe	B 3 KR 4/19 R	Zum Anspruch auf häusliche Krankenpflege als Behandlungspflege (hier: Anziehen von Kompressionsstrümpfen der Klasse II) in einer Einrichtung der Eingliederungshilfe.	<i>LSG Sachsen-Anhalt</i> , Urt. v. 31.01.2018 - L 6 KR 56/17 -	19-03-107 NZB
Seniorenresidenz als geeigneter Ort	B 3 KR 11/16 R Termin: 30.11.2017	Kann häusliche Krankenpflege durch den Betreiber eines Pflegedienstes erfolgen, der einen Schwerstpflegebedürftigen in einem für die Intensivpflege hergerichteten, ihm gehörenden Gebäude pflegt ("Service-Wohnen")?	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , Urteil v. 19.11.2015 - L 5 KR 5/15 -	16-01-141 NZB
Häusl. Behandlungspflege: „Pflegehotel“	B 3 KR 3/17 R Rücknahme	Handelt es sich bei einem möblierten Appartement eines sog "Pflegehotels" eines Wohnstifts um einen "sonst geeigneten Ort" im Sinne von § 37 Abs 2 S 1 SGB 5?	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , Urt. v. 15.12.2016 - L 5 KR 33/16 -	17-02-148

Fahrkosten

Zuzahlung

Rehabilitationsmaßnahmen

Vorsorgemaßnahme für Mütter: Kinder als Begleitkinder	B 1 KR 4/18 R Termin: 28.05.2019	Hat eine Versicherte einen Anspruch auf Mitaufnahme von privat versicherten Kindern zu der bewilligten Vorsorgemaßnahme nach § 24 SGB V gegenüber ihrer gesetzlichen Krankenkasse?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 07.12.2017 - L 5 KR 130/17 -	18-02-120
Vorsorgemaßnahme für Mütter: PKV-versicherte Pflegemutter	B 1 KR 14/18 R B 1 KR 19/18 R Termin: 28.05.2019	Hat ein nicht selbst vorsorgeleistungsbedürftiges GKV-versichertes Pflegekind einer PKV-versicherten Pflegemutter, die Vorsorgeleistungen im Rahmen einer Kur erhält, als Begleitkind Anspruch auf Mutter-Kind-Maßnahme-Leistungen gegen seine Krankenkasse?	<i>LSG Hessen</i> , Urt. v. 25.01.2018 - L 8 KR 115/17 - - L 8 KR 114/17 -	18-03-120 18-03-121 NZB

Krankenhauskosten

Neue Behandlungsmethode (Lungenvolumenreduktion mittels Implantation von Coils)	B 1 KR 2/19 R Termin: 08.10.2019	Sind Behandlungsmethoden, deren Nutzen noch nicht hinreichend belegt ist, die aber das Potenzial einer erforderlichen Behandlungsalternative im Sinne von § 137c Absatz 1 Satz 2 SGB V bieten, im Jahr 2013 zulasten der Gesetzlichen Krankenversicherung abrechenbar (hier: Lungenvolumenreduktion mittels Implantation von Coils bei COPD Grad IV im Juli 2013)?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 11.12.2018 - L 11 KR 206/18 -	19-01-135
Einwilligung in experimentelle Behandlung (Fremd-allogene Stammzelltransplantation)	B 1 KR 3/19 R B 1 KR 4/19 R Termin: 08.10.2019	Zu den Voraussetzungen einer wirksamen Einwilligung in eine experimentelle Behandlung mit hohem Mortalitätsrisiko und deren Ermittlung im Rechtsstreit.	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 23.02.2018 - L 4 KR 1055/15 - - L 4 KR 1056/15 -	19-01-149 19-01-150 NZB
Qualitätsanforderungen für Behandlungsalternative (Liposuktion bei Lipödem)	B 1 KR 32/18 R Termin: 28.05.2019	Senkt § 137c Absatz 3 SGB V die Qualitätsanforderungen für den Anspruch auf stationäre Versorgung bei Methoden mit dem Potential einer Behandlungsalternative?	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , 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 Termin: 09.04.2019	Hat ein zur akutstationären Grundversorgung zugelassenes Plankrankenhaus (hier: der Versorgungsstufe 1 in Bayern) einen Vergütungsanspruch für die Durchführung einer Transkatheter-Aortenklappen-Implantation (TAVI) gegenüber der gesetzlichen Krankenkasse?	<i>LSG Bayern</i> , 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 Termin: 09.04.2019	Ist die - nicht unfallbedingte - Implantation einer Kniegelenk-Totalendoprothese (Knie-TEP) vom Versorgungsauftrag eines bayerischen Krankenhauses im Jahr 2011 umfasst gewesen?	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 19.12.2017 - L 4 KR 138/17 -	18-03-128
Verweildauer: Keine Anschlussheilbehandlung wegen Kapazitätsproblemen	B 1 KR 13/19 R	Kann ein Krankenhaus Vergütung für Zeiten nach Überschreitung der oberen Grenzverweildauer verlangen, wenn die vollstationäre Behandlung des Versicherten nur deswegen vollstationär aufrechterhalten bleiben muss, weil die notwendige stationäre Anschlussheilbehandlung wegen Kapazitätsproblemen noch nicht beginnen kann und eine sonstige Unterbringung des Versicherten (zum Beispiel in der eigenen Häuslichkeit, Pflegeheim etc) aus zwingenden medizinischen Gründen ausgeschlossen ist?	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 28.06.2018 - L 4 KR 509/17 -	19-02-100
Überschneidungen zwischen Prüfregimen	B 1 KR 12/19 R	Findet die Prüfverfahrenvereinbarung - PrüfV (juris: PrüfVbg) auf Prüfverfahren Anwendung, bei denen zunächst die sachlich-rechnerische Richtigkeit der Krankenhausrechnung und erst in einem zweiten Schritt die Wirtschaftlichkeit der Krankenhausbehandlung überprüft wird?	<i>LSG Hessen</i> , Urt. v. 08.11.2018 - L 1 KR 425/17 -	19-02-103 NZZ
Heranziehung von Unterlagen	B 1 KR 10/19 R	Welche Unterlagen sind für die Frage der Offensichtlichkeit eines Fehlers in der Krankenhausrechnung heranzuziehen?	LSG Hamburg, Urt. v. 24.01.2019 - L 1 KR 46/17 -	19-02-104
Rückforderungsanspruch: Unterlassen der Prüfung der Behandlungsbedürftigkeit durch MDK	B 1 KR 35/17 R B 1 KR 37/17 R Termin: 18.12.2018 Zurücknahme	Ist der Rückforderungsanspruch einer Krankenkasse nach Treu und Glauben ausgeschlossen, wenn sie die Erforderlichkeit einer stationären Aufnahme nicht unmittelbar nach der Behandlung prüft, obwohl das Krankenhaus zu der eigentlich ambulant durchführbaren Behandlung keine Angaben zum Grund der stationären Aufnahme gemacht hat?	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , 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 Termin: 30.07.2019	Ist eine Aufrechnung nach § 9 der Prüfverfahrenvereinbarung - PrüfV (juris: PrüfVbg) unwirksam, wenn es an einer genauen Bezeichnung des Leistungsanspruchs des Krankenhauses, gegen den die Krankenkasse mit ihrem Erstattungsanspruch aufgerechnet haben will, fehlt?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , 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?	<i>LSG Saarland</i> , Urt. v. 25.08.2017 - L 2 KR 5/16 -	18-01-123
Fallzusammenführung: Zweistufige Prüfung	B 1 KR 6/19 R	Liegt eine Beurlaubung im Sinne des § 1 Absatz 7 Satz 5 FPV 2012 vor, wenn der Patient aus der vollstationären Krankenhausbehandlung entlassen wurde, um die Ergebnisse der endgültigen Histologie abzuwarten, die dann zu einer Wiederaufnahme geführt haben?	<i>LSG Hamburg</i> , Urt. v. 15.11.2018 - L 1 KR 68/18 -	19-02-107
Kodierung einer primären fokalen Hyperhidrose	B 1 KR 25/17 R Termin: 20.03.2018	Ist bei einer Krankenhausbehandlung wegen einer primären fokalen Hyperhidrose die Hauptdiagnose nach der Nr G90.8 oder nach der Nr R61.0 des ICD-10-GM 2009 zu kodieren?	<i>LSG Hamburg</i> , Urt. v. 17.05.2017 - L 1 KR 56/14 -	17-04-134
Beatmung eines Frühgeborenen	B 1 KR 13/18 R Termin: 30.07.2019	Ist die Atemunterstützung mit einer High-Flow-Nasenkanüle (HFNC) bei Säuglingen als maschinelle Beatmung im Sinne der Nummer 1001h DKR 2009 zu werten?	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 13.03.2018 - L 5 KR 504/15 -	18-02-152
Atemunterstützung mit einer High-Flow-Nasenbrille	B 1 KR 11/19 R Termin: 30.07.2019	Ist die Atemunterstützung mit einer High-Flow-Nasenbrille (HFNC) bei Säuglingen als maschinelle Beatmung im Sinne der Nr 1001i DKR 2017 zu werten?	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , Urt. v. 07.02.2019 - L 5 KR 166/18 -	19-02-116

Spontanatmungsstunden und Beatmungszeit	B 1 KR 19/19 R	Sind Spontanatmungsstunden auch dann als Beatmungszeit abzurechnen, wenn der Entwöhnungsversuch bis zur Entlassung des Patienten nicht zu einer stabilen respiratorischen Situation geführt hat?	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 12.03.2019 - L 5 KR 202/18	19-03-135
Ist suprapubischer Verweilkatheter Implantat?	B 1 KR 26/18 R	Ist ein suprapubischer Blasenkatheter eine Prothese, Implantat oder Transplantat im Sinne von ICD-10-GM (2009) T83.5?	<i>LSG Sachsen</i> , Urt. v. 27.10.2017 - L 1 KR 252/13 -	18-01-119 NZB
Nephrostomiekatheter: Prothese, Implantat oder Transplantat	B 1 KR 27/18 R Termin: 09.04.2019	Ist ein perkutaner Nephrostomiekatheter eine Prothese, Implantat oder Transplantat im Sinne von ICD-10-GM (2011) T83.5?	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 14.09.2017 - L 1 KR 238/15 -	17-04-135 NZB
Einsichtnahme in Behandlungsunterlagen	B 1 KR 40/17 R Termin: 18.12.2018	Hat eine Krankenkasse, auch ohne Einverständnis des Versicherten, einen Anspruch auf Einsichtnahme in die Behandlungsunterlagen des Krankenhauses während des Rechtsstreits über die Abrechnung der DRG A11C?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 22.11.2017 - L 5 KR 1284/16 -	18-01-118
OPS 8-98b: Zeitgrenze von 30 Minuten	B 1 KR 38/17 R B 1 KR 39/17 R Termin: 19.06.2018	Reicht es für die Abrechnung des OPS 8-98b aus, dass die Zeitgrenze von 30 Minuten für den Transport eines Patienten zu einem Kooperationspartner des behandelnden Krankenhauses nur bei Tageslicht eingehalten werden kann?	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , Urt. v. 23.11.2017 - L 5 KR 194/16 - - L 5 KR 90/16 -	18-01-126 18-01-125
Kodierung einer Nebendiagnose	B 1 KR 16/19 R	Setzt die Kodierung einer Nebendiagnose (hier: ICD-10 T81.4 neben der Hauptdiagnose ICD-10 M00.86) nach den DKR 2011 eine Begleiterkrankung voraus, die einen weiteren therapeutischen oder sonstigen relevanten Versorgungsaufwand erfordert?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 24.01.2019 - L 5 KR 213/18 -	19-03-132
Implantierung einer modularen Endoprothese	B 1 KR 35/18 R Termin: 08.10.2019	Sind Schrauben metallische Einzelbauteile im Sinne des OPS (2013) 5-829.k, die in Kombination mit mindestens zwei weiteren metallischen Einzelbauteilen die mechanische Bauteilsicherheit der gesamten Prothese gewährleisten?	<i>LSG Saarland</i> , Urt. v. 28.02.2018 - L 2 KR 100/15 -	18-02-142 NZB
Nachholung der Begründung für OPS-Code	B 1 KR 33/18 R	Ist der Krankenhausträger berechtigt, nach erfolgter Abrechnung die Dokumentation der durchgeführten Krankenhausbehandlung zu ergänzen?	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urt. v. 30.01.2018 - L 16 KR 383/16 -	18-04-65 NZB
Grundrechtsorientierte Leistungsgewährung bei abzulehnender Arzneimittelzulassung	B 1 KR 36/17 R Termin: 11.09.2018	Besteht ein Anspruch auf Versorgung mit Medikamenten, bei denen im Rahmen des Zulassungsverfahrens bereits Anhaltspunkte bestehen, dass eine Zulassung nicht erteilt werden würde und die Zulassung nicht weiter betrieben wird (hier: Avastin für die Indikation des rezidivierenden Glioblastoms)?	<i>SG Chemnitz</i> , Urt. v. 25.10.2017 - S 38 KR 2463/15	18-01-124
Rituximab als Zusatzentgelt im Off-Label-Use bei autoimmunologischem Schleimhautpemphigoid	B 1 KR 22/18 R	Hat ein Krankenhaus Anspruch auf Vergütung des Zusatzentgeltes ZE82.14 für die zulassungsüberschreitende Anwendung ("off-label-use") von Rituximab im Rahmen stationärer Behandlung, wenn die behandelte Krankheit zwar nicht unmittelbar lebensbedrohlich ist, aber aufgrund einer krankheitsbedingten erheblichen Sepsisgefahr jederzeit in einen mit einiger Wahrscheinlichkeit unumkehrbaren und im Ergebnis tödlichen Prozeß umschlagen kann?	<i>LSG Hamburg</i> , Urt. v. 03.05.2018 - L 1 KR 19/16 -	18-03-147
Erstattung bereits geleisteter Aufwandspauschalen	B 1 KR 15/19 R	Hat ein Krankenhaus Aufwandspauschalen für vor dem 1.7.2014 abgeschlossene Behandlungsfälle der Krankenkasse zu erstatten, wenn die MDK-gestützte Prüfung der Krankenkasse die sachlich-rechnerische Richtigkeit der Krankenhausabrechnungen betraf?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 13.12.2018 - L 5 KR 738/16 -	19-02-125
Feststellungsklage auf Feststellung der Verfahrenskostentragung	B 1 KR 3/18 R Termin: 09.04.2019	Zur Zulässigkeit der Umstellung einer Klage auf Erstattung von Krankenhausvergütung auf einen materiellrechtlichen Kostenerstattungsanspruch. Keine Feststellungsklage auf Feststellung der Verfahrenskostentragung	<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 Termin: 09.04.2019 (Vergleich)	Haben Krankenkassen einen Anspruch gegen eine Krankenhausapotheke auf Erstattung von Umsatzsteuer, die sie für individuell hergestellte und an ihre Versicherten im Rahmen ambulanter Behandlungen verabreichte Arzneimittel und Arzneimittelzubereitungen gezahlt haben?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 16.01.2018 - L 11 KR 1723/17 -	18-02-162
	B 3 KR 1/18 R Neu: B 1 KR 5/19 R Termin: 09.04.2019	Haben Krankenkassen einen Anspruch gegen eine Krankenhausapotheke auf Erstattung von Umsatzsteuer, die sie für individuell hergestellte und an ihre Versicherten im Rahmen ambulanter Behandlungen verabreichte Arzneimittel und Arzneimittelzubereitungen (hier: Zytostatika-Zubereitungen) gezahlt haben, wenn und solange die Zahlung der Umsatzsteuer durch den Krankenträger an das Finanzamt auf einer unter dem Vorbehalt der Nachprüfung erfolgten Steuerfestsetzung (§ 164 AO) beruht?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 16.01.2018 - L 11 KR 4621/16 -	18-02-163
Ausländische Versandapotheke und Umsatzsteuer	B 3 KR 19/17 R	Zur umsatzsteuerrechtlichen Behandlung von Arzneimittellieferungen einer Apotheke aus einem anderen EU-Land an die Mitglieder inländischer gesetzlicher Krankenkassen.	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , Urt. v. 06.07.2017 - L 5 KR 105/16 -	17-04-140
Arzneimittelhersteller: Erprobung neuer Untersuchungsmethode (DiaPat®-CC Tests, Nachweis Gallengangskarzinom)	B 1 KR 11/18 R Termin: 18.12.2018	Zu den Anforderungen an die Annahme eines Antrags nach § 137e Absatz 7 SGB V auf Erprobung einer neuen Untersuchungsmethode (hier: Proteomanalyse des Gallensekrets und des Urins zur Erkennung eines Gallengangskarzinoms) bei in Fachkliniken behandelten Patienten mit einer primär sklerosierenden Cholangitis (PSC).	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 25.01.2018 - L 1 KR 151/14 KL -	18-02-166
Schiedsspruch: Anforderungen an einen Nutzenbewertungsbeschluss	B 3 KR 2/18 R Termin: 28.03.2019	Zur Rechtmäßigkeit der Bestimmung der zweckmäßigen Vergleichstherapie im Nutzenbewertungsbeschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 35a Absatz 3 SGB V und dessen Auswirkungen auf die Rechtmäßigkeit eines Schiedsspruchs nach § 130b Absätze 3, 4 SGB V.	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 25.01.2018 - L 1 KR 295/14 KL -	18-02-167
Festbetrag für Medikinet® adult („Methylphenidat Gruppe 1“)	B 3 KR 7/17 R (alt: B 1 KR 5/17 R) Termin: 03.05.2018	Verstößt die Neufestsetzung des Festbetrages für die Festbetragsgruppe Methylphenidat 1 vom 3.2.2014 des GKV-Spitzenverbandes, soweit damit auch ein Festbetrag für Medikinet® mit Wirkung vom 1.4.2014 festgesetzt worden ist, gegen § 35 SGB 5 und gegen höherrangiges Recht?	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 26.01.2017 - L 1 KR 67/14 KL -	17-02-188
Abschlagspflicht für Insulinpräparate ohne Patentschutz und Generika/Wirkstoffgleichheit	B 3 KR 11/17 R Termin: 20.12.2018	Gilt die Abschlagspflicht für patentfreie, wirkstoffgleiche Arzneimittel nach § 130a Abs 3b SGB 5 auch für zwei in demselben biotechnologischen Herstellungsprozess produzierte und wirkstoffidentische Arzneimittel oder ist diese auf Generika und ihre Referenzarzneimittel begrenzt?	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 14.12.2016 - L 9 KR 213/13 -	17-02-190
Reduzierung des Herstellerrabatts auf 6 % und Ertragssituation	B 3 KR 10/16 R Termin: 25.10.2018	Unter welchen Voraussetzungen kann ein pharmazeutischer Unternehmer die Reduzierung des Herstellerrabatts von 16 auf 6 % beanspruchen?	<i>LSG Hessen</i> , Urt. v. 11.06.2015 - L 8 KR 88/12 -	16-03-170 NZB
Pharmazeutische Unternehmer: Maßgebliche Spitzenorganisation auf Bundesebene	B 3 KR 16/18 R Termin: 08.08.2019	Ist der Verband der Arzneimittelimporteure Deutschlands e.V. eine für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildete maßgebliche Spitzenorganisation der pharmazeutischen Unternehmer auf Bundesebene im Sinne von § 130b Absatz 5 Satz 1 SGB V?	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 24.05.2018 - L 9 KR 303/15 KL -	18-04-71
Hörgeräteakustiker:	B 3 KR 3/19 R	Hat ein Hörgeräteakustiker gegenüber der Krankenkasse einen Anspruch auf Vergütung	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> ,	juris

Versorgungsanzeige		für die Versorgung eines Versicherten mit Hörgeräten, wenn die nach den vertraglichen Regelungen des einschlägigen auf Grundlage von § 127 SGB V geschlossenen Versorgungsvertrags erforderliche Versorgungsanzeige vor Beginn des Anpassungsprozesses unterblieben ist?	Urt. 27.06.2019 - L 5 KR 55/18, 27.06.2019 -	
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
Zulassung einer Ergotherapeutin: Weitere Fachkraft ausschließlich für Hausbesuche	B 3 KR 2/17 R Termin: 20.12.2018	Kann die Zulassung einer selbstständigen Ergotherapeutin im Hinblick auf die freie Mitarbeit einer halbtags tätigen zweiten Ergotherapeutin erweitert werden, wenn die Praxis nur über einen ausreichend großen Behandlungsraum verfügt, die Mitarbeiterin aber ausschließlich Hausbesuche durchführen soll?	LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 13.05.2016 - L 4 KR 3332/15 -	16-03-174 NZB
Unterbliebene Durchführung des Schiedsverfahrens	B 3 KR 31/15 R Termin: 29.06.2017	Kann ein Pflegedienst eine höhere Vergütung für Leistungen der häuslichen Krankenpflege (hier: ärztlich verordnete Einmalkatheterisierungen) im Wege der Leistungsklage durchsetzen, wenn ein Schiedsverfahren trotz Vorliegens einer Schiedsvereinbarung unterblieben ist?	LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 18.11.2015 - L 5 KR 2883/13 -	16-01-185
	B 3 KR 7/18 R B 3 KR 8/18 R B 3 KR 9/18 R B 3 KR 10/18 R B 3 KR 11/18 R	Zur Abrechnung von Leistungen der Hebammenhilfe durch Hebammengemeinschaften.	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

Satzungsregelung: Zusätzliche Leistungen nur bei ungekündigter Mitgliedschaft	B 1 A 1/18 R Termin: 28.05.2019	Ist eine Satzungsregelung nicht genehmigungsfähig, wenn sie den Anspruch auf zusätzliche Leistungen gemäß § 11 Absatz 6 SGB V an eine ungekündigte Mitgliedschaft koppelt?	LSG Bayern, Urt. v. 20.03.2018 - L 5 KR 394/16 KL -	18-04-75
Wahltarife	B 1 KR 34/18 R Termin: 30.07.2019	Dürfen Krankenkassen gemäß § 53 Absatz 4 Satz 1 SGB V in ihrer Satzung Wahltarifleistungen vorsehen, die Kostenerstattungsansprüche Versicherter für Leistungen im Ausland, für "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?	<i>LSG Bayern,</i> Urt. v. 05.12.2017 - L 5 KR 508/17 -	18-02-183
Zustimmung der Aufsichtsbehörde zur Vorstandsvergütungsanpassung	B 1 A 2/18 R Termin: 30.07.2019	Kann die Aufsichtsbehörde die Zustimmung zum Abschluss, zur Verlängerung oder zur Änderung eines Vorstandsdienstvertrages einer Krankenkasse verweigern, wenn darin die automatische Anpassung des Vorstandsgehalts mittels dynamischer Verweisung (hier: auf die Veränderungsrate gemäß § 71 Absatz 3 SGB V vorgesehen ist)?	<i>LSG Baden-Württemberg,</i> Urt. v. 05.09.2018 - L 5 KR 4364/17 KL -	18-04-80
Erstattungsanspruch einer unzuständigen Krankenkasse	B 1 KR 15/18 R Termin: 30.07.2019	Ist eine Krankenkasse einem Erstattungsanspruch einer unzuständigen Krankenkasse gemäß § 105 SGB X ausgesetzt, wenn sie mit der Vereinbarung und Erbringung der vertragszahnärztlichen Gesamtvergütung ihrer Vergütungspflicht für die zu Gunsten ihrer Versicherten erbrachten zahnärztlichen Leistungen nachgekommen ist, die Vergütung vertragszahnärztlicher Leistungen zugunsten eines ihrer Versicherten aber aus der Gesamtvergütung der unzuständigen Krankenkasse erfolgte?	<i>LSG Bayern,</i> Urt. v. 27.02.2018 - L 5 KR 224/14 -	18-02-184
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 Termin: 30.07.2019	Besteht für einen Verband von Ersatzkassen eine Prozessführungsbefugnis zur Geltendmachung von Wettbewerbsansprüchen seiner Mitgliedskassen gegenüber einer anderen Krankenkasse?	<i>SG Berlin,</i> Urt. v. 12.04.2018 - S 56 KR 3964/15	18-03-164
Beratungs- und Betreuungsleistungen durch Vertrag mit Beratungsunternehmen	B 1 A 3/19 R Termin: 08.10.2019	Dürfen Krankenkassen mit privaten Beratungsunternehmen Verträge mit dem Ziel der Kostensenkung beziehungsweise -stabilisierung schließen, in denen für Gruppen von länger erkrankten oder stationär versorgten Versicherten Betreuungs- und Beratungsleistungen erbracht werden?	<i>LSG Berlin-Brandenburg,</i> Urt. v. 27.03.2019 - L 9 KR 54/16 KL -	19-03-142
Rückstellungen wegen Haftungsrisiko bei Schließung anderer Betriebskrankenkassen	B 1 A 2/19 R Termin: 08.10.2019	Darf eine Betriebskrankenkasse Rückstellungen für individuelle Schätzverpflichtungen wegen des Haftungsrisikos bei Schließung anderer für Betriebsfremde geöffnete Betriebskrankenkassen bilden?	<i>LSG Bayern,</i> Urt. v. 15.01.2019 - L 5 KR 630/17 KL -	19-02-136
Arbeitsgemeinschaft von Krankenkassen: Erteilung von Auskünften	B 1 A 1/19 R Termin: 08.10.2019	Werden die Aufsichts- und Prüfrechte gegenüber einer in der Form der Aktiengesellschaft (AG) geführten Arbeitsgemeinschaft im Sinne des § 94 Absatz 1a SGB X (vergleiche § 88 SGB IV, § 94 Absatz 2 SGB X) durch die Verschwiegenheitspflichten des Vorstands und des Aufsichtsrats einer AG beschränkt?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen,</i> Urt. v. 21.02.2018 - L 11 KR 779/12 KL -	19-02-135

GBA

Sonstiges

Beschwerdewert	B 3 KR 14/17 R Termin: 04.07.2018	Kommt es für den Beschwerdewert iS von § 144 Abs 1 S 1 Nr 1 SGG auf den wegen der Erfüllungswirkung nach § 107 Abs 1 SGB 10 verringerten Betrag der geltend gemachten Forderung an (hier: wenn der Kläger einen Anspruch auf Krankengeld geltend macht, im streitgegenständlichen Zeitraum aber bereits Leistungen in Form von Arbeitslosengeld bezogen hat)?	<i>LSG Rheinland-Pfalz,</i> Urt. v. 20.04.2017 - L 5 KR 175/16 -	17-04-154
----------------	---	---	--	-----------