V. Zulassungsrecht
1. Ermächtigungsantrag
   a) Ermächtigung eines psychiatrischen Krankenhauses: Kein gesonderter ärztlicher Leiter
   b) Vergleich anhand von Tagesdosen
2. Nachweis durch Vorlage des Fortbildungszertifikats der Ärztekammer
3. Antrag einer Krankenkasse: Vorverfahren/Fristen/Bagatellgrenze
4. Fortbildungsverpflichtung
   a) Zeitbezogen: Ermächtigter Arzt/Anordnungsgrund
   b) Patientenbezogen: Schätzungsermessen und gegenseitige Vertretung
   c) Plausibilitätsprüfung/Arzneikostenregress/Schadensersatz
   d) Rechtsweg: Heranziehung von Privatärzten
   e) Kostenbeteiligung eines Privatarztes am KV
5. Honorarabschlag nach GbR: Änderung der Heilpraktikergebühren
6. Verpflichtung zum Notdienst in Räumlichkeiten der Bereitschaftsdienstzentrale
7. Prädikat für ärztliche Bereitschaftsdienste
8. Arztlichen Bereitschaftsdienst: Zulassung
9. Keine Betriebsstättennummer als Hochschulambulanz für kooperierendes Institut
10. Antrag einer Krankenkasse: Vorverfahren/Fristen/Bagatellgrenze

VI. Sachlich-rechnerische Berichtigung
1. Befreiung vom Notdienst wegen schwerwiegender Erkrankung
2. Verpflichtung zum Notdienst in Räumlichkeiten der Bereitschaftsdienstzentrale
3. Beteiligung der Privatärzte an Kosten für Ärztlichen Bereitschaftsdienst
4. Rechtsweg: Heranziehung von Privatärzten
   a) Heranziehung einer Privatärztin zum KV-Notdienst: Sozialgerichtsbarkeit
   b) Heranziehung eines Privatarztes zum KV-Notdienst: Verwaltungsrechtsweg
   c) Kostenbeteiligung eines Privatarztes am KV-Notdienst: Sozialgerichtsbarkeit
   d) Kostenbeteiligung eines Privatarztes am KV-Notdienst: Verwaltungsrechtsweg
2. Umfang der Kostenerstattung für Ersteinrichtung der Telematikinfrastruktur
3. Keine Betriebsstättennummer als Hochschulambulanz für kooperierendes Institut

IV. Wirtschaftlichkeitsprüfung/Arzneikostenregress/Schadensersatz
1. Arzneikostenregress
   a) Zielvorgabe: Festsetzung der Zielvorgaben
   b) Vergleich anhand von Tagesdosen
   c) Ausschluss der Verordnungsfähigkeit von Kombinationspräparaten
   d) Gerinnungsfaktoren: Kostengünstigerer Bezugsweg
2. Sprechstundenbedarf: Durchschnitts- und Einzelfallprüfung
3. Statistische Prüfung der Heilmittelverordnungen anhand der elektronischen Daten

V. Zulassungsrecht
1. Bedarfsplanung für Pathologen
2. Nachbesetzungsverfahren
   a) Durchführung des Nachbesetzungsverfahrens wegen besonderer Praxisstruktur
   b) Keine Fortführung der Praxis bei Verlegung des Praxisortes um 36 km
3. Kein Austausch der anzustellenden Ärzte im Widerspruchsverfahren
4. Widerruf einer Genehmigung zur Anstellung einer Ärztin ohne Gebietsbezeichnung
5. Ermächtigungen
   a) Ermächtigung eines psychiatrischen Krankenhauses: Kein gewerbeamtlicher Leiter
   b) Ermächtigungsablauf: Darlegungslast des Arztes/Zumutbare Wegstrecke

VI. Angelegenheiten der KVen
1. Schiedsverfahren zum Nachweis der Gesamtvergütung
2. Qualifizierung einer Maßnahme der Aufsichtsbehörde (Rundschreiben)
B. KRANKENVERSICHERUNGSRECHT

II. Stationäre Behandlung

1. Mammaplastik
   a) Kein Nachweiss zur Behandlung von Wirbelsäulenbeschwerden
   b) Absinken durch Ptose
2. Beidseitige prophylaktische Mastektomie (Brustamputation) mit Brustsofortrekonstruktion
3. Liposuktion
4. Anforderungen der Qualitätsgebot
   a) Operationssicherung
   b) Oberschenkel sowie Oberarme: Keine vom GBA empfohlene neue Methode
5. Keine Kostenerstattung bei möglicher ambulanter Leistung
6. Unterkunfts- und Verpflegungskosten im Diabetes-Dorf

III. Kostenerstattung

1. Genehmigungsfiktion
   a) Umgehung des Fristenregimes durch Entscheidung vor MDK-Begutachtung
   b) Leistungsbeschaffung vor Fristablauf
   c) Nicht zugelassene Psychotherapeuten: Fehlende Erforderlichkeit
   d) Maßschuhe und Diabetes-adaptierte Fußbettenungen zur Prophylaxe von Druckstellen
2. Voraussetzungen einer unaufschiebaren Leistung
3. Delfintherapie im Curacao-Dolphin-Therapy-Center
4. Abrechnung nach den Vorschriften der GOÄ

IV. Arzneimittel

1. Effentora zur Behandlung von chronischem Schmerzsyndrom
2. CellCept bei interstitieller Lungenerkranzung im Rahmen einer Polyarthritis
3. Sativex® bei infantiler Zerebralparesese
4. Cannabin
   a) Posttraumatische Belastungsstörung u. Psychopharmaka
   b) Nachholung der begründeten Einschätzung
VII. Rehabilitation/Häusliche Krankenpflege/Förderung

3. Zolgensma
   a) Fehlende Erfolgsaussichten einer Behandlung
   b) Fehlende medizinische Indikation
4. Festbetragsfreie Versorgung: Arzneimittelalternativen ohne Nebenwirkungen (Crestor®)

V. Heilmittel
1. Langfristiger Heilmittelbedarf: Vergleichbarkeit der Schädigungen
2. Langfristiger Heilmittelbedarf: „Immer wieder“ auftretender Behandlungsbedarf

VI. Hilfsmittel
1. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
   a) Fußhebersystem (Typ Bioness L 300)
   b) Dynamische Finger-Hand-Handgelenk-Unterarm-Orthese
   c) Kopforthese
2. Rollstuhlzuggerät
3. PleurX Peritoneal-Kathetersystem
4. Software „Meine eigene Stimme"
5. Spezialbrille für Kleinkind
6. Zweitversorgung
   a) Therapiestuhl für Besuch einer vorschulischen Kindereinrichtung
   b) Beschränkung auf Basisausgleich: Zweiter Sauerstofftank für das Auto

VII. Rehabilitation/Häusliche Krankenpflege/Fahrkosten
1. Fahrkosten
   a) Ambulanter sechswöchentlicher Katheterwechsel
   b) Stufenweise Wiedereingliederung als Leistung der medizinischen Rehabilitation
2. Häusliche Krankenpflege
   a) Keine Erstattung eines fiktiven Verdienstausfalls von Verwandten
   b) Kündigung einer Zielvereinbarung bei Verstoß gegen Qualitätssicherung

VIII. Beziehungen zu Krankenhäusern
1. Rückwirkende Ermächtigung des DIMDI verfassungswidrig (Vorlagebeschluss)
2. Mindestmengen
   a) Widerlegung einer Mindestmengenprognose: Kalenderjahr
   b) Anforderungen an Widerlegung einer Prognose eines Krankenhauses
3. Vergütungsanspruch/Fälligkeit
   a) Neue Behandlungsmethode: Transvaskuläre Aortenklappen-Implantation (TAVI)
   b) Stationäre Krankenhausbehandlung und ärztliche Tätigkeit bei psychischer Erkrankung
   c) Verschiebung einer geplanten Operation wegen operativer Notfälle
   d) Tagsüber Aufenthalt außerhalb des Krankenhauses
   e) Vereinbarung über Aufnahmeuntersuchung
   f) Behandlung von Versicherten ohne Zulassung
   g) Einreise eines EU-Bürgers zur Entbindung
   h) Verjährung nach Zahlung unter Vorbehalt und Verrechnung
   i) Aufrechnung
      aa) Aufrechnungsverbot in Landesvertrag
      bb) Landesvertragliches Aufrechnungsverbot zulässig
      cc) Aufrechnung im Zeitraum 09.11. bis 31.12.2018 zulässig
   j) Frist zur Vorlage der Unterlagen
      aa) Pflicht des MDK zur Konkretisierung der angeforderten Unterlagen
      bb) Frist zur Übersendung der Unterlagen keine materiell-rechtliche Ausschlussfrist
   k) Abrechnungs- und Prüfverfahren
      aa) Fehlende Übermittlung von Behandlungsdaten
      bb) Vorlagefrist für Krankenhausunterlagen: Materiell-rechtliche Ausschlussfrist
      cc) Prüfungsanspruch bei fehlender Einleitung eines Prüfverfahrens
4. Kündigung einer Kooperationsvereinbarung
5. Fallpauschalen
   a) Fallzusammenführung
      aa) Unvorhersehbar hinzutretende weitere Erkrankung
      bb) Wiederaufnahme nach vorzeitiger Entlassung des Versicherten auf dessen Wunsch
   b) Weiterführende Behandlung nach Notfallintervention in anderem Krankenhaus
   c) Bestimmung der Hauptdiagnose bei „Aufnahme ins Krankenhaus"
   d) Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls
   e) Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung
   f) Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung
      aa) Geriatriepatienten unterhalb von 60 Jahren

www.dg-kassenarztrecht.de
bb) Vertretungsmöglichkeit

g) Nierenversagen nach medizinischen Maßnahmen

h) Dokumentation einer Spondylodese

i) Paresen und Plegien

j) Tumorerkrankung während der Schwangerschaft

k) Implantation eines Okkluders-Modell: Amplifier Cardiac Plug

l) Wirtschaftlichkeitsgebot: Implantation eines Klappensystems zur Behandlung einer COPD

m) Beatmung

aa) Berechnung der Beatmungsstunden

bb) Spontanatmungsstunden in der Periode der Entwöhnung

cc) Beatmungszeiten und intensivmedizinische Versorgung

dd) Künstliche Beatmung: Nasale CPAP (continuous positive airway pressure)


7. Aufwandspauschale: Erstattungsforderung der Krankenkasse

IX. Beziehungen zu Leistungserbringern und Arzneimittelherstellern

1. Apotheken

a) Verletzung des Abgabeverbots: Anspruch auf ermessensfehlerfreie Entscheidung

b) Kündigung der Vereinbarung über Röntgenkontrastmittel (Open-House-Verfahren)

c) Keine Hemmung der Verjährung bei fehlender Klagesubstanz (Herstellerabatt)

2. Hilfsmittlerbringer: Kein Beitritt zu Arzneiversorgungsvertrag (hier: Trinknahrung)

X. Angelegenheiten der Krankenkassen

1. Verwendung der elektronischen Gesundheitskarte verfassungsgemäß

2. Ausstellung einer elektronischen Gesundheitskarte: Geeignete Lichtbilder

3. Kein Anspruch auf Ausstellung eines papiergebundenen Anspruchsausweises anstelle der eGK

XI. Bundessozialgericht (BSG)

1. Vertrags(zahn)ärztliche Behandlung

a) Wertungsmäßige Vergleichbarkeit bei Verlust eines wichtigen Sinnesorgans

b) Satzungsregelung zur künstlichen Befruchtung

c) Kostenbeteiligung zur Entfernung von Brustimplantaten

2. Fingierte Genehmigung

a) Deutlich fehlende Anspruchsvoraussetzungen: In-vitro-Fertilisations-Behandlung und Altersgrenze

b) Zahnarztsatz: Kein Anspruch auf Übernahme auch des Eigenanteils

3. Anziehen von Kompressionsstrümpfen in Einrichtung der Eingliederungshilfe

4. Beziehungen zu Krankenhäusern

a) Fallzusammenführung: Wiederaufnahme und wirtschaftliches Alternativerhalten

b) Spontanatmungsstunden und Beatmungszeit

5. Pharmazeutische Unternehmer: Maßgebliche Spitzenorganisation auf Bundesebene

6. Angelegenheiten der Krankenkassen

a) Beratungs- und Betreuungsleistungen durch Vertrag mit Beratungsunternehmen

b) Kostenerstattungs-Wahltarife/Unterlassungsanspruch privaten Krankenversicherer

C. ENTSCHEIDUNGEN ANDERER GERICHTE

I. Ärztliches Berufsrecht

1. Widerruf/Ruhen/Wiedererteilung der Approbation/Berufserlaubnis

a) Widerruf der Approbation

aa) Verwertung der Feststellungen in Strafurteil

bb) Strafverurteilung wegen Besitzes und Verbreitens von Kinderpornografie

cc) Verurteilung wegen Besitzes von Kinderpornografie

dd) Missbräuchliches Verordnen von Benzodiazepinen

ee) Vorsätzliches unerlaubtes Betreiben von Bankgeschäften

b) Anordnung des Ruhens der Approbation wegen wahnhafter Störung

c) Zur Befangenheit des Richters als Patient eines Arztes

2. Strafrecht

a) BGH: Behandlungssver. ohne Approbation/Anvertrautein im Rahmen eines Schülerpraktikums

b) Werbung zum Schwangerschaftsabbau auf Internetseite

c) Bestechung: Vertrieb von Nahrungsergänzungsmitteln über umsatzbeteiligte Ärzte

3. Berufspflichten

a) Berufsrechtlicher Überhang trotz Einstellung des Strafverfahrens wegen sexuellen Missbrauchs

b) Kein Rechtsschutz gegen Einstellung eines berufsrechtlichen Ermittlungsverfahrens

4. Berechtigung zur Ausübung des Notfalldienstes

5. MRT Untersuchungen durch Orthopäden

6. Strukturelle Voraussetzungen einer Weiterbildungsbeauftragung zu „Spezielle Schmerztherapie“

7. Erteilung eines elektronischen Heilberufsausweises: Zuständigkeit der Sozialgerichtsbarkeit
II. Arzthaftung

1. Bundesgerichtshof (BGH)______________________________70
   a) Abgrenzung eines Befunderhebungsfehlers vom Fehler der therapeutischen Aufklärung 70
   b) Haftung eines vom Durchgangsarzt hinzugezogenen Radiologen____________________ 70
   c) Verjährung wegen ärztlicher Behandlungsfehler im Zusammenhang mit Geburt________________________ 70
   d) Selbständiges Beweisverfahren zu Inhalt und Umfang der ärztlichen Aufklärungspflicht____________________ 71
   e) Gegenstand eines selbständigen Beweisverfahrens: Umfang der ärztlichen Aufklärungspflicht____________________ 71

2. Behandlungsfehler______________________________71
   a) Fachgleiche Begutachtung/Bedeutung der ärztlichen Dokumentation________________________ 71
   b) Zurücklassen eines Fremdkörpers: Zählkontrolle und Dokumentationspflicht________________________ 71
   c) Behauptung einer Hygieneverstöße/Auftreten einer Infekt__________________________72
   d) Implantierung einer Großkopf-Hüfttotalendoprothese__________________________72
   e) Auftreten von Paravasaten bei der Verwendung eines Portsystems________________________ 73
   f) Beitragsminderungsschaden einer gesetzlichen Krankenkasse__________________________73
   g) Vorbringen im Berufungsverfahren über Kontraindikation__________________________73
   h) Eingliederung von Zahnursatz: Unterlassene Untersuchung auf CMD__________________________73

3. Beschäftigung eines Nichtarztes zur Heilbehandlung__________________________73

4. Aufklärung/Einwilligung__________________________74
   a) Aufklärungspflicht über die Gefahr ärztlicher Behandlungsfehler__________________________74
   b) Alternativbehandlung und Arzt der anderen Fachrichtung__________________________74
   c) Patienteninformation (hier „Früherkennung des Grünen Stars <Glaukom>“)__________________________74
   d) Koloskopie: Risiko einer iatrogenen Perforation/Aufklärungsformular__________________________75
   e) Vernehmung des aufklärenden Arztes__________________________75

5. Kein taggenaues Schmerzensgeld__________________________75

6. Keine Aussetzung wegen eines gegen den Arzt geführten Ermittlungs- oder Strafverfahrens__________________________75

7. Fachgebiet des medizinischen Sachverständigen__________________________76

8. Berichtigung des Rubrums bei fehlerhafter Bezeichnung des Krankenhausträgers__________________________76

ANHANG I: BSG - ANHÄNGIGE REVISIONEN VERTRAGSARZTRECHT__________________________77

ANHANG II: BSG - ANHÄNGIGE REVISIONEN KRANKENVERSICHERUNG__________________________82
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@dgkassenarztrecht.de; Tel: 030/4005-1750; PC-Fax:030/4005-27-1750; Fax:030/4005-1795) bezogen werden. Der Jahresbeitrag für natürliche Personen beträgt 60 €. Der RID erscheint viermal im Jahr.

Ältere Ausgaben sind z.T. über die [homepage](http://www.dg-kassenarztrecht.de) der Deutschen Gesellschaft für Kassenarztrecht e.V. verfügbar.


**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.


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

Die Datenbank [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) wird hinsichtlich der Abteilungen Vertragsarztrecht und Krankenversicherung (Leistungsrecht) ausgewertet. Diese Ausgabe berücksichtigt die bis zum 16.08.2020 eingestellten Entscheidungen.
A. VERTRAGSARZTRECHT


www.dg-kassenarztrecht.de
I. Honorarverteilung

1. RLV/Fallzahlabhängige Abstaffelung: Keine Ausnahme wegen Sehschule

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 18.12.2019 - L 11 KA 78/17


Für fachgruppentypische Leistungen kann keine Ausnahmeregelung zum RLV bewilligt werden.

Der kl. Facharzt für Augenheilkunde begehrte unter Hinweis auf die von ihm vorgehaltene Sehschule, die dazu führe, dass er ca. 4.000 Fälle pro Quartal behandele, während die durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl der Augenärzte bei knapp 1.200 Fälle liege, eine Ausnahme von der fallzahlbedingten Abstaffelung der Fallwerte bei der Berechnung des RLV für die Quartale ab IV/12.

SG Düsseldorf, Urt. v. 16.08.2017 - S 33 KA 51/14 - wies die Klage ab, das LSG die Berufung zurück.

2. Aufschlag von 10 % für BAG: Allgemeinmedizinerin u. psychotherapeutisch tätige Ärztin ohne RLV

LSG Hessen, Urteil v. 27.05.2020 - L 4 KA 63/17


Die Beteiligten streiten um eine Sonderregelung zum RLV u. QZV für die sieben Quartale III/10 bis I/12 und hierbei noch um die Bewilligung eines Aufschlags von 10 % für Berufsausübungsgemeinschaften. Der kl. BAG gehören ein Facharzt für Allgemeinmedizin mit einem ganzen Versorgungsauftrag und eine Fachärztin für Allgemeinmedizin, die ausschließlich psychotherapeutisch tätig ist, mit einem hälftigen Versorgungsauftrag an.

SG Marburg, Gerichtsbescheid v. 06.11.2017 - S 12 KA 691/16, S 12 KA 37/17 - RID 17-04-6 verpflichtete die Bekl., die Kl. für die Quartale III/10 bis II/11 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden, und wies im Übrigen die Klage ab, das LSG wies die Klage insgesamt ab.

Parallelverfahren:

LSG Hessen, Urteil v. 27.05.2020 - L 4 KA 64/17

3. Humangenetische Leistungen: RLV/Quotierung (KV Hessen, Quartale I u. II/16)

SG Marburg, Gerichtsbescheid v. 17.06.2020 - S 12 KA 160/17, S 12 KA 343/17

Leitsatz: 1. Die Leistungen nach Nr. 11233 bis 11235 EBM waren in den Quartalen I und II/16 nicht innerhalb des Regelleistungsvolumens zu vergüten.


Das SG wies die Klage ab.
4. Vergütung neuropsychologischer Leistungen (Quartale I/16 u. III/17)

SG Berlin, Urteil v. 29.07.2020 - S 83 KA 158/19

Leitsatz: Zur unterschiedlichen Vergütung der neuropsychologischen Leistungen (GOP 30932 EBM) im Vergleich zu den Leistungen nach Kapitel 35.2 EBM.


Nach dem SG ist die Bewertung der GOP 30932 EBM mit 819 Punkten im Quartal II/16 erbracht, wie die Nichteinbeziehung der neuropsychologischen Leistungen in das System der Strukturzuschläge nicht zu beanstanden. Die Tatsache, dass es sich bei den Leistungen der Neuropsychologie um psychotherapeutische Leistungen handelt, bedeutet nicht, dass sie „aufgrund der Besonderheiten der psychotherapeutischen Leistungserbringung“ (BT-Drucks 16/4247, S. 39) nach Maßgabe des § 87 Iuc 6 (jetzt: S. 7) SGB V und gleich wie die Richtlinienverfahren zu vergütung. Der Bewertungsausschuss hält sich dabei auch dann noch im Rahmen seiner ihm zustehenden Gestaltungsfreiheit, wenn er sich bei der Förderung psychotherapeutischer Leistungen auf die Leistungen beschränkt, die sowohl zeitgebunden als auch genehmigungsbedürftig sind (vgl. BSG, Urt. v. 11.10.2017 - B 6 KA 37/17 R - BSGE 124, 218 = SozR 4-2500 § 87 Nr. 35, juris Rn. 61).


5. Honorarabschlag nach Abtretung: Unterscheidung zwischen GbR und Gesellschafter

SG München, Beschluss v. 19.05.2020 - S 38 KA 101/20 ER

Leitsatz: I. Sind natürliche Personen mit den Gesellschaftern einer GbR identisch, die vertragsärztlich zugelassen ist und die Honoraransprüche gegen die Kassenärztliche Vereinigung hat, werden von Forderungsabtretungen der natürlichen Personen die Honoraransprüche der GbR grundsätzlich nicht erfasst, soweit sich aus dem Abtretungsvertrag nicht ausdrücklich etwas anderes ergibt.

II. Die GbR muss die Abtretung nach Anzeige nicht gegen sich gelten lassen (§ 409 BGB).

Die Ast. ist nach ihrem Vortrag eine GbR, bestehend aus den Gesellschaftern Herr Dr. V. und Frau V. Über das Vermögen der beiden Gesellschafter (Dr. V. und Frau V.) ist mit Beschluss des Amtsgerichts am 18.12.2019 ein Insolvenzverfahren in Eigenverwaltung eröffnet worden. Die Praxis-GbR sei aber von dem Insolvenzverfahren selbst nicht betroffen. Die beiden Gesellschafter - natürliche Personen - hätten als Sicherheit von an sie ausgezahlten Darlehen die unter I.2. in den Abtretungsvorlehrungen vom Juni 2017 genannten Ansprüche an die apo-Bank abgetreten. Über den Inhalt der Abtretung besteht zwischen der Ast. einerseits und der Bank und der Ag. andererseits Uneinigkeit. Die Ag. habe nunmehr mitgeteilt, es sei beabsichtigt, die Gelder beim zuständigen Amtsgericht zu hinterlegen, bis eine rechtskräftige Klärung vorliege. Das SG verpflichtete die Ag., zusätzlich zu den für März 2020 bereits gewährten Abschlagszahlungen und zusätzlich zu den bereits gewährten Restzahlungen für das Quartal IV/19 jeweils 3.000 € nachzuzahlen und ferner, die Honoraransprüche
an die Ast. aus deren kassenärztlicher Tätigkeit für die folgenden Monate (Abschläge) und ebenso die Quartalsabrechnungen (Restzahlungen) künftig fristgerecht und ungekürzt auszuzahlen.

6. Weiterer Antrag wegen Praxisbesonderheit als Härteantrag/Honorardurchschnitt

LSG Hamburg, Urteil v. 21.11.2019 - I 5 KA 25/17


Wenn man davon ausgeht, dass mit der Berücksichtigung einer Härte im weiten Sinne die Möglichkeit einer wirtschaftlichen Teilnahme an der Versorgung möglich gemacht werden soll, insb. um eine spezialmedizinische Versorgung den Versicherten anbieten zu können, dann wird man dieses Ziel als erreicht ansehen können, wenn der Honorardurchschnitt der Arztgruppe erreicht wird.

Die Beteiligten streiten um die Honorarabrechnung für das Quartal IV/13. SGB V § 85b

II. Sachlich-rechnerische Berichtigung


Wenn man davon ausgeht, dass mit der Berücksichtigung einer Härte im weiten Sinne die Möglichkeit einer wirtschaftlichen Teilnahme an der Versorgung möglich gemacht werden soll, insb. um eine spezialmedizinische Versorgung den Versicherten anbieten zu können, dann wird man dieses Ziel als erreicht ansehen können, wenn der Honorardurchschnitt der Arztgruppe erreicht wird. 

Die Beteiligten streiten um die Honorarabrechnung für das Quartal IV/13. SGB V § 85b

Die Beteiligten streiten um die Honorarabrechnung für das Quartal IV/13. SGB V § 85b


Die Beteiligten streiten um die Honorarabrechnung für das Quartal IV/13. SGB V § 85b

Die Beteiligten streiten um die Honorarabrechnung für das Quartal IV/13. SGB V § 85b

1. Plausibilitätsprüfung

a) Zeitbezogen: Ermächtigter Arzt/Anordnungsgrund bei drohender Insolvenz

SG München, Beschluss v. 05.06.2020 - S 38 KA 125/20 ER

Leitsatz: I. Wenn sich das Leistungsangebot und der Leistungsumfang eines zur vertragsärztlichen Versorgung ermächtigten Arztes deutlich von dem anderer zur vertragsärztlichen Versorgung ermächtigter Ärzte unterscheiden, erscheint es unbillig, bei Plausibilitätsprüfungen auf das Quartalsprofil der ermächtigten Ärzte von 156 Stunden abzustellen.

II. Aus dem Umstand, dass die Kassenärztliche Vereinigung über einen längeren Zeitraum die Abrechnung bestimmter Leistungen nicht beanstandet hat, erwächst kein Recht und kein Vertrauensschutz, auch in Zukunft entsprechend abrechnen zu dürfen (BSG, Urt. v. 02.03.1996 - 6 RKa 34/95 - SozR 3-2500 § 95 Nr. 9; LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 16.03.2016 - L 5 KA 169/14 - RID 16-02-7). Dies gilt erst Recht, wenn die Abrechnung eines Praxisvorgängers über längere Zeit unbeachtet blieb.

III. Es entsteht auch kein Vertrauensschutz dadurch, dass die Kassenärztliche Vereinigung im Zusammenhang mit der Zulassung/Ermächtigung um die Kalkulationsgrundlage wusste.

IV. Das im Rahmen des Anordnungsgrundes bestehende öffentliche Interesse, dass Honorar, welches zu Unrecht an Leistungserbringer ausgezahlt wurde, zurückgefordert wird und dann wieder zur Honorarverteilung zur Verfügung steht, kann durch andere öffentliche Belange (z. B. besonderes Versorgungsangebot) „neutralisiert“ werden.

V. Das Angebot einer Stundung/Ratenzahlung, von dem der antragstellende Arzt keinen Gebrauch macht, führt nicht dazu, dass die Unbilligkeit der Rückforderung entfällt. Dies gilt insbesondere dann, wenn wegen einem Naturereignis oder einer weltweiten Gesundheitskrise (hier: Corona-Pandemie) damit zu rechnen ist, dass eine Rückzahlung bedingt dadurch über einen längeren Zeitraum nicht möglich ist.

zurückgefordert. Das SG ordnete die aufschiebende Wirkung des Widerspruchs gegen den Bescheid der Ag. v. 06.05.2020 nach § 86b I 1 Nr. 2 SGG an. Es ging u.a. davon aus, dass die Leistungslegende der Nr. 16220 EBM nicht erfüllt ist, wenn der Ansatz auch für Therapiestunden nichtärztlichen Personals erfolgt. Ein Arzt ist verpflichtet, die von ihm erbrachten Leistungen zu dokumentieren. Fehlt eine solche Dokumentation und kann ein Nachweis vom Arzt nicht geführt werden, gelten die Leistungen als nicht erbracht.

b) Patientenbezogen: Schätzungsermessen und gegenseitige Vertretung

LSG Hessen, Urteil v. 27.05.2020 - L 4 KA 24/18
SGB V a.F. § 106a

Der Grenzwert von 20% Patientenidentität (bei versorgungsbereichsidentischen Praxen) dient als Aufgreifkriterium im Rahmen der Plausibilitätsprüfung bei Praxigemeinschaften und betrifft damit die Tatbestandsseite der Auffälligkeitsprüfung, während die Ausübung des Schätzungsermessens die Rechtsfolgeneite betrifft, mithin die Ermittlung der Höhe der Honorarkürzung als Rechtsfolge der Implausibilität der Abrechnung. Damit hat die 20%-Grenze zunächst nur die Funktion, den Zugang zur Prüfung der Auffälligkeit zu eröffnen. Bis zur Höhe dieses normativ festgelegten Wertes von 20% (bei versorgungsbereichsidentischen Praxen) sind Honorarkürzungen aber auch bei pauschalierender Berechnung nach LSG Hessen, Urt. v. 30.11.2016 - L 4 KA 22/14 - juris Rn. 59, grundsätzlich ermessensfehlerfrei. Da indessen eine Überschneidungsquote bei Praxigemeinschaften von bis 15% in der Literatur als noch normgerecht erachtet wird und erst ab der Höhe des Grenzwertes - normativ - eine Implausibilität vermutet werden kann, so dass allein pauschalierende Erwägungen zur Begründung der Kürzungsermessens nicht ausreichend sind, wenn der Grenzwert unterschritten wird. Nach der Senatsrechtsprechung (aaO.) reicht es indessen aus, wenn die KV in ihre Ermessenserwägungen die Größenordnung der gegenseitigen Vertretung von unter 10% im Fachgruppenschnitt in Hessen einstellt. Es kann offen bleiben, ob und wie das Fehlen eines organisierten Bereitschaftsdienstes im Rahmen der Schätzung der Rückforderung zu berücksichtigen ist, wenn ein organisiierter Bereitschaftsdienst existiert.


2. Fortbildungsverpflichtung

a) Wechsel des Fachgebiets während des Fünfjahreszeitraums

LSG Bayern, Urteil v. 16.01.2019 - L 12 KA 11/18
Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 9/20 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 95d

Eine Erfüllung der Fortbildungspflicht „auf Vorrat“ für den nächsten Fünfjahreszeitraum sieht das Gesetz nicht vor. Persönliche Lebensumstände wie etwa Erkrankung oder hohe Belastungen sind für die Beurteilung, ob die Voraussetzungen für die Honorarkürzung aufgrund der Verletzung der Fortbildungsverpflichtung vorliegen, ohne Belang.

Ein Wechsel des Fachgebiets (hier: vom Anästhesisten zum Allgemeinarzt) während eines Fünfjahreszeitraums ist unerheblich. Denn das Gesetz knüpft in § 95d Abs. 3 Satz 1 SGB V die Voraussetzungen der Honorarkürzung wegen Verletzung der Fortbildungspflicht nicht an ein bestimmtes Zulassungsgebiet, sondern lediglich an den Status als Vertragsarzt („Ein Vertragsarzt“). Auch § 1 Abs. 6 FortbRL-A stellt auf die Zulassung als solche und damit den Status als Vertragsarzt und nicht auf ein bestimmtes Zulassungsgebiet ab.

www.dg-kassenarztrecht.de
Der Kl. ist seit 01.02.2002 zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassen, bis zum 30.06.2014 als Facharzt für Anästhesiologie, ab dem 01.07.2014 als Facharzt für Allgemeinmedizin. Mit Honorarbescheid vom Mai 2015 kündigte die Bekl. sein Honorar für das Quartal IV/14 um 10 % (7.753,09 €) mit der Begründung, dass er seine Pflicht zur fachlichen Fortbildung nach § 95d SGB V verletzt habe. Die Frist von fünf Jahren, innerhalb derer der Kläger die Fortbildungsbelege einzureichen habe, sei am 30.06.2014 abgelaufen, der Kl. habe die Fortbildungsbelege jedoch erst am 15.06.2015 vorgelegt. Im Vorfeld der Honorarkürzung hatte die Beklagte den Kläger wiederholt an die sozialrechtliche Fortbildungsverpflichtung nach § 95d SGB V erinnert (Schreiben vom 31.07.2013, 05.02.2014, 11.04.2014 und 05.06.2014). SG München, Urt. v. 28.02.2018 - S 20 KA 266/16 - gab der Klage statt, das LSG wies die Klage ab.

Für den Fall des Verzichts auf eine Zulassung und eine später Neuzulassung hat die KBV in § 1 Abs. 6 der Regelung (i.d.F.v. 16.09.2004, geändert durch Beschl. v. 31.03.2009; unverändert in der jetzt geltenden Fassung vom 16.09.2016) den Verzicht des Vertragsarztes auf die Zulassung und die gegebenenfalls daraus resultierende Fortbildungsverpflichtung nach § 95d SGB V erinnern (vgl. BSG, Beschl. v. 25.06.2020 - S 02 KA 301/16 - RSG München, Urteil v. 21.02.2018 - S 16 KA 29/16 - wies die Klage ab, das BSG, Beschl. v. 25.06.2020 - B 6 KA 1/20 B - wies die Nichtzulassungsbeschwerde zurück.

b) Nachweis durch Vorlage des Fortbildungszeitsertifikats der Ärztekammer

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 10.01.2020 - L 11 KA 25/18


Die Frist nach § 95d III 3 SGB V ist eine gesetzliche Ausschlussfrist. Eine Wiedereinsetzung in den vorigen Stand ist ausgeschlossen (LSG Bayern, Urt. v. 11.03.2015 - L 12 KA 56/14 - RID 16-01-59).

Die Kl. ist seit 1993 als Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Wegen des § 106a Abs. 5 und 6 SGB V hat die KBV nach § 106a Abs. 5 und 6 SGB V nach § 106a Abs. 5 und 6 SGB V der Vertrag von der Vertragsarztverpflichtung. Der Kl. ist seit 01.02.2002 zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassen, bis zum 30.06.2014 als Facharzt für Anästhesiologie, ab dem 01.07.2014 als Facharzt für Allgemeinmedizin. Mit Honorarbescheid vom Mai 2015 kündigte die Bekl. sein Honorar für das Quartal IV/14 um 10 % (7.753,09 €) mit der Begründung, dass er seine Pflicht zur fachlichen Fortbildung nach § 95d SGB V verletzt habe. Die Frist von fünf Jahren, innerhalb derer der Kläger die Fortbildungsbelege einzureichen habe, sei am 30.06.2014 abgelaufen, der Kl. habe die Fortbildungsbelege jedoch erst am 15.06.2015 vorgelegt. Im Vorfeld der Honorarkürzung hatte die Beklagte den Kläger wiederholt an die sozialrechtliche Fortbildungsverpflichtung nach § 95d SGB V erinnert (Schreiben vom 31.07.2013, 05.02.2014, 11.04.2014 und 05.06.2014). SG München, Urt. v. 28.02.2018 - S 20 KA 266/16 - gab der Klage statt, das LSG wies die Klage ab.

Für den Fall des Verzichts auf eine Zulassung und eine später Neuzulassung hat die KBV in § 1 Abs. 6 der Regelung (i.d.F.v. 16.09.2004, geändert durch Beschl. v. 31.03.2009; unverändert in der jetzt geltenden Fassung vom 16.09.2016) den Verzicht des Vertragsarztes auf die Zulassung und die gegebenenfalls daraus resultierende Fortbildungsverpflichtung nach § 95d SGB V erinnern (vgl. BSG, Beschl. v. 25.06.2020 - S 02 KA 301/16 - RSG München, Urteil v. 21.02.2018 - S 16 KA 29/16 - wies die Klage ab, das BSG, Beschl. v. 25.06.2020 - B 6 KA 1/20 B - wies die Nichtzulassungsbeschwerde zurück.

3. Antrag einer Krankenkasse: Vorverfahren/Fristen/Bagatellgrenze

LSG Bayern, Urteil v. 12.02.2020 - L 12 KA 1/19

Leitsatz: 1. Die spezialgesetzliche Regelungskompetenz des § 106a Abs. 5 und 6 SGB V hat zur Folge, dass die auf der bisherigen Generallizenz erforderlichen Regelungen in die spezialgesetzlich vorgesehenen Normwerke zu transformieren sind (vgl. BSG, Urteil v. 23.03.2016, - B 6 KA 8/15 R - SozR 4-2500 § 106a Nr. 15). 2. Sowohl bei der Antragsfrist nach § 13 Abs. 1 GesamtV-Ärzte/EK als auch nach der des § 18 Abs. 4 Nr. 8 der zum 11.05.2019 in Kraft getretenen Abrechnungsprüfungsschutzverordnung gem. § 106d Abs. 6 SGB V handelt es sich um eine Ordnungs- und nicht um eine Ausschlussfrist. 3. Die Bagatellgrenze des § 13 Abs. 2 GesamtV-Ärzte/EK findet in den streitigen Quartalen mangels Transformation in das spezialgesetzliche Normengefüge keine Anwendung. SG München, Urt. v. 02.10.2018 - S 38 KA 301/16 - RID 19-01-18 - Gab der Kl. geringfügig reduzierten Honorarbescheid vom Mai 2015 kürzte die Bekl. sein Honorar für das Quartal IV/14 um 10 % (7.753,09 €), die sie später geringfügig reduzierte. SG Dortmund, Urt. v. 21.02.2018 - S 16 KA 29/16 - wies die Klage ab, das LSG die Berufung zurück. BSG, Beschl. v. 25.06.2020 - B 6 KA 1/20 B - wies die Nichtzulassungsbeschwerde zurück.

www.dg-kassenarztrecht.de
III. Notdienst/Telematikinfrastruktur/Hochschulambulanzen


1. Notdienst

a) Befreiung vom Notdienst wegen schwerwiegender Erkrankung

SG München, Beschluss v. 22.05.2020 - S 38 KA 114/20 ER


b) Verpflichtung zum Notdienst in Räumlichkeiten der Bereitschaftsdienstzentrale

SG Marburg, Beschluss v. 20.07.2020 - S 11 KA 279/20 ER

2. Die Kassenärztliche Vereinigung hat im Rahmen ihrer Satzungsaufmahnung Gestaltungsfreiheit hinsichtlich der Festlegung der gebietsärztlichen Bezirke für den ärztlichen Bereitschaftsdienst.
3. Die Kassenärztliche Vereinigung kann sich auf ein öffentliches Interesse an der sofortigen Vollziehung einer angefochtenen Dienstplaneinteilung berufen, wenn andernfalls eine Sicherstellung des Bereitschaftsdienstes aufgrund von zahlreichen Widersprüchen nicht gewährleistet ist.

Das SG lehnte den Antrag auf die Gewährung von einstweiligem Rechtsschutz ab.

c) Beteiligung der Privatärzte an Kosten für Ärztlichen Bereitschaftsdienst

SG Marburg, Gerichtsbescheid v. 08.06.2020 - S 12 KA 304/19

Leitsatz: Ein niedergelassener Arzt, der ausschließlich privatärztlich tätig ist, kann zur Kostenbeteiligung am Ärztlichen Bereitschaftsdienst der KV Hessen herangezogen werden.

Die Beteiligten streiten um die grundsätzliche Kostenbeteiligung am Ärztlichen Bereitschaftsdienst aufgrund ausschließlich privatärztlicher Tätigkeit. Das SG wies die Klage ab.

d) Rechtsweg: Heranziehung von Privatärzten

aa) Heranziehung einer Privatärztin zum KV-Notdienst: Sozialgerichtsbarkeit

SG Marburg, Beschluss v. 05.06.2020 - S 12 KA 137/20


Das SG erklärte den Rechtsweg zu den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit für unzulässig und verwies den Rechtsstreit an das Verwaltungsgericht.
cc) Kostenbeteiligung eines Privatarztes am KV-Notdienst: Sozialgerichtsbarkeit

SG Marburg, Beschluss v. 03.06.2020 - S 12 KA 305/19
Beschwerde anhängig: LSG Hessen
GVG § 17a III; SGG § 51 I Nr. 2

Der Rechtsweg zur Sozialgerichtsbarkeit ist für eine Klage wegen der grundsätzlichen Kostenbeteiligung am Ärztlichen Bereitschaftsdienst der KV Hessen aufgrund ausschließlich privatärztlicher Tätigkeit eröffnet.

Die Beteiligten streiten um die grundsätzliche Kostenbeteiligung am Ärztlichen Bereitschaftsdienst der KV Hessen aufgrund ausschließlich privatärztlicher Tätigkeit. Das SG sah den Rechtsweg zur Sozialgerichtsbarkeit als eröffnet an.

dd) Kostenbeteiligung eines Privatarztes am KV-Notdienst: Verwaltungsrechtsweg

SG Marburg, Beschluss v. 15.05.2020 - S 11 KA 300/19
Beschwerde anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 15/20 B -
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
GVG § 17a III; SGG § 51 I Nr. 2

2. Der Streit über berufsrechtliche Pflichten eines sog. Privatarztes stellt keine Angelegenheit der gesetzlichen Krankenversicherung dar.
3. Der Sozialrechtsweg wird auch nicht durch eine landesrechtliche Regelung eröffnet, die niedergelassene Ärzte verpflichtet, an dem von der Kassenärztlichen Vereinigung organisierten Ärztlichen Bereitschaftsdienst teilzunehmen.

Das SG erklärte den Rechtsweg zu den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit für unzulässig und verwies den Rechtsstreit an das Verwaltungsgericht.

2. Umfang der Kostenerstattung für Ersteinrichtung der Telematikinfrastruktur

SG Marburg, Gerichtsbescheid v. 05.06.2020 - S 12 KA 317/19
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 291a


Die Beteiligten streiten um einen um 2.067,37 € höheren Förderbeitrag für die notwendigen Kosten einer Ersteinrichtung der Telematikinfrastruktur sowie die Pauschalen ab dem Quartal I/18. Das SG wies die Klage ab.

3. Keine Betriebsstättennummer als Hochschulambulanz für kooperierendes Institut

SG Marburg, Urteil v. 17.06.2020 - S 11 KA 555/17
Berufung anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 23/20 -
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 95 I 1, 117 I 1

Leitsatz: Zu den Ambulanzen, Instituten und Abteilungen der Hochschulkliniken zählt nicht eine selbständige, ärztlich geleitete Einrichtung in freier Trägerschaft, wenn sie zwar aufgrund eines Kooperationsvertrags Aufgaben des Universitätsklinikums übernimmt, aber letzteres keinen Einfluss auf die Tätigkeit nehmen kann.

Die Kl. begehrt die Vergabe einer Betriebsstättennummer als Hochschulambulanz für das Institut für Transfusionsmedizin. Das SG wies die Klage ab.
IV. Wirtschaftlichkeitsprüfung/Arzneikostenregress/Schadensersatz


1. Arzneikostenregress

a) Zielfeldregress: Festsetzung der Zielfelder


Zielfelder sind rechtmäßig, wenn sie so festgesetzt werden, dass aus deren Überschreitung für den Regelfall auf eine unwirtschaftliche Verordnungsweise geschlossen werden kann. Dies ist der Fall, wenn bei der Festlegung der Absenkungssätze die am Markt vorhandenen Arzneimittel bezogen auf den Wirkstoff je DDD (defined daily dose) betrachtet und die Spreizung zwischen den günstigsten (Generika) und den teuersten (Originalpräparate) DDD analysiert, die Leitsubstanzen stärker gewichtet werden und auf eine vergleichbare Wirksamkeit beachtet wird.

Die Gemeinsame Prüfungsstelle teilte dem kl. hausärztlichen Internisten im Februar 2009 mit, er habe bei der Verordnung inhalativer Glucocorticoid im zweiten Verordnungshalbjahr 2005 den vertraglich vereinbarten Zielwert von 0,7020 € pro definierter Tagesdosis überschritten. Der Ist-Wert seiner Praxis habe bei 1,0599 € pro DDD und damit um 51 % über dem Zielwert gelegen. Der Kl. hielt dem entgegen, er sei vom Nutzen inhalativer Glucocorticoid bei der Behandlung obstruktiver Lungenkrankungen überzeugt. Weiterhin betreue er ein großes Kontingent von Patienten in zwei Heimen, die in besonderem Maße an pulmonologischen Erkrankungen litten. Schließlich bitte er zu berücksichtigen, dass er die Gesamtrichtgrößen während der letzten Jahre regelmäßig unterschritten habe. Im Oktober 2009 setzte die Prüfungsstelle einen Regress in Höhe von 475,84 €

b) Vergleich anhand von Tagesdosen

*LSG Hamburg*, Urteil v. 21.11.2019 - L 5 KA 4/17 ZVW

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 106

Die Methodik des *Vergleichs anhand von DDD* (pro definiert Tagesdosis - defines daily dose) ist nicht zu beanstanden (*BSG*, Urt. v. 28.09.2016 - B 6 KA 44/15 R - SozR 4-2500 § 106 Nr. 55), insb. wenn bei der Festlegung der Absenkungssätze die am Markt vorhandenen Arzneimittel bezogen auf den Wirkstoff je DDD betrachtet und die Spreizung zwischen den günstigsten und den teuersten DDD analysiert worden ist.


c) Ausschluss der Verordnungsfähigkeit von Kombinationspräparat (Aggrenox®)

*LSG Nordrhein-Westfalen*, Teilurteil v. 27.05.2020 - L 11 KA 35/17

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 31 I 4, 106

Der *Ausschluss der Verordnungsfähigkeit* von Dipyridamol in Kombination mit ASS durch die AM-RL ist nicht zu beanstanden.


Die *Dokumentationsanforderungen* können sich allerdings verdichten, wenn das von einem Verordnungsausschuss erfasste Arzneimittel als *Dauermedikation* verordnet wird und die betroffene Versicherte zudem erhebliche *Vorerkrankungen* aufweist. Dieses gilt insb. in Fällen, in denen die für die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung zuständigen Stellen zuvor ausdrücklich darauf hingewiesen hatten, dass die verfügbare Studienlage unter einer Kombinationsbehandlung einen Beleg für einen größeren Schaden erkennen lässt.
Der knappe Hinweis „ASS abgesetzt neu Aggrenox“ ist zur Dokumentation nicht ausreichend. Der Umstand, dass die Versicherte nach dem Inhalt eines Krankenhaussendungsberichts im Zuge der stationären Behandlung als „letzte Medikation“ Aggrenox erhielt, reicht zur Dokumentation eines medizinisch begründeten Einzelfalles nicht aus.


d) Gerinnungsfaktoren: Kostengünstigerer Bezugsweg

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 10.06.2020 - L 3 KA 27/18


2. Sprechstundenbedarf: Durchschnitts- und Einzelfallprüfung

SG Dortmund, Urteil v. 04.03.2020 - S 52 KA 97/15

Rechtskräftig
SGB V § 106 a.F.

Gehen die Prüfgremien davon aus, eine Delegationsvereinbarung zwischen einer Arztpraxis und einem Hilfsmittellieferanten, wonach der Hilfsmittellieferant den Katheterwechsel durchführt und die Arztpraxis die Katheter als Sprechstundenbedarf verordnet, sei unzulässig, so kann eine statistische Vergleichsprüfung wegen unzutreffender Datenbasis nicht durchgeführt werden (vgl. LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 28.01.2009 - L 11 KA 24/08 - RID 09-02-53), wenn die Prüfvereinbarung für die Beanstandung der Unzulässigkeit einer Sprechstundenbedarfsverordnung die Prüfmethoden der Prüfung im Einzelfall vorsieht.


Parallelverfahren:
SG Dortmund, Urteil v. 04.03.2020 - S 52 KA 98/15

Rechtskräftig

www.dg-kassenarztrecht.de
3. Statistische Prüfung der Heilmittelverordnungen anhand der elektronischen Daten

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 09.10.2019 - L 11 KA 41/16

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 106

Aus den gesetzlichen Regelungen ergibt sich, dass Durchschnittswert- und Richtgrößenprüfungen der Wirtschaftlichkeit von Heilmittelverordnungen auf der Grundlage der von den Krankenkassen ohne Versichertenbezug übermittelten elektronischen Daten und nicht auf der Grundlage der vollständigen Originalbelege durchzuführen sind (BSG, Urt. v. 16.07.2008 - B 6 KA 57/07 R - BSGE 101, 130 = SozR 4-2500 § 106 Nr. 19; BSG, Urt. v. 02.11.2005 - B 6 KA 63/04 R - BSGE 95, 199 = SozR 4-2500 § 106 Nr. 11).

Originalverordnungen sind nicht heranzuziehen, wenn nicht anhand eigener aussagekräftiger Unterlagen aufgezeigt wird, dass nachvollziehbar Bedenken gegen die Vermutung der Richtigkeit der dem Arzt zugeordneten Verwaltungsgrundlagen bestehen.

Die Beachtung der Heilmittel-Richtlinien steht nicht im Zusammenhang mit der Frage, ob der Arzt wirtschaftlich gehandelt hat. Der Schluss, weil die Behandlungen/Verschreibungen sich im Rahmen der Richtlinien bewegt hätten, seien sie auch wirtschaftlich, ist unzutreffend.

Der kl. Facharzt für Orthopädie wandte sich gegen einen Regress wegen unwirtschaftlicher Verordnung von Heilmitteln in den Quartalen I bis III/07 in Höhe von 10.207,99 €. SG Dortmund, Urt. v. 06.04.2016 - S 52 KA 139/11 - wies die Klage ab, das LSG die Berufung zurück.

V. Zulassungsrecht

Nach BSG, Urt. v. 13.05.2020 - B 6 KA 11/19 R - SozR 4-2500 § 103 Nr. 30 liegt das erforderliche Feststellungsinteresse vor, da die Kl. geklärt wissen will, ob im Rahmen einer künftigen Auswahlentscheidung auf ihre Qualifikation, also die Qualifikation der anstehenden BAG, oder auf diejenige des anzustellenden Arztes abzustellen ist. Der Bekl. hat zutreffend bei der Auswahlentscheidung auf die Person der anzustellenden Ärztin abgestellt. Sinnvollerweise können nur die Profile der Personen hinsichtlich der Auswahlkriterien des § 26 BedarfsPlRl zu miteinander verglichen werden, die an der vertragsärztlichen Versorgung mitwirken sollen. Eine andere Sichtweise würde zu kaum lösbaren praktischen Schwierigkeiten führen. BAG und MVZ sind beispielsweise nicht in die Tarifliste und das Arztregister mit aufgenommen, so dass schon Werte für eine Vergleichbarkeit mit den übrigen Bewerbern fehlen. Damit ist auch die Berechtigung der Unabhängigkeit der Bewertung des Zulassungsausschusses nicht in zwei weitgehend eigenständige Verwaltungsverfahren aufgespalten, mit der Folge, dass der abgabewillige Arzt an seiner Entscheidung für die Praxis aufgrund dessen trotz der Praxisaufgabe festzuhalten werde, sowie die Praxis an den Abläufen gegenüber dem früheren Rechtszustand nichts geändert, wenn der Zulassungsausschuss die abgabewillige Arzt an seiner Entscheidung für die Praxisaufgabe festzuhalten will. Vorliegend ist der Kläger schon gar nicht berechtigt, sich mit einem Freispruch, der nicht nachvollziehbar war, zu ernsthaften Rechtsbehelfen zu befassen.


www.dg-kassenarztrecht.de

1. Bedarfsplanung für Pathologen

SG Magdeburg, Urteil v. 18.12.2019 - S 1 KA 10/15

Die grundsätzliche Entscheidung, die Pathologen durch Änderung der Bedarfsplanungsrichtlinie ab 2013 der vertragsärztlichen Bedarfsplanung zu unterwerfen, ist nicht zu beanstanden. Die Bedarfsplanung ist eine geeignete Maßnahme, die ungebremste Ausweitung der Arztzulassungen zu verhindern (vgl. BSG, Urt. v. 04.05.2016 - B 6 KA 24/15 R - BSGE 121, 54 = SozR 4-2500 § 103 Nr. 19, juris Rn. 30).


2. Nachbesetzungsverfahren

a) Durchführung des Nachbesetzungsverfahrens wegen besonderer Praxisstruktur

SG München, Urteil v. 17.06.2020 - S 38 KA 301/17


II. Die zum Zulassungsentzug (Annahme der Nichtausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit) führenden Fallzahlen sind grundsätzlich auch auf die Durchführung des Nachbesetzungsverfahrens anzuwenden. Bei Würdigung der geringeren Eingriffsintensität und Beachtung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit können sogar höhere Fallzahlen (über 10 % der Fallzahlen der Vergleichsgruppe) die Versagung der Durchführung des Nachbesetzungsverfahrens rechtfertigen.

III. Ein Fallzahlvergleich zur Beurteilung der Fortführungsfähigkeit einer Praxis ist nur möglich, wenn keine besondere Praxisstruktur vorliegt.

IV. Für die Frage, ob eine für die Nachbesetzung eines Vertragsarztsitzes in einer Berufsausübungsgemeinschaft fürführungsfähige Praxis besteht, ist auf die Berufsausübungsgemeinschaft als Ganzes und nicht auf den einzelnen Arzt abzustellen (vgl. BSG, Urt. v. 27.06.2018 - B 6 KA 46/17 R - BSGE 126, 96 = SozR 4-2500 § 103 Nr. 25).
Das SG wies die Fortsetzungsfeststellungsklage der Krankenkassen als unbegründet ab.

b) Keine Fortführung der Praxis bei Verlegung des Praxissitzes um 36 km (Gynäkologie)
SG Marburg, Gerichtsbescheid v. 15.06.2020 - S 12 KA 395/19
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 103; GG Art. 14 I

Leitsatz:
1. Ein besonderes Versorgungskonzept ist kein Grund für die Verlegung eines gynäkologischen Vertragsarztstiztes um 36 km im Rahmen einer Praxisnachfolge.
2. Eigentumsrechtlich geschützt ist nur die Verwertung der Praxis als solche, nicht die damit verbundene öffentlich-rechtliche Zulassung. Soweit die Praxis mangels Fortführungsabsicht nicht übernommen wird, kann auch kein eigentumsrechtlicher Schutz zum Tragen kommen. Findet sich kein Bewerber zur Fortführung der Praxis, kann die Vertragsarztpraxis nicht verkauft werden bzw besteht für den potentiellen Käufer kein Anspruch auf Zulassung.

Das SG wies die Klage ab.

3. Kein Austausch der anzustellenden Ärzte im Widerspruchsverfahren
SG Magdeburg, Urteil v. 18.12.2019 - S 1 KA 33/17
Berufung anhängig: LSG Sachsen-Anhalt - L 9 KA 2/20 -
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 95; BedarfsplRL § 26

Wird nach der Auswahlentscheidung die Bewerbung für einen zur Anstellung benannten Arzt zurückgezogen, erledigt sich für den anstehenden Vertragsarzt bzw. MVZ eine ablehnende Entscheidung. Ein Austausch der zur Anstellung vorgesehenen Ärzte ist unzulässig.
Die Einbeziehung einer Bewerbung zur Anstellung in das Auswahlverfahren setzt voraus, dass der Antrag zur Anstellung zum Zeitpunkt der Entscheidung vollständig eingereicht wird und die notwendigen Belege und Erklärungen beigefügt werden. Dies ergibt sich entsprechend aus § 26 Abs. 4 Nr. 2 Satz 2 BedarfsplRL. Dies gilt auch dann, wenn der benannte Arzt bereits in der vertragsärztlichen Versorgung der zuständigen KV tätig ist.


4. Widerruf einer Genehmigung zur Anstellung einer Ärztin ohne Gebietsbezeichnung
LSG Bayern, Urteil v. 22.01.2020 - L. 12 KA 8/19
Revision zugelassen
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris = Breith 2020, 537
SGB V §§ 95 VI, IX, 95d V; Ärzte-ZV §§ 21, 27

Leitsatz:
1. Rechtsgrundlage der Aufhebung einer Anstellungsgenehmigung aus Gründen, die beim Vertragsarzt zur Entziehung der Zulassung nach § 95 Abs. 6 Satz 1 SGB V führen, ist § 48 Abs. 1 Satz 1 SGB X.
2. Ist der angestellte Arzt mangels abgeschlossener Weiterbildung nicht berechtigt, fachärztliche Leistungen zu Lasten der GKV zu erbringen, wird der mit der Anstellungsgenehmigung verbundene Versorgungsauftrag nicht erfüllt. Dies berechtigt die Zulassungsgremien zur Aufhebung der Anstellungsgenehmigung nach § 48 Abs. 1 Satz 1 SGB X mit Wirkung für die Zukunft.

Streitig ist der Widerruf der dem kl. Facharzt für Nervenheilkunde und Psychiatrie 1993 erteilten Genehmigung zur Anstellung von Frau A als ganztags beschäftigte Ärztin mit dem Anrechnungsfaktor 1,0. A verfügt mangels Weiterbildung über keine Facharztanerkennung. Der Kl. wurde 2009 darauf hingewiesen, dass er als Facharzt nur noch Leistungen aus seinem fachärztlichen Arztgruppenkapitel des EBM abrechnen könne. A

5. **Ermächtigungen**

a) **Ermächtigung eines psychiatrischen Krankenhauses: Kein gesonderter ärztlicher Leiter**

**SG München, Gerichtsbescheid v. 16.06.2020 - S 49 KA 287/18**

Die **Ermächtigung eines psychiatrischen Krankenhauses** nach § 118 I SGB V erfordert nicht die Ernennung eines **gesonderten ärztlichen Leiters** für die psychiatrische Institutsambulanz. Für das Erfordernis einer „gesonderten, effektiv verfügbaren ärztlichen Leitung vor Ort“ ist eine **Rechtsgrundlage** auch bei einem Krankenhaus mit mehreren Standorten nicht ersichtlich. Die Zulassungsgremien haben bei Aufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan kein eigenes Prüfungsrecht, ob die Vorgabe der ständigen ärztlichen Leitung tatsächlich erfüllt ist.

Die Beteiligten streiten über die Frage, ob die Ermächtigung eines psychiatrischen Krankenhauses mit mehreren Standorten nach §118 I SGB V eine gesonderte ärztliche Leitung des einzelnen Standorts bzw. der Psychiatrischen Institutsambulanz voraussetzt. Das **SG** stellte fest, dass A., Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, ärztlicher Leiter des für die Erbringung der ambulanten Leistungen gem. § 118 I SGB V ermächtigten Klinikums Tagesklinik am Kinderzentrum ist.

b) **Ermächtigungsantrag: Darlegungslast des Arztes/Zumutbare Wegstrecke (Endokrinologie)**

**SG München, Urteil v. 17.06.2020 - S 38 KA 5/18**

**Leitsatz:** 1. Im Zusammenhang mit der Vorfrage, von welchem **räumlichen Versorgungsgebiet** bei einer **Ermächtigung** nach § 116 SGB V i.V.m. § 31a Abs. 1 Satz 2 Ärzte-ZV auszugehen ist, kommen nur Versorgungsangebote in Betracht, die sich als für die Patienten zumutbare Versorgungsangebote erweisen. Versorgungsangebote sind nur dann zumutbar, wenn sie sich in **zumutbarer Entfernung** befinden und auch in zumutbarer **Zeit** erreichbar sind, ohne dass es auf die **Wahl des Verkehrsmittels** (ÖPNV oder PKW) ankommt.


4. Endokrinologische Leistungen stellen ein sehr spezielles Versorgungsangebot dar.

5. Die besondere **Mitwirkungslast** zu den besonderen Untersuchungs-und Behandlungsmethoden oder besonderen Kenntnisse obliegt dem Ermächtigungsbewerber im Sinne von § 116 SGB V i.V.m. § 31a Ärzte-ZV. Pauschale und allgemeine Ausführungen genügen den Anforderungen nicht.

6. Eine **Hinweispflicht** der Zulassungsgremien/Kassenärztlichen Vereinigung besteht nicht.

Das **SG** wies die Klage ab.
VI. Angelegenheiten der KVen


1. Schiedsspruch zur Festsetzung der Gesamtvergütung

LSG Baden-Württemberg, Beschluss v. 25.05.2020 - L 5 KA 1421/20 KL-ER

2. Aufsichtsmaßnahmen sind rechtswidrig, wenn sich das Handeln oder Unterlassen des Versicherungssträgers im Bereich des rechtlich noch Vertretbaren bewegt.
3. Ist Gegenstand der aufsichtsrechtlichen Maßnahme ein Vertrag zwischen Selbstverwaltungsträgern, hat die Aufsichtsbehörde zu berücksichtigen, dass vertragliche Vereinbarungen auf einen Interessenausgleich angelegt sind und Kompromisscharakter haben.
5. Leistungen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung sind nicht von der Förderung durch einen Zuschlag auf den Punktwerk ausgeschlossen.
6. Die Vereinbarung von Zuschlägen nach § 87a Abs. 2 S. 3 SGB V ist nicht beschränkt auf Planungsbezirke, bei denen ein lokaler Versorgungsbedarf besteht, die unterversorgt sind oder denen eine Unterversorgung droht.
7. Für die Entscheidung, ob und für welche Planungsbeziehende Förderungen vereinbart werden, ist den Vertragspartnern ein weiter Beurteilungsspielraum einzuräumen.
8. Ordnet der Gesetzgeber das Entfallen der aufschiebenden Wirkung der Klage an, rechtfertigen allein die regelmäßigen Folgen des Sofortvollzugs (hier die Nichtumsetzung einer Vergütungsvereinbarung) bei einer Abwägung der Interessen nicht die Anordnung der aufschiebenden Wirkung.

2. Qualifizierung einer Maßnahme der Aufsichtsbehörde (Rundschreiben)

LSG Thüringen, Urteil v. 29.01.2020 - L 11 KA 1431/18 KL

§ 54 III 3 SGG ist entsprechend auf den Fall anzuwenden, dass sich eine Körperschaft gegen die Verfügungen einer staatlichen Behörde wendet, die zwar nicht ihre Aufsichtsbehörde ist, aber im konkreten Fall eine Maßnahme getroffen hat, die ihr gegenüber wie eine Aufsichtsmaßnahme wirkt. Zwingende Voraussetzung für eine rechtliche Qualifizierung einer Maßnahme der Aufsichtsbehörde als „Anordnung“ im Sinne des § 54 III SGG ist aber ein Eingriff in die Rechtssphäre eines Selbstverwaltungsträgers. Daran fehlt es, wenn - wie vorliegend - sich die Maßnahme in bloßen Hinweisen, Anregungen oder Empfehlungen für ein bestimmtes Verhalten des Sozialversicherungsträgers erschöpft, ohne ein solches selbst schon zwingend vorzuschreiben.

Das Bundesversicherungsamt ist nicht daran gehindert, seine Rechtsauffassung in einem Rundschreiben darzulegen. Es ist auch nicht daran gehindert, die ihrer Aufsicht unterliegenden Versicherungsträger auf mögliche Rechtsverstöße hinzuweisen und darauf, dass sie zukünftig diese nicht mehr toleriert, d.h. dann die ihr rechtlich eingeräumten Möglichkeiten nutzt.

Das LSG wies die Klage gegen das Rundschreiben des Bundesversicherungsamtes vom 13.09.2018 ab.

VII. Streitwert/EHV der KV Hessen


1. Streitwert: Höheres Honorar für zwei Quartale

LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 08.06.2020 - L 7 KA 14/20 B


SG Berlin, Beschl. v. 17.02.2020 - S 22 KA 601/19 WA - setzte den Streitwert auf 5.000 €, das LSG auf 10.000 € fest.
2. EHV der KV Hessen

a) Vorzeitiger Verzicht: 0,5 %-Kürzung

LSG Hessen, Urteil v. 10.06.2020 - L 4 KA 45/17


Die **Kürzung wegen vorzeitigen Verzichts** nach § 4 II GEHV, eingeführt durch die EHV-Reform 2006, verstößt weder gegen Art. 14 I GG noch gegen Art. 3 I GG.

SG Marburg, Gerichtsb. v. 18.08.2017 - S 12 KA 443/16 - RID 17-04-54 wies die Klage ab, das LSG die Berufung zurück.

b) Schätzung der Umsätze aus Selektivverträgen

LSG Hessen, Urteil v. 11.12.2019 - L 4 KA 39/18

§ 11 Abs. 7 GEHV und § 8 Abs. 3 Satz 3 KVHG, wonach ein **Widerspruch** nur unter Vorlage der vollständigen Unterlagen zulässig ist, sind als bloße **Ordnungsvorschriften** zu verstehen. Der Landesgesetzgeber war befugt, die **Umsätze aus Direktverträgen** zwischen den Vertragsärzten und den gesetzlichen Krankenkassen oder aus Verträgen zur Integrierten Versorgung zur Bemessung der **Beiträge zur EHV** heranzuziehen.

Die Regelungskonzeption zur **Schätzung der Umsätze aus Selektivverträgen** nach § 11 GEHV hält einer Überprüfung auch am Maßstab von Art. 12 I i.V.m. Art. 3 I GG stand, auch wenn der Satzungsgeber selbst nicht normiert hat, welche Anknüpfungstatsachen und -kriterien der durchzuführenden Schätzung zugrunde zu legen sind, sondern er der KV insoweit Schätzungen ermessens eingeräumt hat, ohne insb. ausdrücklich die Berücksichtigung von Praxiskostenanteilen in den Vergütungen aus Sonderverträgen zu verlangen.


VIII. Bundessozialgericht (BSG)

1. Übergangsrecht bei Wechsel des Vergütungssystems

BSG, Beschluss v. 13.05.2020 - B 6 KA 43/18 B

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 29.05.2018 - L 4 KA 12/16 - wird zurückgewiesen.


Die Bildung arztgruppenbezogener Honorarkontingente hat generell zur Folge, dass sich Steigerungen der Leistungsmenge im Bereich einer Arztgruppe nicht zu Lasten anderer Arztgruppen aber umso deutlicher innerhalb derselben Arztgruppe auswirken. Dass derartige „Töpfe“ gleichwohl zur Umsetzung einer gesetzlich vorgegebenen Budgetierung gebildet werden können, ist in der Rechtsprechung seit langem geklärt.

In der Rechtsprechung des Senats ist geklärt, dass Ärzte im Falle einer Umstellung des Vergütungssystems für den Zeitraum eines Jahres an dem bisher erzielten Vergütungsniveau festgehalten werden dürfen. Selbst unterdurchschnittlich abrechnenden Praxen muss nicht zu jeder Zeit eine Wachstumsmöglichkeit eingeräumt werden, solange gewährleistet ist, dass eine Steigerung des Honorars bis zum Durchschnittsumsatz der Fachgruppe binnen fünf Jahren möglich ist.


BSG, Urteil v. 03.04.2019 - B 6 KA 67/17 R

Leitsatz: Ein gleichheitwidriger Begünstigungsausschluss kann für den Zeitraum bis zum Erlass einer Neuregelung nicht nur dadurch behoben werden, dass die Begünstigung im bisherigen Umfang der bislang ausgeschlossenen Gruppe gewährt wird, sondern auch dadurch, dass rückwirkend eine geringere, aber allen Gruppen gleichmäßig zugutekommende Begünstigung geschaffen wird.

3. Aufrechnung einer KV mit abgetretener Honorarforderung

BSG, Urteil v. 11.12.2019 - B 6 KA 10/18 R

Leitsatz: 1. Eine Kassen(zahn)ärztliche Vereinigung kann gegenüber einer vom Vertrags(zahn)arzt an einen Dritten abgetretenen Honorarforderung mit eigenen Ansprüchen gegen den Vertrags(zahn)arzt trotz Kenntnis von der Abtretung aufrechnen, soweit die Gegenforderungen ihre Grundlage in der vertrags(zahn)ärztlichen Tätigkeit haben.

2. Das Rechtsmittel eines Beigeladenen erledigt sich durch dessen Tod während des Rechtsmittelverfahrens.

www.dg-kassenarztrecht.de
4. Höchstzahl der Vorbereitungsassistenten in MVZ

BSG, Urteil v. 12.02.2020 - B 6 KA 1/19 R

Leitsatz: Die Höchstzahl der Vorbereitungsassistenten, die ein zahnärztliches Medizinisches Versorgungszentrum zeitgleich in Vollzeit beschäftigen darf, richtet sich nach der Zahl der Versorgungsaufträge, die es zu erfüllen hat.

5. Zeitbezogene Plausibilitätsprüfung: Quartalsarbeitszeitprofil bei Teilzeitanstellung im MVZ

BSG, Urteil v. 30.10.2019 - B 6 KA 9/18 R


2. Gesetzliche Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen können sich nicht auf das Rückwirkungsverbot berufen, soweit es um die Ausgestaltung der ihnen gesetzlich zugewiesenen und geregelten Aufgaben im Bereich der Gewährung von Krankenversicherungsleistungen einschließlich der Leistungserbringung geht.

6. Nachbesetzung: Anfechtung der Genehmigung einer überörtlichen BAG/Sitzverlegung

BSG, Urteil v. 12.02.2020 - B 6 KA 20/18 R


Dritte sind nicht zur Anfechtung einer Sitzverlegung (hier: mit der Bildung einer überörtlichen BAG verbunden) berechtigt. Zwar sind bei der Entscheidung über Sitzverlegungen nach § 24 VII Ärzte-ZV - anders als bei der Genehmigung einer BAG nach § 33 II Ärzte-ZV - auch Versorgungsgesichtspunkte zu berücksichtigen, doch hat die Norm jedenfalls keinen drittschützenden Charakter zu Gunsten solcher Ärzte, die nicht im Einzugsbereich des neuen Standortes praktizieren, sondern die Sitzverlegung allein deshalb angreifen, um ihre Chancen im Rahmen eines Nachbesetzungsverfahrens zu erhalten oder zu verbessern.

7. Integrierte Versorgung und Zuordnung zum Vertragsarztrecht

BSG, Beschluss v. 13.05.2020 - B 6 KA 35/19 B


Ausschlaggebend für die Zuordnung zum Vertragsarztrecht kann nicht die von den Vertragspartnern gewählte Bezeichnung des Vertrages, sondern nur dessen tatsächlicher Inhalt sein.
Maßgebend ist, ob Gegenstand des Verfahrens die vertragsärztliche Regelversorgung oder aber eine durch den Vertrag nach § 140a SGB V a.F. eigenständig geregelte integrierte Versorgung ist.

8. **Wahlanfechtungsklage: Passives Wahlrecht n. Einbringen eines Vertragsarztsitzes zur Anstellung**

**BSG, Beschluss v. 13.05.2020 - B 6 KA 27/19 B**  


Solange der **Status**, bei dem es sich um höchstpersönliche Rechte des Statusinhabers handelt, nicht beseitigt ist, darf der betreffende Arzt insb. seine organschaftlichen Mitwirkungsrechte innerhalb der KV wahrnehmen (vgl. BSG, Urt. v. 23.06.2010 - B 6 KA 7/09 R - BSGE 106, 222 = SozR 4-5520 § 32 Nr. 4 Rn. 57).

9. **EHV KV Hessen: Berücksichtigung hoher Kostenanteile/Beitragsklassen (Quartale III/12-II/13)**

**BSG, Urteil v. 11.12.2019 - B 6 KA 12/18 R**  
**Leitsatz:** Bei der Ermittlung des für die **Umlage zur Erweiterten Honorarverteilung** maßgeblichen vertragsärztlichen Umsatzes muss die Kassenärztliche Vereinigung Hessen besonders hohen **Kostenanteilen** in einzelnen Arztgruppen Rechnung tragen.
B. KURKENVERSICHERUNGSRECHT

I. Vertrags(zahn)ärztliche Behandlung


1. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

a) BVerfG: LDL-Apherese/Progrediente kardiovaskuläre Erkrankung

BVerfG, Beschluss v. 22.05.2020 - 1 BvR 410/19

Die Verfassungsbeschwerde ist bereits unzulässig. Der Bf. zeigt nicht entsprechend den Anforderungen aus § 23 I 2. § 92 BVerfGG substantiiert und schlüssig die Möglichkeit einer Verletzung in Grund- oder grundrechtsgleichen Rechten auf.

In der gesetzlichen Krankenversicherung ist grundsätzlich kein verfassungsrechtlicher Anspruch auf bestimmte Leistungen der Krankenbehandlung ableitbar, sondern gesetzliche oder auf Gesetz beruhende Leistungsauschlüsse und Leistungsbegrenzungen sind daraufhin zu prüfen, ob sie im Rahmen des Art. 2 I GG gerechtfertigt sind (vgl. BVerfGE 115, 25 <43>).


b) PET-CT/MRT bei Hodentumor

SG Leipzig, Gerichtsbescheid v. 22.04.2020 - S 8 KR 1743/19


Das SG verurteilte die Bekl., dem Kl. die Kosten für eine PET-CT/MRT Untersuchung am Universitätsklinikum L. i.H.v. 933,49 € gemäß Rechnung vom 04.07.2019 zu erstatten.

c) Irreversible Elektroporation (IRE) bei Prostatakarzinom

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 27.05.2020 - L 9 KR 73/19

Leitsatz: 1. Bei der IRE-Behandlung des Prostatakarzinoms handelt es sich um eine neue Behandlungsmethode i.S.v. § 135 SGB V, die ohne eine positive Empfehlung des GBA nicht vom Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen umfasst ist.

2. Zu den Voraussetzungen aus § 2 Abs. 1a SGB V (hier abgelehnt).

d) Optische Kohärenztomografie

LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 29.04.2020 - L 9 KR 32/18
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 13 III, 135

Leitsatz: Das Bestehe von Selektivverträgen, die eine ärztliche Behandlung für Versicherte vorsehen, die eine neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode i.S. des § 135 SGB V darstellt, ist kein Indiz für ein Systemversagen.


e) Elektrostimulation am Auge (TES mit dem OkuStim-System)

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 18.02.2020 - L 11 KR 2478/19
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 2 Ia, 33, 135

Leitsatz: Die Retinitis pigmentosa (eine erblich bedingte Erkrankung der Netzhaut) ist im fortgeschrittenen Stadium (drohende Erblindung) eine Erkrankung, die wertungsmäßig mit einer lebensbedrohlichen oder regelmäßt tödlichen Erkrankung vergleichbar ist. Versicherte der GKV, die an einer Retinitis pigmentosa im fortgeschrittenen Stadium leiden, können einen Anspruch auf Versorgung mit transkornealer Elektrostimulationstherapie (TES) mit dem OkuStim®-System haben.

SG Stuttgart, Urt. v. 18.06.2019 - S 9 KR 1689/18 - RID 20-02-52 verpflichtete die Bekl., der Kl. die Kosten für die Durchführung der TES-Therapie seit Januar 2018 in Höhe von 7.820,00 € zu erstatten und die Kosten für die zukünftige Therapie zu übernehmen. Das LSG wies die Berufung zurück.

f) Liposuktion: Fehlende positive Empfehlung des GBA

LSG Baden-Württemberg, Beschluss v. 29.04.2020 - L 9 KR 32/18
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 27, 39, 135

Für die Liposuktion als neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode in der vertragsärztlichen Versorgung fehlt es an einer positiven Empfehlung über den diagnostischen und therapeutischen Nutzen der Methode durch den GBA.

Das SG wies die Klage ab.
2. Nadelepilationsbehandlung

a) Keine nichtärztliche Elektroepilation nach geschlechtsangleichender Behandlung

**LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 19.03.2019 - L 16 KR 552/18**

Rechtsprechungsinformationsdienst 20. Jahrgang 2020

Revision nach Nichtzulassungbeschwerden anhängig: B 1 KR 6/20 R

**SGB V §§ 15, 27, 28**


Die Gesetzliche Krankenversicherung ist auch dann nicht verpflichtet, nach einer geschlechtsangleichenden Behandlung bei Transsexualität die Kosten für eine Elektroepilation der grauen und weißen Barthaare durch eine Kosmetikerin/Elektrologistin zu übernehmen, wenn ein Vertragsarzt die begehrte Leistung nicht erbringt.


b) Geltung des Arztvorbehalts

**LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 10.10.2019 - L 1 KR 397/18**

Revision nach Nichtzulassungbeschwerde anhängig: B 1 KR 19/20 R

**SGB V §§ 27, 28**


c) Keine Nadelepilation durch eine Kosmetikerin

**LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 26.05.2020 - L 9 KR 362/19**

Leitsatz: Die Nadelepilationsbehandlung zur Entfernung von Barthaaren im Gesicht als Teil der Krankenbehandlung bei geschlechtsangleichenden Maßnahmen wird nicht dadurch zu einer nicht eigenständig vorgenommenen Behandlung, dass sie nicht durch einen Vertragsarzt verantwortet wird.

**SG Berlin**, Urt. v. 23.08.2019 - S 36 KR 392/18 - wies die Klage ab, das LSG die Berufung zurück.

3. Künstliche Befruchtung: Altersgrenze für Männer

**LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 15.01.2020 - L 11 KR 213/19**

Leitsatz: Die Nadelepilationsbehandlung zur Entfernung von Barthaaren im Gesicht als Teil der Krankenbehandlung bei geschlechtsangleichenden Maßnahmen wird nicht dadurch zu einer nicht eigenständig vorgenommenen Behandlung, dass sie nicht durch einen Vertragsarzt verantwortet wird.

**SG Berlin**, Urt. v. 23.08.2019 - S 36 KR 392/18 - wies die Klage ab, das LSG die Berufung zurück.

§ 27a SGB V knüpft nicht an einen regelmäßigen Körper- oder Geisteszustand des versicherten Ehegatten an, sondern an die Unfruchtbarkeit des Ehepaares. Folglich stellt die für männliche Versicherte geregelte Altersgrenze bestehen nicht. Maßgeblicher Zeitpunkt ist nicht derjenige der Antragstellung, sondern der Behandlung.
SG Duisburg, Gerichtsb. v. 04.02.2019 - S 27 KR 956/18 - wies die Klage ab, das LSG die Berufung zurück.

4. Werbebroschüre keine Zusicherung i.S.d. § 34 SGB X

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 16.06.2020 - L 11 KR 2612/19

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 27a III 1; SGB X § 34

Leitsatz: Angaben in einer von einer Krankenkasse herausgegebenen Werbebroschüre enthalten keine Zusicherung i.S.d. § 34 SGB X.

Die über 40 Jahre alte Kl. begehrte erfolglos von der Bekl. die Erstattung der Kosten für Maßnahmen der künstlichen Befruchtung. SG Karlsruhe, Gerichtsb. v. 08.07.2019 - S 5 KR 598/19 - wies die Klage ab, das LSG die Berufung zurück.

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 16.06.2020 - L 11 KR 2612/19

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 27a III 1; SGB X § 34

Leitsatz: Angaben in einer von einer Krankenkasse herausgegebenen Werbebroschüre enthalten keine Zusicherung i.S.d. § 34 SGB X.

Die über 40 Jahre alte Kl. begehrte erfolglos von der Bekl. die Erstattung der Kosten für Maßnahmen der künstlichen Befruchtung. SG Karlsruhe, Gerichtsb. v. 08.07.2019 - S 5 KR 598/19 - wies die Klage ab, das LSG die Berufung zurück.

5. Kein Anordnungsgrund bei zumutbarer Vorfinanzierung der Leistung

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 20.05.2020 - L 11 KR 166/20 B ER

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 12 I, 13 IIIa, 76 I 2; SGG § 86b II

Die Fähigkeit eines Ast., jedenfalls gegenwärtig auf eigene Mittel zurückzugreifen, lassen ihm ein Abwarten der Hauptsacheentscheidung als zumutbar erscheinen und steht daher einem Anordnungsgrund entgegen. Erfolgt auch im Beschwerdeverfahren keinerlei substantiierter Vortrag, der eine zumutbare Vorfinanzierung in Höhe von ca. 800 € der begehrten Leistung ausschließt, ist das Vorliegen eines Anordnungsgrundes als weder dargelegt noch glaubhaft gemacht anzusehen.

SG Köln, Beschl. v. 19.02.2020 - S 9 KR 151/20 ER - lehnte den Antrag, im Wege der einstweiligen Anordnung die Ag. zu verpflichten, die Kosten zur Anfertigung eines Upright-MRT der Lendenwirbelsäule des Ast. in der Praxis Dr. T vorläufig zu übernehmen, ab. Das LSG wies die Beschwerde zurück.

6. Zahnärztliche Behandlung

a) Langzeitprovisorien bei einer kombinierten kieferchirurgischen/kieferorthopädischen Behandlung

LSG Sachsen-Anhalt, Urteil v. 23.01.2020 - L 6 KR 109/17

Revision zugelassen
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 28 II 2, 55, 56, 57


b) Versorgung mit Zahnersatz innerhalb von sechs Monaten nach Genehmigung

SG Neuruppin, Gerichtsbescheid v. 20.05.2020 - S 20 KR 143/19

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 27, 28, 55, 56, 87a Ia

Die Bewilligung des Festzuschusses hat vor der Behandlung zu erfolgen. Die Genehmigung des Heil- und Kostenplans (HKP) ist befristet. Denn dem HKP ist immanent, dass er sich auf eine unmittelbar
bevorstehende, nur durch das Genehmigungsverfahren hinausgeschobene vertragszahnärztliche Behandlung bezieht (BSG, Urt. v. 27.08.2019 - B 1 KR 9/19 R - BSGE 129, 62 <vorgesehen> = SozR 4-2500 § 13 Nr. 49 <vorgesehen>, juris Rn. 13 f. m.w.N.).
Erfolgt nicht innerhalb von sechs Monaten nach Genehmigung des HKP die vorgesehene Versorgung der Zähne mit Zahnersatz, entfällt die unter Gewährung des einfachen Festzuschusses erteilte Genehmigung allein bereits durch den Ablauf der sechsmonatigen Frist insgesamt, weshalb es nicht darauf ankommt, ob die Genehmigung darüber hinaus sogar unter Gewährung des doppelten Festzuschusses im Sinne des § 55 II 1 SGB V zu erfolgen hatte.

Das SG wies die Klage ab.

II. Stationäre Behandlung

1. Mammareduktionsplastik

a) Kein Nachweis zur Behandlung von Wirbelsäulenbeschwerden

SG Neuruppin, Gerichtsbescheid v. 11.08.2020 - S 20 KR 319/13


Das SG wies die Klage ab.

b) Absinken durch Ptose

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 11.05.2020 - L 16 KR 364/19

Es besteht kein Anspruch auf die Erstattung der Kosten für eine durchgeführte Mammareduktionsplastik, wenn schon keine Makromastie mit überschwerer Brust besteht, sondern die Brustgröße im Verhältnis zur Körpergröße proportioniert und ein ursächlicher Zusammenhang zwischen der Brustgröße und dem geklagten Beschwerdebild gutachtlich im Rahmen von zwei körperlichen Untersuchungen nicht gesehen werden kann. Der Wunsch zur Durchführung der Maßnahme aufgrund des Absinkens durch die Ptose begründet keinen Anspruch.

SG Aurich, Gerichtsb. v. 25.07.2019 - S 38 KR 239/17 - wies die Klage ab, das LSG die Berufung zurück.

2. Beidseitige prophylaktische Mastektomie (Brustamputation) mit Brustsofortrekonstruktion

LSG Bayern, Urteil v. 04.06.2020 - L 20 KR 419/19

Leitsatz: 1. Bei wertender Betrachtung kann eine Krankheit im Sinne von § 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V bereits dann vorliegen, wenn, basierend auf Fakten, künftig eine schwerwiegende Erkrankung mit Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist (Erkrankungsrisko), wobei die jeweiligen Chancen bei frühzeitiger Behandlung gut sind, die zu erwartende Schaden bei nicht frühzeitig, also nicht präventiv behandelt em Krankheitsverlauf dagegen dauerhaft und schwer ist.
2. Bei fehlendem Nachweis einer pathologischen Genmutation trotz molekular-genetischer Testung stellt allein eine familiäre Häufung von Mammakarzinomen und das damit verbundene (abstrakte) Erkrankungsrisiko grundsätzlich keine Indikation für eine prophylaktische Mastektomie und damit auch keine behandlungsbedürftige Krankheit im Sinne von § 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V dar.


3. Liposuktion

a) Anforderungen des Qualitätsgebots

*SG Neuruppin, Gerichtsbescheid v. 15.10.2019 - S 20 KR 101/15*

*SG Neuruppin, Gerichtsbescheid v. 10.10.2019 - S 20 KR 18/18*

Die stationäre Liposuktion (Fettabsaugung) zur Behandlung von Lipödemen entspricht - bislang - nicht den Anforderungen des Qualitätsgebots.

Das *SG* wies die Klage ab.

Parallelverfahren:

*LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 27.11.2019 - L 11 KR 830/17*


*SG Duisburg*, Urt. v. 13.11.2017 - S 17 KR 1152/17 WA - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

b) Oberschenkel sowie Oberarme: Keine vom GBA empfohlene neue Methode

*LSG Hamburg, Urteil v. 20.02.2020 - L 1 KR 80/19*

Für die Geltung der fünfwöchigen Frist nach § 13 IIIa 1 SGB V reicht es aus, wenn der Versicherte über die Einschaltung des MDK informiert wird. Weitere Ausführungen sind nicht notwendig.

Die Kosten für eine stationär durchgeführte Liposuktion sind nicht zu erstatten, wenn die Leistung auch ambulant hätte erbracht werden können.

*SG Hamburg*, Urt. v. 27.05.2019 - S 46 KR 5205/18 WA - verurteilte die Bekl., an die Kl. 1.725 € zu zahlen. Das *LSG* wies die Klage ab.
4. Unkosten- und Verpflegungskosten im Diabetes-Dorf

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 11.05.2020 - L 9 KR 374/17 Revision zugelassen www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris SGB V §§ 13 III, 27 I Nr. 5, 39, 43 I Nr. 2, 108


2. Für Patientenschulungen i.S. des § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V besteht Auswahlermessen der Krankenkassen. Dies steht einem Anspruch auf Kostenerstattung i.S. des § 13 Abs. 3 SGB V regelmäßig entgegen.


III. Kostenerstattung


www.dg-kassenarztrecht.de
dass § 13 IIIa SGB V auf Ansprüche nach § 13 IV SGB V sachlich nicht anwendbar ist. § 13 IIIa SGB V findet jedenfalls dann keine Anwendung auf Ansprüche gegen Krankenkassen, die unmittelbar auf eine Geldleistung gerichtet sind, wenn der zugrunde liegende Beschaffungsvorgang des Versicherten nicht seinerseits von einer Bewilligung der Krankenkasse als weiterer Voraussetzung abhängt. Auch der Anspruch auf sachleistungsersetzende Kostenerstattung nach § 13 IV SGB V ist auf eine Geldleistung für die vorausgegangene Beschaffung einer Leistung im Ausland (EU, EWR, Schweiz) gerichtet. Die Kl. hatte auch ohne eine vorherige Bewilligung durch die Krankenkasse das Recht, sich die Leistung selbst zu beschaffen. Ein entsprechender Antrag auf Übernahme oder Erstattung der bei der Selbstbeschäftigung anfallenden Kosten ist deshalb kein Antrag im Sinne des § 13 IIIa SGB V.

1. Genehmigungsfiktion

a) Umgehung des Fristenregimes durch Entscheidung vor MDK-Begutachtung

LSG Bayern, Beschluss v. 13.05.2020 - L 5 KR 642/19

Leitsatz: 1. Der Erlass eines Ablehnungsbescheids vor Erhalt des Gutachtenergebnisses des MDK verstößt gegen die Amtsermittlungspflicht (§ 20 SGB X) und ist eine rechtswidrige Umgehung des Fristenregimes in § 13 Abs. 3a SGB V.

2. In Fällen, in denen der Ablauf der 5-Wochenfrist bevorsteht und das Gutachten des MDK trotz rechtzeitiger Beauftragung der Kasse noch nicht vorliegt, darf die Kasse, um den Eintritt einer Genehmigungsfiktion zu verhindern, nur nach § 13 Abs.3a S. 4 SGB V vorgehen (begründete schriftliche Mitteilung mit taggenauem Entscheidungsdatum).


b) Leistungsbeschaffung vor Fristablauf

LSG Sachsen-Anhalt, Urteil v. 20.02.2020 - L 6 KR 12/18

Es besteht kein Anspruch auf Kostenerstattung für eine in einer privatärztlichen Gemeinschaftspraxis vorgenommene Liposuktion im Rahmen der Genehmigungsfiktion, wenn sich eine Versicherte diese Leistung nicht erst nach Ablauf der Frist beschafft hat, nach der die Fiktion eingetreten ist.

SG Dessau-Roßlau, Urt. v. 22.11.2017 - S 21 KR 13/17 - wies die Klage ab, das LSG die Berufung zurück.

c) Nicht zugelassene Psychotherapeuten: Fehlende Erforderlichkeit


Ein Antrag auf Genehmigung psychotherapeutischer Behandlung ist nicht hinreichend bestimmt im Sinne des § 13 IIIa SGB V, wenn gleichzeitig vier verschiedene Anträge, mit denen Kostendeckungszusagen für Therapien bei vier verschiedenen Gestaltungstherapeuten begehrt wird, gestellt werden.

Die beschränkt beantragte Leistung nur durch einen nicht zugelassenen Leistungserbringer (hier: Psychotherapeuten) liegt außerhalb des Leistungskatalogs der GKV und ist nicht genehmigungsfähig i.S.d. § 13 IIIa SGB V.

SG Hannover, Urt. v. 14.03.2019 wies die Klage ab, das LSG die Berufung zurück.
d) Maßschuhe und Diabetes-adaptierte Fußbettungen zur Prophylaxe von Druckstellen

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 3 KR 11/20 R juris
SGB V §§ 13 IIIa, 33 I


2. Voraussetzungen einer unaufschiebbaren Leistung

LSG Schleswig-Holstein, Urteil v. 25.05.2020 - L 5 KR 123/15 ZVW
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 13 III 1


3. Delfintherapie im Curacao-Dolphin-Therapy-Center

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 23.01.2020 - L 16 KR 667/14
Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 63/20 B
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 2 I 3, 18 I 1

Es ist bereits fraglich, ob die Anwendung der Delfintherapie im Rahmen ihrer therapeutischen Zielsetzung über das hinausgeht, was bei einem bloßen Schwimmen mit Delfinen geschieht, sodass letzterem die Bedeutung des Einsatzes von Heilmitteln im Rahmen der streitigen Therapie zugebilligt werden könnte (ablehnend bezüglich der Interaktion von Pferd und Mensch bei der Hippotherapie BSG, Urt. v. 19.03.2002 - B 1 KR 36/00 R - SozR 4-2500 § 138 Nr. 2, juris Rn. 16 ff.).

www.dg-kassenarztrecht.de
Die im Curacao-Dolphin-Therapy-Center auf den niederländischen Antillen durchgeführte Delfintherapie erfüllt nicht das Qualitätsgebot des § 2 I 3 SGB V, das auch für solche Leistungen gilt, die der Versicherte nur im Ausland erlangen kann (BSG, Urt. v. 20.04.2010 - B 1/3 KR 22/08 R - BSGE 106, 81 = SozR 4-1500 § 109 Nr. 3, juris Rn. 29).


4. Abrechnung nach den Vorschriften der GOÄ

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 29.01.2020 - L 11 KR 465/18


IV. Arzneimittel

1. Off-Label-Use

a) Effentora zur Behandlung von chronischem Schmerzsyndrom

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 05.02.2020 - L 11 KR 251/19 B ER


SG Detmold, Beschl. v. 18.02.20019 - S 22 KR 67/19 ER - lehnte den Antrag im Eilrechtsschutz ab, das LSG wies die Beschwerde zurück.

b) CellCept bei interstitieller Lungenenerkrankung im Rahmen einer Polyarthritis


Leitsatz: Die Krankenkasse ist weder gemäß §§ 27 Abs. 1 S. 1 u. 2 Nr. 3, 31 Abs. 1 S. 1 SGB V i.V.m. Arzneimittelgesetz noch nach Maßgabe der Grundsätze des Off-Label-Use von Arzneimitteln noch aufgrund § 2 Abs. 1a SGB V oder eines Seltenheitsfalls zur Gewährung des Arzneimittels CellCept bei Vorliegen einer Non-specific interstitial pneumonia (NSIP) bei rheumatoider Arthritis, Rheumafaktor-negativ, verpflichtet.

SG Landshut, Gerichtsb. v. 01.12.2015 - S 4 KR 174/13 - wies die Klage ab, das LSG die Berufung zurück.

www.dg-kassenarztrecht.de
c) Sativex® bei infantiler Zerebralparese

SG Neuruppin, Gerichtsbescheid v. 28.04.2020 - S 20 KR 455/16

Eine Versicherte kann die Behandlung ihrer infantilen Zerebralparese mit einer bei ihr erheblich ausgeprägten Paraspastik der Beine mit dem Fertigarzneimittel Sativex® als Krankenbehandlung (§ 27 I 2 Nr. 3 i.V.m. § 31 I 1 SGB V) mangels indikationsbezogener Zulassung nicht beanspruchen. Eine Versorgung im Rahmen eines Off-Label-Use kommt nicht in Betracht, wenn die verfügbaren Therapieoptionen nicht ausgeschöpft sind.

Das SG wies die Klage ab.

2. Cannabis

a) Posttraumatische Belastungsstörung u. Psychopharmaka

LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 19.05.2020 - L 9 KR 184/20 B ER

Leitsatz:
Eine posttraumatische Belastungsstörung, jedenfalls aber ihre Auswirkungen, können eine schwerwiegende Erkrankung sein, welche eine Verpflichtung zur vorläufigen Versorgung mit Cannabisblüten im Wege der Folgenabwägung rechtfertigen kann.

SG Berlin, Beschl. v. 30.03.2020 - S 122 KR 407/20 - entschied, dass der Ast. zumindest vorübergehend mit Cannabisblüten zu versorgen ist. Das LSG verpflichtete auf Beschwerde der Ag. die Ag. im Wege der einstweiligen Anordnung, den Ast. vorläufig bis zum Abschluss des Verfahrens S 122 KR 2510/19, längstens bis zum 31.10.2020, mit Cannabisblüten der Sorten Klenk 18/1, Bedrobinol und Pedanios jeweils 20 g (Blüten zur unzerkleinerten Abgabe zu Inhalation bis 2,85 g/d) gemäß schriftlicher Anordnung zu versorgen. Im Übrigen wies es den Eilantrag und die Beschwerde zurück. Es wies ferner darauf hin, dass eine Psychotherapie eine begleitende Medikation im Fall des Kl. derzeit nachvollziehbar nicht ersetzen kann. Ein Versicherter kann nicht darauf verwiesen werden, weitere Behandlungsversuche mit Psychopharmaka zu unternehmen. Im Unterschied zur Rechtslage unter § 2 Ia SGB V müssen Nebenwirkungen von alternativen Behandlungsmöglichkeiten im Rahmen des § 31 VI SGB V nicht durchlitten worden sein.

b) Nachholung der begründeten Einschätzung


Ein Vorrangverhältnis eines Off-Label-Uses gegenüber einer Verordnung gem. § 31 VI SGB V besteht nicht.


Das SG verurteilte die Bekl., dem Kl. die beantragte Versorgung mit Cannabis zu genehmigen, die dem Kl. seit dem 23.02.2018 entstandenen Kosten der Arzneimittelversorgung mit Cannabisblüten aufgrund ärztlicher Verordnungen gegen Nachweis zu erstatten sowie die Kosten des Vaporsators (Mighty Medic) endgültig zu übernehmen.

c) Therapiefestlegung durch Arzt

LSG Bayern, Urteil v. 05.11.2019 - L 5 KR 544/18

Leitsatz: Krankenversicherungsträger dürfen zur Versorgung ihrer Versicherten mit Cannabis nicht die kostengünstigste Darreichungsform festlegen, wenn Darreichungsformen unterschiedliche
Wirkweisen haben. Form und Dosis der Therapie sind ausschließlich von dem behandelnden Vertragsarzt patientenindividuell zu bestimmen.


3. Zolgensma

a) Fehlende Erfolgsaussichten einer Behandlung

LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 11.05.2020 - L 10 KR 200/20 B ER

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 2 I, 13 IIIa, 31

Die für § 13 IIIa SGB V erforderliche subjektive Erforderlichkeit fehlt, wenn es sich bei der begehrten Behandlung um eine solche handelt, die zum - maßgeblichen - Zeitpunkt der Antragstellung durch die behandelnden Fachärzte weder befürwortet noch für notwendig erachtet wird. Ein Anspruch nach § 2 Ia SGB V besteht nicht, wenn bereits nicht festgestellt werden kann, dass eine anerkannte Behandlung nicht zur Verfügung steht.


b) Fehlende medizinische Indikation

LSG Niedersachsen-Bremen, Beschluss v. 22.06.2020 - L 16 KR 223/20 B ER

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 2 Ia, 27, 31


Die Beteiligten streiten um die Kostenübernahme für das Arzneimittel Zolgensma zur Behandlung der spinalen Muskelatrophie im Wege des einstweiligen Rechtsschutzes. SG Osnabrück, Beschl. v. 05.05.2020 - S 18 KR 34/20 ER - lehnte dem Antrag ab, das LSG wies die Beschwerde zurück.
4. Festbetragsfreie Versorgung: Arzneimittelalternativen ohne Nebenwirkungen (Crestor®)

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 20.11.2019 - L 11 KR 709/15

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 37/20 B
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 35

Im Fall der wirksamen Festsetzung eines Festbetrages erfüllt die Krankenkasse regelmäßig mit diesem ihre Leistungspflicht gegenüber dem Versicherten (§ 12 II SGB V; zum Ganzen BSG, Urt. v. 03.07.2012 - B 1 KR 22/11 R - BSGE 111, 146 = SozR 4-2500 § 35 Nr. 6). Eine festbetragsfreie Versorgung (hier: mit Crestor®) kann nicht beansprucht werden, wenn nicht festzustellen ist, dass die zum Festbetrag erhältlichen Arzneimittelalternativen Nebenwirkungen verursachen, die über bloße Unannehmlichkeiten oder Befindlichkeitsstörungen hinausgehen und damit die Qualität einer behandlungsbedürftigen Krankheit im Sinne des § 27 I SGB V erreichen.

SG Dortmund, Urt. v. 20.10.2015 - S 51 KR 1205/10 - wies die Klage ab, das LSG die Berufung zurück.

V. Heilmittel

1. Langfristiger Heilmittelbedarf: Vergleichbarkeit der Schädigungen

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 18.02.2020 - L 11 KR 162/19

Leitsatz: Bei der nach § 8a Abs. 3 HeilM-RL zu treffenden Feststellung, ob ein langfristiger Heilmittelbedarf vorliegt, ist zu beachten, dass die Diagnoseliste in Anlage 2 der HeilM-RL Diagnosegruppen und Indikationsschlüssel benennt und die Art des grundsätzlich in Betracht kommenden Heilmittels regelt. Die von § 8a Abs. 3 HeilM-RL geforderte Vergleichbarkeit der Schädigungen mit denen der Anlage 2 muss sowohl hinsichtlich der Diagnose als auch der Diagnosegruppe bzw. des Indikationsschlüssels gegeben sein.


2. Langfristiger Heilmittelbedarf: „Immer wieder“ auftretender Behandlungsbedarf

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 30.06.2020 - L 11 KR 4345/19

Leitsatz: Ein „immer wieder“ auftretender Behandlungsbedarf begründet noch keinen Anspruch auf Genehmigung einer langfristigen Heilmittelbehandlung in Form von manueller Therapie.


VI. Hilfsmittel


1. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

a) Fußhebersystem (Typ Bioness L 300)

SG Neuruppin, Gerichtsbescheid v. 12.05.2020 - S 20 KR 85/15

Bei dem Fußhebersystem des Typs Bioness L 300 handelt es sich um ein Hilfsmittel, das dem Versorgungszweck der Sicherung des Erfolges einer Krankenbehandlung dient (§ 33 I 1 SGB V). Einem Anspruch auf Versorgung steht indes die Sperrwirkung des § 135 I 1 SGB V entgegen, da der GBA noch keine positive Empfehlung abgegeben hat.

Das SG wies die Klage ab.

b) Dynamische Finger-Hand-Handgelenk-Unterarm-Orthese

SG Neuruppin, Gerichtsbescheid v. 09.06.2020 - S 20 KR 493/16


Das SG wies die Klage ab.

c) Kopforthese

SG Neuruppin, Gerichtsbescheid v. 15.04.2020 - S 20 KR 191/18

Die Versorgung mit einer zur ärztlichen Behandlung einer Schädelasymmetrie eingesetzten Kopforthese gehört nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (BSG, Urt. v. 11.05.2017 - B 3 KR 6/16 R - SozR 4-2500 § 33 Nr. 51).

Das SG wies die Klage ab.

2. Rollstuhlzuggerät

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 16.06.2020 - L 11 KR 2883/19

Leitsatz: Versicherte der GKV, die mit 2 Aktivrollstühlen und einem Handbike versorgt sind, haben keinen Anspruch auf Versorgung mit einer elektronischen Antriebshilfe (Rollstuhlzuggerät).

SG Heilbronn, Urt. v. 16.08.2019 - S 12 KR 1016/18 - wies die Klage ab, das LSG die Berufung zurück.
3. PleurX Peritoneal-Kathetersystem

LSG Bayern, Beschluss v. 10.06.2020 - L 4 KR 150/20 B ER
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 33 I

2. Ein Anspruch auf das Hilfsmittel unmittelbar nach §§ 27, 33 SGB V scheitert vorliegend aus, da es für die beim Versicherten bestehende Indikation im Hilfsmittelverzeichnis nicht genannt ist.
3. Der beim Versicherten bestehende ausgeprägte Aszites begründet zumindest derzeit keine notstandsähnliche Situation im Rahmen der Prüfung der Voraussetzungen des § 2 Abs. 1a SGB V.


4. Software „Meine eigene Stimme“

SG Hamburg, Urteil v. 04.06.2020 - S 25 KR 363/18
www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 13 III, 33 I

Die Software „Meine eigene Stimme“ kann erforderlich sein, um eine progrediente Sprachbehinderung auszugleichen, auch wenn noch vergleichsweise wenig Einschränkungen bei der Körperfunktion des Sprechens bestehen und eine mündliche Verständigung ohne Weiteres noch möglich ist. Aufgrund der Besonderheit des Hilfsmittels ist dessen medizinische Erforderlichkeit aber bereits gegeben, wenn eine gesicherte Prognose des zukünftigen Verlustes der Sprechfähigkeit vorliegt. Die Anwendung des Hilfsmittels hängt schlechthin davon ab, dass noch ein gut ausgeprägtes Sprechvermögen vorhanden ist, weil sonst die nötigen Sprachaufnahmen der eigenen Stimme nicht durchgeführt werden können.

Das SG verurteilte die Bekl. zu 1), der Kl. als Rechtsnachfolgerin des ursprünglichen Kl. die Kosten für die Versorgung mit der Software „Meine eigene Stimme“ (Sprachaufnahmen und Erstellung der Software) vollständig - in Höhe von insgesamt 4.226,50 € - zu erstatten. Die gegen die Bekl. zu 2) gerichtete Klage wies es ab.

5. Spezialbrille für Kleinkind

SG Leipzig, Gerichtsbescheid v. 16.04.2020 - S 8 KR 700/17
www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 2 I 1, 12 I, 13 III 1, 33; SGB I § 14

Leitsatz: Zum Kostenerstattungsanspruch eines Kleinkindes auf eine Sehhilfe.


www.dg-kassenarztrecht.de
6. Zweitversorgung

a) Therapiestuhl für Besuch einer vorschulischen Kindereinrichtung

LSG Sachsen, Urteil v. 18.06.2020 - L 9 KR 761/17


2. Bei einem Kostenerstattungsanspruch nach § 14 Abs. 4 S. 1 SGB IX (in der bis zum 31. Dezember 2017 geltenden Fassung) ist für die Beurteilung der Sach- und Rechtslage auf den Zeitpunkt der Bewilligungsentscheidung des (vor-)leistenden Trägers abzustellen (vergleichbar dem Zeitpunkt der verbindlichen Selbstbeschaffung im Rahmen des Kostenerstattungsanspruchs nach § 13 Abs. 3 SGB V).

3. Hat der Versicherte im Zeitpunkt der Bewilligungsentscheidung das dritte Lebensjahr noch nicht vollendet, scheidet ein Leistungsanspruch nach § 33 Abs. 1 SGB V und damit auch ein Kostenerstattungsanspruch des (vor-)leistenden Trägers gegen die Krankenkasse nach § 14 Abs. 4 S. 1 SGB IX aus.


b) Beschränkung auf Basisausgleich: Zweiter Sauerstofftank für das Auto

SG München, Urteil v. 10.06.2020 - S 59 KR 1271/18


VII. Rehabilitation/Häusliche Krankenpflege/Fahrkosten


1. Fahrkosten

a) Ambulanter sechswöchentlicher Katheterwechsel

LSG Sachsen-Anhalt, Urteil v. 16.10.2018 - L 6 KR 18/17

Es besteht kein Anspruch auf Kostenübernahme der Fahrten, wenn durch den ambulanten Katheterwechsel keine an sich gebotene vollstationäre oder teilstationäre Krankenhausbehandlung
vermieden wird. § 8 I u. II Krankentransport-Richtlinie setzt eine hohe Behandlungsfrequenz über einen längeren Zeitraum voraus. Ein vier- bis sechswöchiger Rhythmus erfüllt diese Voraussetzungen jedenfalls nicht.


b) Stufenweise Wiedereingliederung als Leistung der medizinischen Rehabilitation

SG Dresden, Urteil v. 17.06.2020 - S 18 KR 967/19

Leitsatz: Die Krankenkasse muss gemäß § 60 Abs. 5 SGB V i.V.m. § 73 SGB IX Fahrtkosten zum Arbeitgeber während der stufenweisen Wiedereingliederung zahlen, denn dabei handelt es sich um eine Leistung der medizinischen Rehabilitation.


2. Häusliche Krankenpflege

a) Keine Erstattung eines fiktiven Verdienstausfalls von Verwandten

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 19.02.2020 - L 5 KR 2908/19


Keine Erstattung eines fiktiven Verdienstausfalls von Verwandten

SG Heilbronn, Urt. v. 16.08.2019 - S 14 KR 997/17 - wies die Klage ab, das LSG die Berufung zurück.

b) Kündigung einer Zielvereinbarung bei Verstoß gegen Qualitätssicherung

LSG Hessen, Urteil v. 31.10.2019 - L 1 KR 663/18

Wird in vielfältiger Weise gegen die in der Zielvereinbarung getroffenen Regelungen verstoßen und damit u.a. auch die Verpflichtung zum Nachweis der Qualitätssicherung nicht eingehalten, kann die Zielvereinbarung von der Krankenkasse gekündigt werden. Dies ist der Fall, wenn entgegen den Vorgaben der Zielvereinbarung mangels vertragswidrig nicht abgeschlossener Arbeitsverträge mit zwei genannten Personen nicht die in der Zielvereinbarung aufgeführten Fachkräfte tätig werden, sondern ein Pflegedienst beauftragt wird, der wiederum den Vater der Kl., der nicht über entsprechende Qualifikationen verfügt, mittels Arbeitsvertrags anstellt.

SG Darmstadt, Urt. v. 29.08.2018 - S 10 KR 562/17 - juris wies die Klage ab, das LSG die Berufung zurück, BSG, Beschl. v. 01.07.2020 - B 3 KR 56/19 B - juris verwarf die Beschwerde gegen die Nichtzulassung der Revision als unzulässig.
VIII. Beziehungen zu Krankenhäusern


DIMDI damit ggf. auch zur Vernichtung materieller Rechtpositionen ermächtigt wird. Und schließlich verstoßt die Ermächtigung noch gegen das Rückwirkungsverbot i.V.m. dem Grundsatz der Gewaltenteilung, als dem DIMDI die Entscheidungshoheit über die Vergangenheit liegenden konkreten Sachverhalte und damit eine Rechtsprechungsaufgabe übertragen wird, ohne dass hierfür eine ausreichende gesetzliche Grundlage vorliegt. Das SG hatte einen ersten Beschl. v. 04.05.2020 mit Beschl. v. 18.05.2020 wieder aufgehoben.

2. Mindestmenge

a) Widerlegung einer Mindestmengenprognose: Kalenderjahr

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 16.06.2020 - L 16 KR 64/20

Zur Widerlegung einer Mindestmengenprognose für Leistungen sind das vorausgegangene Kalenderjahr und nicht die letzten vier Quartale maßgebend.

SG Braunschweig, Urt. v. 21.01.2020 - S 54 KR 399/19 - RID 20-02-94 stellte fest, dass am Klinikum der Kl. die Mindestmengenregelung für die Leistung „Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus“ für das Kalenderjahr 2020 erfüllt sei. Das LSG hob das Urteil bzgl. der Feststellung auf und wies insoweit die Klage ab, im Übrigen die Berufung zurück.

b) Anforderungen an Widerlegung einer Prognose eines Krankenhauses

SG Berlin, Urteil v. 05.03.2020 - S 56 KR 2033/19

Leitsatz: 1. Für die Berechtigung zur Erbringung mindestmengenbelegter Leistungen ist keine positive Leistungsentscheidung der Landesverbände erforderlich. Richtige Klageart gegen die Widerlegungsentscheidung ist die Anfechtungsklage. Eine Anhörung vor Erlass der Widerlegungsentscheidung ist nicht erforderlich.

2. Zweifel an der Prognose des Krankenhauses sind begründet, wenn sie nicht nur auf Vermutungen beruhen, sondern sich auf konkrete Tatsachen stützen oder aus Tatsachen ableitbar sind. Die Zweifel sind erheblich, wenn eine überwiegende Wahrscheinlichkeit besteht, dass die Prognose unrichtig ist, mithin von den Tatsachengrundlagen und mitgeteilten Umständen nicht getragen wird.

3. Schwächen in der Prognosebegründung oder das Fehlen von Nachweisen zum Beleg der vorgetragenen Einzelfallumstände machen nicht die Prognose formunwirksam, sondern senken die Anforderungen an die Begründung der Zweifel bei der Widerlegungsentscheidung.

Das SG wies die Klage ab.

3. Vergütungsanspruch/Fälligkeit

a) Neue Behandlungsmethode: Transvaskuläre Aortenklappen-Implantation (TAVI)

LSG Hessen, Urteil v. 30.04.2020 - L 8 KR 511/16


SG Wiesbaden, Urt. v. 26.10.2016 - S 18 KR 75/14 - wies die Klage ab, das LSG die Berufung zurück.
b) Stationäre Krankenhausbehandlung und ärztliche Tätigkeit bei psychischer Erkrankung

SG Nürnberg, Urteil v. 27.09.2019 - S 21 KR 199/19
jurus
SGB V §§ 112, 275 Ic


Die Behandlung psychischer Erkrankungen weist Besonderheiten auf, die es erlauben, an den Wochenenden das Behandlungsprogramm auf ein Minimum zu reduzieren und als Angebot im Hintergrund eine ärztliche Betreuung vorzuhalten.

Das SG verurteilte die Bekl., an die Kl. 2.297,64 € zzgl. Zinsen zu zahlen.

c) Verschiebung einer geplanten Operation wegen operativer Notfälle

LSG Sachsen, Urteil v. 18.12.2019 - L 1 KR 22/16
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 39 I 2, 109 IV 3

Leitsatz: Wird eine geplante Operation wegen unvorhergesehener und unvorhersehbarer Notfälle verschoben, stellt dies kein medizinisches Erfordernis i.S.d. § 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V für die Verlängerung des Krankenhausaufenthalts eines Versicherten dar.

SG Leipzig, Urt. v. 27.10.2015 - S 8 KR 582/13 - wies die Klage ab, das LSG die Berufung zurück.

d) Tagsüber Aufenthalt außerhalb des Krankenhauses

LSG Hamburg, Urteil v. 28.05.2020 - L 1 KR 26/19
jurus
SGB V §§ 39 I, 108

Darf eine Versicherte oftmals tagsüber in so genannten Belastungserprobungen (TEV) außerhalb des Krankenhauses sein, ist zu berücksichtigen, dass die Versicherte die Nächte jeweils fast ausschließlich auf der Station verbringt. Gerade dies ist für einen stationären Aufenthalt charakteristisch und führt mit den tagsüber erfolgenden therapeutischen Maßnahmen dazu, dass der Patient seinen Lebensmittelpunkt in die Klinik verlagert. So wird insgesamt ein Behandlungssetting erreicht, was sich deutlich von dem einer teilstationären Behandlung unterscheidet (vgl. dazu bereits LSG Hamburg, Urt. v. 22.05.2014 - L 1 KR 15/13 - RID 15-04-117). Der Einsatz der TEV hängt von der jeweiligen Behandlungssituation ab und ist daher in Ausmaß und Dauer sehr individuell.


e) Vereinbarung über Aufnahmevergütung

SG Rostock, Urteil v. 24.06.2020 - S 17 KR 431/17
jurus
SGB V §§ 73 IV, 76 I 2, 112, 115 I, 115a I

Leitsatz: 1. Eine Aufnahmevergütung ohne ärztliche Verordnung gemäß § 73 Abs. 4 SGB V ist keine vorstationäre Behandlung i.S.d. § 115a Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 Alt. 1 SGB V.
2. In einer Einweisung durch einen Notarzt liegt keine ärztliche Verordnung gemäß § 73 Abs. 4 SGB V.
3. Es liegt keine Notfallbehandlung i.S.d. § 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V vor, wenn die Abklärung der Notwendigkeit einer stationären Behandlung auf einer hierfür eingerichteten Zentralen


5. Die aus § 112 SGB V folgende Regelungskompetenz für einen zweiseitigen Vertrag über die allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung umfasst eine Vereinbarung, dass die Vergütung einer (nicht unter § 115a Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 Alt. 1 SGB V fallenden und keine ambulante Notfallbehandlung darstellenden) Aufnahmeuntersuchung, die ergibt, dass keine Krankenhausbehandlung erforderlich ist oder Krankenhausbehandlung erst zu einem späteren Zeitpunkt erforderlich ist oder die Krankenhausbehandlung in einem anderen Krankenhaus durchzuführen ist, analog der Vergütung einer vorstationären Behandlung nach § 115 a SGB V erfolgt. Hierbei handelt es sich nicht um einen Regelungsgegenstand, der gemäß § 115 Abs. 1 SGB V oder § 115a Abs. 3 SGB V unter Einbeziehung der Kassenärztlichen Vereinigung vereinbart werden muss.

Das SG verurteilte die Bekl., an den Kl. 147,25 € nebst Zinsen zu zahlen.

f) Behandlung von Versicherten ohne Zulassung

SG Berlin, Urteil v. 05.06.2020 - S 166 KR 893/19 WA


g) Einreise eines EU-Bürgers zur Entbindung

SG Neuruppin, Gerichtsbescheid v. 02.08.2019 - S 20 KR 96/16 WA

Reist eine polnische Staatsbürgerin ausschließlich zur Entbindung in die Bundesrepublik ein, um sich in dem Klinikum der Kl. behandeln zu lassen, besteht kein Anspruch auf Vergütung nach Art. 22 Abs. 1 a) i) der Verordnung Nr. 1408/71 des Rates vom 14.06.1971.

Das SG wies die Klage ab.

Parallelverfahren:

SG Neuruppin, Gerichtsbescheid v. 11.07.2019 - S 20 KR 148/15 WA

SG Neuruppin, Gerichtsbescheid v. 15.07.2019 - S 20 KR 126/15 WA

SG Neuruppin, Gerichtsbescheid v. 06.08.2019 - S 20 KR 144/15 WA

SG Neuruppin, Gerichtsbescheid v. 20.08.2019 - S 20 KR 146/15 WA

SG Neuruppin, Gerichtsbescheid v. 21.08.2019 - S 20 KR 57/16 WA
h) Verjährung nach Zahlung unter Vorbehalt und Verrechnung


Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 23/20 R
juris
SGB V §§ 39, 109 IV; BGB §§ 214 I, 387 ff.; SGB I § 45 II


SG Osnabrück, Urt. v. 22.10.2015 - S 3 KR 226/12 - wies die Klage ab, das LSG die Berufung zurück.

i) Aufrechnung

aa) Aufrechnungsverbot in Landesvertrag

SG Gelsenkirchen, Urteil v. 13.05.2020 - S 46 KR 2242/19

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 112, 275 Ic


Das SG verurteilt die Bekl., an die Kl. 16.271,50 € zzgl. Zinsen zu zahlen und wies die Hilfswiderklage ab.

bb) Landesvertragliches Aufrechnungsverbot zulässig

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 08.04.2019 - L 10 KR 723/17

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 17/20 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 39, 69 I 3, 109 IV 3; KHEntgG § 7; KHG § 17b; BGB §§ 387 ff.


www.dg-kassenarztrecht.de
cc) Aufrechnung im Zeitraum 09.11. bis 31.12.2018 zulässig

SG Marburg, v. 30.07.2020 - S 14 KR 154/19
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 109 IV 3, V; SGB I § 45


j) Frist zur Vorlage der Unterlagen

aa) Pflicht des MDK zur Konkretisierung der angeforderten Unterlagen

SG Dortmund, Urteil v. 25.05.2020 - S 48 KR 1115/17
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 109 IV 3, 275, 276; KHG § 17c II

Leitsatz: 1. Die Regelung in der Vereinbarung über das Nähere zum Prüfverfahren nach § 275 Abs. 1c SGB V (Prüfverfahrensvereinbarung - PrüfvV) gemäß § 17c Abs. 2 KHG in der im Jahr 2016 gültigen Fassung, wonach ein Krankenhaus nach Aufforderung innerhalb einer vorgegebenen **Frist** die für die Prüfung notwendigen **Unterlagen zu übermitteln** hat und im Falle der nicht fristgerechten Übermittlung ein Zahlungsanspruch nur in Höhe des unstreitig gestellten Rechnungsbetrags besteht (§ 7 Abs. 2 Satz 3 und 4 PrüfvV), ist eine materiell-rechtliche **Ausschlussfrist**.


3. Die Krankenkasse kann die Anwendung der Ausschlussfrist nicht auf zwar durch den MDK angeforderte, aber nicht übermittelte Unterlagen stützen, wenn diese für die Beurteilung nicht von **Relevanz** sind.

   Das **SG** verurteilte die Bekl., an die Kl. 6.808,58 € nebst Zinsen zu zahlen.

bb) Frist zur Übersendung der Unterlagen keine materiell-rechtliche Ausschlussfrist

SG Düsseldorf, Urteil v. 11.02.2019 - S 9 KR 1494/16
www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 39, 108; KHG § 17c II 1


   Das **SG** verurteilte die Bekl., an die Kl. 9.613,03 € nebst Zinsen zu zahlen.
k) Abrechnungs- und Prüfverfahren

aa) Fehlende Übermittlung von Behandlungsdaten

SG Düsseldorf, Urteil v. 03.03.2020 - S 47 KR 785/17
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 275 Ic, 301

Leitsatz: Soweit in der Abrechnung des Krankenhauses für eine stationäre Behandlung kein OPS genannt wird, hat das Krankenhaus der Krankenkasse - zumindest auf Rückfrage - Informationen zum Grund der Aufnahme zu liefern.

Entsprechend wie bei regelhaft ambulanten Behandlungen besteht hier eine ergänzende Informationspflicht zum Grund der Aufnahme.

Das SG wies die Klage ab.

bb) Vorlagefrist für Krankenhausunterlagen: Materiell-rechtliche Ausschlussfrist

LSG Hessen, Urteil v. 28.05.2020 - L 8 KR 221/18
Revision anhängig: B 1 KR 24/20 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 109; KHG § 17c II


cc) Präklusionswirkung bei fehlender Einleitung eines Prüfverfahrens

SG Duisberg, Gerichtsbescheid v. 04.05.2020 - S 60 KR 2844/18
Revision anhängig: LSG Nordrhein-Westfalen - L 11 KR 354/20 -
www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 9 I, 109 IV 3, 275 Ic


Das SG wies die Klage der Krankenkasse ab.

4. Kündigung einer Kooperationsvereinbarung

LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 05.06.2020 - L 9 KR 172/20 B ER
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 39, 108, 109; SGG § 86b II

Leitsatz: Ein Kooperationsvertrag zwischen Krankenhäusern, der geeignet ist, die Wahlfreiheit gesetzlich Versicherter im Bereich der stationären Krankenhausversorgung zu beeinträchtigen und den Versorgungs auftrag eines Krankenhauses zu verkürzen, darf gekündigt werden.

Auf die Gefahr eines Versorgungsnotstandes für gesetzlich Versicherte kann sich ein zur Versorgung zugelassenes Krankenhaus nicht berufen.

Die Ast. ist eine in der Form der GmbH & Co KG organisierte Gesellschaft, die u.a. mehrere psychiatrische Fachkrankenhäuser betreibt. Die Ag. ist eine rechtsfähige Anstalt des öffentlichen Rechts in Emmendingen und betreibt u.a. ein Fachkrankenhaus im Fachgebiet der Psychiatrie und Psychotherapie (§ 1 I Nr. 5 Gesetz zur
Errichtung der Zentren für Psychiatrie v. 03.07.1995 - EZPsychG) nach eigenen Angaben mit differenziertem Versorgungsangebot für die ca. 1,3 Millionen Einwohner der Region. SG Berlin, Beschl. v. 24.02.2020 - S 198 KR 2666/19 ER - lehnte die Anträge auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das LSG wies die Beschwerde zurück.

5. Fallpauschalen

a) Fallzusammenführung

aa) Unvorhersehbar hinzugetretene weitere Erkrankung

LSG Bayern, Urteil v. 29.01.2019 - L 5 KR 631/17
Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B I KR 9/20 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
FPV § 2 II

Leitsatz: Eine Fallzusammenführung aus wirtschaftlichen Gründen ist dann unzulässig, wenn der Zeitraum zwischen zwei stationären Krankenhausaufenthalten allein medizinisch begründet ist.


bb) Wiederaufnahme nach vorzeitiger Entlassung des Versicherten auf dessen Wunsch

SG Rostock, Urteil v. 11.06.2020 - S 17 KR 382/18
juris
FPV § 2 III

2. Es liegt eine Wiederaufnahme wegen einer Verantwortungsbereich des Krankenhauses fallenden Komplikation im Zusammenhang mit der durchgeführten Leistung i.S.d. § 2 Abs. 3 Satz 1 Fallpauschalenvereinbarung 2014 vor, wenn ein multimorbider Patient in palliativer Situation bei subjektiv bessarem Wohlbefinden trotz noch nicht abgeschlossener Behandlung hinsichtlich einer ersichtlich zunehmenden Verschlechterung von Gesundheitswerten auf eigenen Wunsch entlassen wird und eine weitere Zustandsverschlechterung eine Wiederaufnahme erforderlich macht.

Das SG verurteilte die Bekl., an die Kl. 3.901,04 € nebst Zinsen zu zahlen, und wies im Übrigen die Klage ab.

b) Weiterführende Behandlung nach Notfallintervention in anderem Krankenhaus

LSG Saarland, Urteil v. 23.07.2019 - L 2 KR 2/18
Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B I KR 11/20 R
juris
SGB V §§ 39 I, 109 IV

Leitsatz: Eine Intervention im Schockraum eines Krankenhauses ist Teil einer Notfallbehandlung bzw eine intensivmedizinische Maßnahme.

c) Bestimmung der Hauptdiagnose bei „Aufnahme ins Krankenhaus“


2. Zu der Aufnahme ins Krankenhaus gehört deshalb auch die Pflegeanamnese auf der Station durch die Pflegekräfte, zu der die erste Patientenbeobachtung gehört. Treten Beschwerden oder Symptome erst hier auf, kann die dazugehörige Krankheit Hauptdiagnose sein, da die Krankheit noch bei Aufnahme ins Krankenhaus aufgetreten ist.

Das SG verurteilte die Bekl., an die Kl. 23.217,67 € nebst Zinsen zu zahlen.

d) Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls

SG München, Gerichtsbescheid v. 27.04.2020 - S 15 KR 2443/18


Die Klarstellung des OPS 8-98b „Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls“ gilt mit Rückwirkung (§ 301 II 6 SGB V).

Das SG wies die Klage der Krankenkasse gegen die Krankenhauserin ab.

Parallelverfahren:
SG München, Gerichtsbescheid v. 27.04.2020 - S 15 KR 2343/18


Das SG verurteilte die Bekl., an die Kl. 33.549,59 € nebst Zinsen zu zahlen.

e) Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung

SG Duisburg, Urteil v. 17.06.2020 - S 60 KR 566/19


Das SG verurteilte die Bekl., an die Kl. 33.549,59 € nebst Zinsen zu zahlen.
f) Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung

aa) Geriatriepatienten unterhalb von 60 Jahren

LSG Hamburg, Urteil v. 28.05.2020 - L 1 KR 25/18

Revision anhängig: B 1 KR 21/20 R
juris
SGB V §§ 109 IV 3; KHEntgG §§ 7 I 1 Nr. 1, 9 I 1 Nr. 1 u. 3, 11; KHG § 17 b


SG Hamburg, Urt. v. 23.01.2018 - S 8 KR 2154/18 - wies die Klage der Krankenkasse ab, das LSG die Berufung zurück.

bb) Vertretungsmöglichkeit

SG Aachen, Urteil v. 07.07.2020 - S 14 KR 560/19

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

Das Erfordernis der Gewährleistung einer jederzeitigen Vertretungsmöglichkeit der ärztlichen Behandlungsleistung und der i.S.d. OPS (Spiegelstrich 5, S. 2) qualifizierten Pflegefachkraft zur Kodierung des OPS 8-550 ist dem OPS nicht zu entnehmen.

Die Beteiligten streiten um eine Rückforderung des Teils einer Vergütung für Krankenhausbehandlung die auf der Kodierung des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS 2017) 8-550 (Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung) beruht. Das SG wies die Klage der Krankenkasse ab.


g) Nierenversagen nach medizinischen Maßnahmen

SG Hannover, Urteil v. 30.01.2020 - S 19 KR 2103/16

KHEntgG §§ 9, 17b


Das SG verurteilte die Bekl., an die Kl. 2.255,11 € zzgl. Zinsen zu zahlen.

h) Dokumentation einer Spondylodese

LSG Hamburg, Urteil v. 23.01.2020 - L 1 KR 87/19

SGB V §§ 39 I, 109 IV 19


SG Hamburg, Urt. v. 25.06.2019 - S 8 KR 2233/16 - wies die Klage ab, das LSG verurteilte die Bekl., an die Kl. 3.769,67 € nebst Zinsen zu zahlen.
i) Paresen und Plegien

SG Dresden, Urteil v. 24.06.2020 - S 38 KR 127/18

Leitsatz:

1. Der **Kode G82.09** (schlaffe Paraparesen und Paraplegien, nicht näher bezeichnet) kann auch bei Paraparesen peripherer Ursachen verwandt werden. Die Kategorie G82.- ist nicht auf zerebral oder durch Verletzung des Rückenmarks bedingte Paresen und Plegien beschränkt.

2. Ein Kode (hier: G82.09 [schlaffe Paraparesen und Paraplegien]) kann neben der durch das Kreuz-Stern-System beschriebenen Diagnose (hier: E11.40+G73.0 [Diabetes Mellitus mit Myatrophie]) kodiert werden, wenn er der **zusätzlichen Spezifizierung** der durch das Kreuz-Stern-System beschriebenen Diagnose dient.

Das **SG** verurteilte die Bekl., an den Kl. 1.555,65 € nebst Zinsen zu zahlen.

j) Tumorerkrankung während der Schwangerschaft

SG Rostock, Urteil v. 04.06.2020 - S 17 KR 942/18

Leitsatz:


Das **SG** verurteilte die Bekl., an den Kl. 1.024,32 € nebst Zinsen zu zahlen.

k) Implantation eines Okkluders-Modell: Amplacer Cardiac Plug

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 16.06.2020 - L 11 KR 4149/18

Leitsatz:

Im Jahr 2016 bestand eine Indikation i.S. einer Empfehlung für den **Verschluss des linken Vorhofohrs** (Implantation eines Okkluders-Modell: Amplacer Cardiac Plug), wenn bei einem Patienten ein hohes Schlaganfallrisiko bestand und gleichzeitig eine Kontraindikation für eine Langzeitantikoagulation vorlag.


l) Wirtschaftlichkeitsgebot: Implantation eines Klappensystems zur Behandlung einer COPD

SG Neuruppin, Gerichtsbescheid v. 02.03.2020 - S 20 KR 223/18

Die **Implantation des endobronchialen Klappensystems** zur Behandlung einer **COPD** verstößt gegen das **Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsgebot**, wenn keine Studien von ausreichendem Evidenzgrad vorliegen, die eine eindeutige Überlegenheit, Wirksamkeit und Unbedenklichkeit im Vergleich zur Standardtherapie nachweisen.

Das **SG** wies die Klage ab.
m) Beatmung

aa) Berechnung der Beatmungsstunden

LSG Bayern, Urteil v. 26.05.2020 - L 5 KR 273/17

Revision anhängig: B 1 KR 26/20 R

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


bb) Spontanatmungsstunden in der Periode der Entwöhnung


cc) Beatmungszeiten und intensivmedizinische Versorgung

SG Hamburg, Urteil v. 03.02.2020 - S 21 KR 1837/15


Das SG wies die Klage ab.
dd) Künstliche Beatmung: Nasale CPAP (continuous positive airway pressure)

**LSG Hessen, Urteil v. 06.05.2020 - L 1 KR 309/19**

Die **maschinelle Beatmung** („künstliche Beatmung“) setzt gemäß Kodierregel DKR 1001h (2011) nach Wortlaut und Regelungssystem voraus, dass der Patient intubiert oder tracheotomiert ist oder bei intensivmedizinischer Versorgung die Beatmung über ein Maskensystem erfolgt, wenn dieses an Stelle der bisher üblichen Intubation oder Tracheotomie eingesetzt wird. Im Rahmen der hier streitigen **nasalen CPAP (continuous positive airway pressure)** findet eine Intubation oder Tracheotomie jedoch nicht statt; die nasale CPAP ersetzt auch kein Maskensystem mit der Funktion einer Intubation oder Tracheotomie. 


**LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 28.04.2020 - L 9 KR 152/20 KL ER**


Das **LSG** wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung zurück.

7. Aufwandspauschale: Erstattungsforderung der Krankenkasse

**LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 09.06.2020 - L 9 KR 320/19**

**Leitsatz:** Eine **Erstattungsforderung der Krankenkasse** für eine ohne Rechtsgrund gezahlte Aufwandentschädigung nach § 275 Abs. 1 c SGB V ist auch vor dem 01.01.2016 nicht nach Treu und Glauben ausgeschlossen.


www.dg-kassenarztrecht.de
IX. Beziehungen zu Leistungserbringern und Arzneimittelherstellern

1. Apotheken

a) Verletzung des Abgabeverbots: Anspruch auf ermessensfehlerfreie Entscheidung

SG Nordhausen, Urteil v. 25.02.2020 - S 6 KR 251/18
juris
SGB V § 129

Leitsatz: § 3 Abs. 1 S. 2 Spiegelstrich 3 des Rahmenvertrages zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem DAV nach § 129 Abs. 2 SGB V in der Fassung vom 30.09.2016 eröffnet dem Apotheker auf Antrag auch im Falle der Verletzung des Abgabeverbotes nach § 12 Abs. 1 Nr. 1 Buchst b BtMVV einen Anspruch auf ermessensfehlerfreie Entscheidung der Krankenkasse darüber, ob trotz des Verstoßes der Apotheker ganz oder teilweise vergütet wird.

Das SG verurteilte die Bekl., über den Antrag der Kl. auf Kulanzentscheidung betreffend die Rezepte ermessensfehlerfrei neu zu entscheiden.

b) Kündigung der Vereinbarung über Röntgenkontrastmittel (Open-House-Verfahren)

SG Konstanz, Beschluss v. 26.06.2020 - S 7 KR 1075/20 ER
juris
SGB V § 130a; SGG § 86b II 2

Bei Open House-Verträgen haben alle in gleicher Weise die Möglichkeit, Verträgen beizutreten, um sodann im Rahmen des gesetzlichen Automatismus bei der Abgabe nach § 129 I 3 bevorzugt zu werden.


c) Keine Hemmung der Verjährung bei fehlender Klagesubstantierung (Herstellerrabatt)

SG Kassel, Gerichtsbescheid v. 20.05.2020 - S 12 KR 955/19
juris
BGB § 204 I Nr. 1

Ausführungen des Bekl. zu eigen, wobei die Ausführungen zur nach Ansicht des Bekl. auch unzulässigen Klageerhebung hierin einbezogen werden können, und sieht nach eigener Prüfung analog § 136 Abs. 3 SGG von einer weiteren ausführlicheren Darstellung der Entscheidungsgründe ab. Das SG wies die Klage der Krankenkasse gegen den bekl. Apotheker ab.

2. Hilfsmittelbringer: Kein Beitritt zu Arzneiversorgungsvertrag (hier: Trinknahrung)

SG für das Saarland, Urteil v. 05.03.2020 - S 20 KR 398/18

Leitsatz: 1. Eine Leistungserbringerin, die auch Elementardiäten in Form von Trinknahrung anbietet, hat kein Recht, zu einem ausschließlich auf § 129 Abs. 5 und 2 SGB V beruhenden Arzneiversorgungsvertrag (AVV) beizutreten. § 129 SGB V dient der Regelung der Rechtsbeziehungen der Apotheken zu den Krankenkassen; §§ 126, 127 SGB V bestimmen die Rechtsbeziehungen der Krankenkassen zu den Hilfsmittellieferanten. 2. Ein AVV, der sich als Ergänzung zum Rahmenvertrag nach § 129 Abs. 2 SGB V versteht, ist nicht deshalb als typenmischer Vertrag zu verstehen, weil in Anlage 2 zu dem AVV eine Preisberechnung für Elementardiäten/Sondennahrung enthalten ist. 3. Für die Leistungserbringerin besteht das Wahlrecht, einem bestehenden Vertrag nach § 127 Abs. 2 SGB V beizutreten oder einen eigenen Vertrag mit der Krankenkasse auszuhandeln. Das SG wies die Klage ab.

X. Angelegenheiten der Krankenkassen

1. Verwendung der elektronischen Gesundheitskarte verfassungsgemäß

LSG Rheinland-Pfalz, Urteil v. 29.08.2019 - L 5 KR 303/18

Leitsatz: 1. Krankenkassen sind berechtigt, die Ausstellung einer elektronischen Gesundheitskarte ("eGK") zu verweigern, wenn Versicherte ungeeignete Lichtbilder einreichen. Bei der Beurteilung des Lichtbildes haben sie die Eignung der elektronischen Gesundheitskarte als Versicherungsnachweis gegen die geschützten Rechtsgüter der Versicherten abzuwägen, insbesondere gegen das allgemeine Persönlichkeitsrecht und das Recht auf informationelle Selbstbestimmung. 2. Es besteht ein legitimes Interesse der Krankenkassen an einer Vereinheitlichung des Erscheinungsbildes der eGK. Das persönliche Interesse der Versicherten auf der eGK die eigene Persönlichkeit und Meinung durch ein besonderes Erscheinungsbild zum Ausdruck zu bringen, muss...

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

3. Kein Anspruch auf Ausstellung eines papiergebundenen Anspruchsausweises anstelle der eGK

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 28.03.2019 - I 16 KR 676/16
Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 15/20 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 15 II, 291a

Ein Versicherter hat keinen Anspruch auf Ausstellung eines papiergebundenen Anspruchsausweises anstelle der elektronischen Gesundheitskarte über den 01.01.2015 hinaus.

SG Dortmund, Gerichtsb. v. 08.08.2016 - S 8 KR 504/15 - wies die Klage ab, das LSG die Berufung zurück.

XI. Bundessozialgericht (BSG)

1. Vertrags(zahn)ärztliche Behandlung

a) Wertungsmäßige Vergleichbarkeit bei Verlust eines wichtigen Sinnesorgans

BSG, Urteil v. 19.03.2020 - B 1 KR 22/18 R
juris = Die Leistungen Beilage 2020, 274

b) Satzungsregelung zur künstlichen Befruchtung

SozR 4-2500 § 11 Nr. 7
Leitsatz: Eine Krankenkasse darf Satzungsmehrleistungen für Maßnahmen der künstlichen Befruchtung auch dann auf die ersten drei Behandlungsversuche begrenzen, wenn der gesetzliche Leistungsanspruch im Einzelfall für mehr als drei Behandlungszyklen besteht.

c) Kostenbeteiligung zur Entfernung von Brustimplantaten

BSG, Urteil v. 27.08.2019 - B 1 KR 37/18 R
Leitsatz: Die gesetzliche Verpflichtung der Krankenkassen, Versicherte in angemessener Höhe an den Behandlungskosten von Krankheiten zu beteiligen, die sie sich aufgrund medizinisch nicht indizierter ästhetischer Operationen zugezogen haben, verstößt nicht gegen den Gleichheitssatz.

www.dg-kassenarztrecht.de
2. Fingierte Genehmigung

a) Deutlich fehlende Anspruchsvoraussetzungen: In-vitro-Fertilisations-Behandlung und Altersgrenze

BSG, Urteil v. 27.08.2019 - B 1 KR 8/19 R

Leitsatz: 1. Beantragt ein Versicherte bei seiner Krankenkasse eine Leistung, für die formale oder jedem deutliche gesetzliche Anspruchsvoraussetzungen nicht erfüllt sind, gilt die Leistung trotz verfristeter Bescheidung des Antrags nicht als genehmigt.
2. Gilt eine bei der Krankenkasse beantragte Leistung mangels fristgerechter Entscheidung als genehmigt, erledigt sich die fingierte Genehmigung mit dem Zeitpunkt, in dem der Berechtigte bei Leistungsbeschaffung eine klare gesetzliche Altersgrenze überschreitet.

b) Zahnersatz: Kein Anspruch auf Übernahme auch des Eigenanteils

BSG, Urteil v. 27.08.2019 - B 1 KR 9/19 R

Leitsatz: 1. Der Antrag auf Versorgung mit einem die Regelversorgung übersteigenden Zahnersatz liegt offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung.
2. Entscheidet eine Krankenkasse nicht fristgerecht über einen Antrag auf Versorgung mit einem die Regelversorgung übersteigenden Zahnersatz, gilt die Leistung dennoch nicht als genehmigt.

3. Anziehen von Kompressionsstrümpfen in Einrichtung der Eingliederungshilfe

BSG, Urteil v. 07.05.2020 - B 3 KR 4/19 R


4. Beziehungen zu Krankenhäusern

a) Fallzusammenführung: Wiederaufnahme und wirtschaftliches Alternativverhalten


Leitsatz: Entlässt ein Krankenhaus einen Versicherten trotz erwarteter und später erfolgter kurzfristiger Wiederaufnahme zur Tumoroperation, ohne die zeitnahe histologische Absicherung abzuwarten, hat es nur Anspruch auf Vergütung fiktiven wirtschaftlichen Alternativverhaltens als ein Behandlungsfall.
b) Spontanatmungsstunden und Beatmungszeit


Leitsatz: Ein Krankenhaus darf auch ohne Entwöhnungserfolg Spontanatmungsstunden in die Beatmungsvergütung einbeziehen, wenn es versucht hat, einen Patienten methodisch gezielt von maschineller Beatmung mit mindestens täglich sechsstündiger Maskenbeatmung zu entwöhnen.

5. Pharmazeutische Unternehmer: Maßgebliche Spitzenorganisation auf Bundesebene

BSG, Urteil v. 08.08.2019 - B 3 KR 16/18 R

Leitsatz: 1. In der Vorinstanz am Rechtsstreit als „Beklagte“ am Verfahren Beteiligte müssen in der Rechtsmittelinstanz nicht - entsprechend ihrer zutreffenden Rolle - als notwendig Beizuladende formell beigeladen werden, wenn sich dies auf das Ergebnis des Rechtsstreits nicht auswirkt.
   2. Der Schiedsstelle steht grundsätzlich die Befugnis zu, vorab formell über die am Schiedsverfahren Beteiligten zu entscheiden.
   3. Gegen eine Entscheidung der Schiedsstelle über die am Schiedsverfahren Beteiligten ist eine kombinierte Anfechtungs- und Feststellungsklage statthaft.
   5. Wird die Betroffenenpartizipation kraft Gesetzes über die Beteiligung von Verbänden gewährleistet, muss die Pluralität betroffener unterschiedlicher Interessen bei der Auswahl der Verbände sachgerecht abgebildet werden.

6. Angelegenheiten der Krankenkassen

a) Beratungs- und Betreuungsleistungen durch Vertrag mit Beratungsunternehmen

BSG, Urteil v. 08.10.2019 - B 1 A 3/19 R

Leitsatz: 1. Eine Krankenkasse darf Versorgungsmanagementprogramme zur Optimierung der Versorgung der Versicherten nicht eigenständig ohne Einbeziehung der betroffenen Leistungserbringer durchführen.
   2. Eine Krankenkasse darf Unterstützungs- und Beratungsleistungen im Rahmen eines Versorgungs- und Entlassmanagements als Kernaufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung nicht auf Dritte übertragen.

b) Kostenerstattungs-Wahltarife/Unterlassungsanspruch privaten Krankenversicherer

BSG, Urteil v. 30.07.2019 - B 1 KR 34/18 R

   2. Die Ermächtigung, Kostenerstattungs-Wahltarife einzuführen, berechtigt Krankenkassen lediglich dazu, den Umfang gesetzlich zugelassener Kostenerstattung bis hin zur vollen Kostenübernahme zu erhöhen.
C. ENTSCHEIDUNGEN ANDERER GERICHTE

I. Ärztliches Berufsrecht

1. Widerruf/Ruhen/Wiedererteilung der Approbation/Berufserlaubnis

a) Widerruf der Approbation

aa) Verwertung der Feststellungen in Strafurteil

VGH Bayern, Beschluss v. 15.06.2020 - 21 CS 19.1563
juris BÄO §§ 3, 5; VwGO §§ 80 V, 146 IV

Einwendungen, die nicht erkennen lassen, dass die der strafgerichtlichen Verurteilung zugrunde liegenden tatsächlichen Feststellungen nicht zutreffen, sind nicht geeignet, davon abzusehen, die in einem rechtskräftigen Strafurteil enthaltenen Feststellungen nicht zur Grundlage einer behördlichen oder gerichtlichen Beurteilung von Approbationswiderrufen zu machen.

LG Bamberg, Urt. v. 17.10.2016 verurteilte den Ast., Chefarzt einer Klinik für Gefäßchirurgie, wegen folgender Taten zu einer Freiheitsstrafe von 7 Jahren und 9 Monaten und verbot ihm für die Dauer von fünf Jahren die Ausübung des Arztberufs:
- Schwere Vergewaltigung in sechs Fällen jeweils mit gefährlicher Körperverletzung und mit Verletzung des höchstpersönlichen Lebensbereichs durch Bildaufnahmen, davon in vier Fällen mit sexuellem Missbrauch unter Ausnutzung eines Behandlungsverhältnisses,
- schwere sexuelle Nötigung in fünf Fällen jeweils mit sexuellem Missbrauch unter Ausnutzung eines Behandlungsverhältnisses, mit gefährlicher Körperverletzung und mit Verletzung des höchstpersönlichen Lebensbereichs durch Bildaufnahmen,
- schwerer sexueller Missbrauch von Widerstandsunfähigen in vier Fällen jeweils mit sexuellem Missbrauch unter Ausnutzung eines Behandlungsverhältnisses und mit Verletzung des höchstpersönlichen Lebensbereichs durch Bildaufnahmen, davon in drei Fällen mit vorsätzlicher Körperverletzung,
- gefährliche Körperverletzung in einem Fall,
- vorsätzliche Körperverletzung in einem Fall und
- Verletzung des höchstpersönlichen Lebensbereichs durch Bildaufnahmen in einem Fall.

Das Strafurteil ist, nachdem die auf ein Aufklärungsdefizit gestützte Revision des Ast. ohne Erfolg blieb, seit März 2018 rechtskräftig. Die beim BVerfG eingelegte Verfassungsbeschwerde des Ast. hatte ebfa. keinen Erfolg. Im August 2018 widerrief die Ag. die Approbation des Ast. als Arzt und ordnete die sofortige Vollziehung an. VGH Bayreuth, Beschl. v. 11.07.2019 - B 10 S 18.968 - lehnte den Antrag auf vorläufigen Rechtsschutz ab, der VGH wies die Beschwerde zurück.

bb) Strafverurteilung wegen Besitzes und Verbreitens von Kinderpornografie

OVG Sachsen, Beschluss v. 20.04.2020 - 6 A 1182/18
juris BÄO §§ 3 1 Nr. 2, 5 II


cc) Verurteilung wegen Besitzes von Kinderpornografie

VG Oldenburg, Urteil v. 23.06.2020 - 7 A 2200/19

juris BÄO §§ 3, 5; StGB § 184b IV; GG Art. 12 I

Leitsatz: Die strafrechtliche Verurteilung eines Arztes wegen des Besitzes kinderpornografischer Schriften rechtfertigt den Widerruf seiner Approbation.

dd) Missbräuchliches Verordnen von Benzodiazepinen

VG Oldenburg, Urteil v. 23.06.2020 - 7 A 461/19

juris BÄO §§ 3, 5


e) Vorsätzliches unerlaubtes Betreiben von Bankgeschäften

VGH Bayern, Beschluss v. 19.05.2020 - 21 ZB 16.540

juris BÄO §§ 3 11 Nr. 2, 5 II 1; KredWG § 54 I Nr. 2


Anspruch genommen, was zu seiner Privatisolvenz führte. Dem Kl. wurde im Mai 2014 die Approbation als Arzt wegen Unwürdigkeit zur Ausübung des ärztlichen Berufs widerrufen. **VG München**, Urt. v. 03.12.2015 wies die Klage ab. Der **VGH** lehnte den Antrag auf Zulassung der Berufung ab.

b) **Anordnung des Ruhens der Approbation wegen wahnhafter Störung**

**VGH Bayern, Beschluss v. 16.07.2020 - 21 CS 20.1192**

**juris** BÄO §§ 3 I 1 Nr. 3, 6 I Nr. 2; VwGO §§ 80 V, 146 IV


c) **Zur Befangenheit des Richters als Patient eines Arztes**

**OVG Niedersachsen, Beschluss v. 30.04.2020 - 8 LA 60/19**

**juris** VwGO § 54 I; ZPO §§ 42, 48

**Leitsatz:** Im Klageverfahren gegen den **Widerruf der Approbation** eines Arztes kann ein **Richter**, der diesen Arzt wiederholt als Patient konsultiert hat, aus der - insoweit maßgeblichen - Perspektive der Beteiligten **befangen** erscheinen.

2. **Strafrecht**

a) **BGH: Behandlungsver. ohne Approbation/Anvertrautsein im Rahmen eines Schülerpraktikums**

**BGH, Beschluss v. 07.04.2020 - 3 StR 44/20**

**juris** StGB §§ 174 I Nr. 1, 174c I, 184h Nr. 1

**Leitsatz:** 1. Eine ärztliche **Behandlung**, die der Täter ohne Approbation vornimmt, kann nach den von der Rechtsprechung entwickelten allgemeinen Maßstäben eine sexuelle Handlung im Sinne des § 184h Nr. 1 StGB sein, auch wenn die Behandlung medizinisch indiziert war und für sich genommen lege artis vorgenommen wurde.

2. Eine **Person unter sechzehn Jahren** kann dem Täter im Rahmen eines Schülerpraktikums **anvertraut** im Sinne des § 174 Abs. 1 Nr. 1 StGB sein.

3. Ein Behandlungsverhältnis gemäß § 174c Abs. 1 StGB setzt **keine Approbation des Täters** voraus.
b) Werbung zum Schwangerschaftsabbruch auf Internetseite

KG Berlin, Beschluss v. 19.11.2019 - 3 Ss 80+81/19, 121 Ss 143/19, (3) 121 Ss 143/19 (80 + 81/19)
juris = StGB § 219a

Leitsatz: 1. Ein Arzt, der auf seiner Internetseite in dem angebotenen Leistungsspektrum auf die Vornahme von Schwangerschaftsabbrüchen unter Angabe der verwendeten Behandlungsmethode und dem Zusatz „in geschützter Atmosphäre“ hinweist, macht sich auch auf der Grundlage des neu eingefügten § 219a Abs. 4 StGB nach § 219a Abs. 1 StGB wegen Werbung für den Abbruch der Schwangerschaft strafbar.
2. Das Tatbestandsmerkmal um seines Vermögensvorteils willen im Sinne von § 219a Abs. 1 StGB ist zwar im Sinne einer Bereicherungsabsicht zu verstehen. Die Ausgestaltung von § 219a Abs. 1 StGB als abstraktes Gefährdungsdelikt ist dabei aber zu berücksichtigen.
3. Bietet ein Arzt fremde Schwangerschaftsabbrüche an, liegt eine Bereicherungsabsicht im Sinne von § 219a Abs. 1 StGB nicht auf der Hand. In so gelagerten Fällen bedarf es für das Bejahen dieses Merkmals darüber hinausgehender Feststellungen, die ein eigenes wirtschaftliches Interesse belegen.

c) Bestechung: Vertrieb von Nahrungsergänzungsmitteln über umsatzbeteiligte Ärzte

LG Hildesheim, Beschluss v. 07.02.2020 - 15 Qs 1/20, 15 Qs 2/20
juris = StraFo 2020, 253
StGB §§ 299a Nr. 3, 299b Nr. 1 u. 3

Leitsatz: 1. Nahrungsergänzungsmittel unterfallen nicht den Arznei-, Heil oder Hilfsmitteln im Sinne des § 299b Nr. 1 oder 2 StGB.
2. Die Zuführung von Kunden an einen Hersteller von Nahrungsergänzungsmitteln durch einen umsatzbeteiligten Arzt stellt keine Zuführung von Patienten im Sinne des § 299b Nr. 3 StGB dar.

3. Berufspflichten

a) Berufsrechtlicher Überhang trotz Einstellung des Strafverfahrens wegen sexuellen Missbrauchs

LBerG für Heilberufe Münster, Beschluss v. 29.07.2020 - 6t E797/18.T
juris = HeilBerG NRW § 29 I; StGB § 174c; StPO § 153a

Leitsatz: Ein berufsrechtlicher Überhang fehlt nicht bereits dann regelmäßig, wenn wegen der Berufspflichtverletzung zugrunde liegenden Tat ein Strafverfahren wegen sexuellen Missbrauchs unter Ausnutzung eines Behandlungsverhältnisses nach § 174c Abs. 1 StGB geführt und gemäß § 153a Abs. 2 StPO eingestellt worden ist.

b) Kein Rechtsschutz gegen Einstellung eines berufsrechtlichen Ermittlungsverfahrens

VG Meiningen, Beschluss v. 10.01.2019 - 7 B 70006/17
juris = HeilBG Thüringen § 57

4. Berechtigung zur Ausübung des Notfalldienstes

OLG Hamm, Urteil v. 29.01.2020 - 11 U 83/19
juris BGB § 839

Die **Berechtigung zur Ausübung des Notfalldienstes** hängt nicht davon ab, ob die K(Z)V den Arzt durch Rechtsakt von der Teilnahme ausgeschlossen hat. Die Entscheidung über die Nichtheranziehung ist nicht konstitutiv für den Anspruch, zum Notfalldienst herangezogen zu werden. Vielmehr sind für die Heranziehung zum kassenärztlichen Notfalldienst die im HeilBerG und der Notfalldienstordnung der K(Z)V normierten Voraussetzungen zu erfüllen; nur dann besteht ein Anspruch auf Teilnahme am Notfalldienst.

Die materiellen Voraussetzungen für die Heranziehung zum kassenärztlichen Notfalldienst ergeben sich aus § 30 I Nr.2 HeilBerG NRW i.V.m. § 3 I u. III NDO KZVWL. Die genannten Vorschriften erfordern für die Heranziehung zum Notfalldienst die **Ausübung des Berufs in ambulanter Tätigkeit** sowie den **Betrieb einer eigenen Praxis**. Der Praxisbegriff bezieht sich nicht allein auf das Vorhandensein geeigneter Räume, sondern auf die Gesamtheit der gegenständlichen und personellen Grundlagen für die Tätigkeit als freier Arzt niedergelassener Arzt, wobei der Praxisbetrieb neben Praxisräumen, die erforderliche Praxisinfrastruktur, den Hinweis auf den Praxissitz und Sprechzeiten durch ein entsprechendes Schild und die tatsächliche Entfaltung der ärztlichen Tätigkeit in dem jeweiligen Fachgebiet umfasst. An einem Praxisbetrieb fehlt es dann, wenn der Arzt keine ärztliche Tätigkeit mehr ausübt und über keinen Patientenstamm verfügt (vgl. BSG, Urt. v. 29.09.1999 - B 6 KA 1/99 R - BSGE 85, 1 = SozR 3-2500 § 103 Nr. 5, juris Rn. 40).

5. MRT Untersuchungen durch Orthopäden

LG Darmstadt, Urteil v. 13.05.2020 - 19 O 550/16
juris BGB § 812; GOÄ § 1; HeilBerG Hessen §§ 34, 35

**Fachärzte für Orthopädie** können MRT Untersuchungen bei ihren Privatpatienten durchführen. Sie sind weder als fachgebietsfremd im Sinne des § 34 Hess. HeilBerG noch entgegen den Regeln der ärztlichen Heilkunst (§ 1 II GOÄ) erbracht.

6. Strukturelle Voraussetzungen einer Weiterbildungsbefugnis zu „Spezielle Schmerztherapie“

VG Würzburg, Urteil v. 15.05.2020 - W 10 K 19.671
juris HKG Bayern Art. 31, 35


7. Erteilung eines elektronischen Heilberufsausweises: Zuständigkeit der Sozialgerichtsbarkeit

VG Schwerin, Beschluss v. 09.06.2020 - 7 A 651/20 SN
juris SGB V § 291a; SGG § 51 I Nr. 2

**Leitsatz:** Für Streitigkeiten um die Erteilung eines elektronischen Heilberufsausweises im Sinne von § 291a SGB V durch die zuständige heilberufliche Kammer sind gemäß § 51 Abs. 1 Nr. 2 SGG die Sozialgerichte zuständig.
II. Arzthaftung

1. Bundesgerichtshof (BGH)

a) Abgrenzung eines Befunderhebungsfehlers vom Fehler der therapeutischen Aufklärung

BGH, Urteil v. 26.05.2020 - VI ZR 213/19
juris BGB §§ 280 II, 823 I

Leitsatz: 1. Der für die Auswertung eines Befundes verantwortliche Arzt hat all die Auffälligkeiten zur Kenntnis und zum Anlass für die gebotenen Maßnahmen zu nehmen, die er aus berufsfachlicher Sicht seines Fachbereichs unter Berücksichtigung der in seinem Fachbereich vorausgesetzten Kenntnisse und Fähigkeiten sowie der Behandlungssituation feststellen muss (Senatsurteil vom 21. Dezember 2010 - VI ZR 284/09, BGHZ 188, 29 Rn. 11 f.). Diese Pflicht besteht erst recht dann, wenn, wie bei einem Mammographie-Screening, Zweck der Untersuchung die Früherkennung einer Krebserkrankung ist und es sich um eine im Rahmen der Anamnese nachgefragte und angegebene Auffälligkeit (hier: Mamillenretraktion) handelt, die auf eben eine solche Krebserkrankung hindeuten kann.

2. Zum Grundsatz der horizontalen Arbeitsteilung.


b) Haftung eines vom Durchgangsarzt hinzugezogenen Radiologen

BGH, Urteil v. 10.03.2020 - VI ZR 281/19
ejuris SGB VII § 34; BGB §§ 630a I, 839; GG Art. 34


c) Verjährung wegen ärztlicher Behandlungsfehler im Zusammenhang mit Geburt

BGH, Urteil v. 26.05.2020 - VI ZR 186/17
juris BGB §§ 195, 199

d) Selbständiges Beweisverfahren zu Inhalt und Umfang der ärztlichen Aufklärungspflicht

BGH, Beschluss v. 06.07.2020 - VI ZB 27/19
juris
ZPO § 485 II

Leitsatz: Beweisfragen zu Inhalt und Umfang der ärztlichen Aufklärungspflicht kommen als Gegenstand eines selbständigen Beweisverfahrens nach § 485 Abs. 2 ZPO in Betracht (Festhaltung Senatsbeschluss vom 19. Mai 2020 - VI ZB 51/19, juris).

e) Gegenstand eines selbständigen Beweisverfahrens: Umfang der ärztlichen Aufklärungspflicht

BGH, Beschluss v. 19.05.2020 - VI ZB 51/19
juris
ZPO §§ 404a I, 485 II 1 Nr. 2, 492 I


2. Behandlungsfehler

a) Fachgleiche Begutachtung/Bedeutung der ärztlichen Dokumentation

OLG Dresden, Beschluss v. 04.05.2020 - 4 U 463/20
juris
BGB § 630a; ZPO §§ 404,407a

2. Einer formell und materiell ordnungsgemäßen ärztlichen Dokumentation ist bis zum Beweis des Gegenteils Glauben zu schenken.

b) Zurücklassen eines Fremdkörpers: Zählkontrolle und Dokumentationspflicht

OLG Dresden, Urteil v. 07.07.2020 - 4 U 352/20
juris
BGB § 630a

2. Das unbemerkt Zurücklassen eines Fremdkörpers ist dem vollbeherrschbaren Bereich des Klinikums zuzuordnen, wenn nicht festgestellt werden kann, dass die gebotenen organisatorisch-technischen Vorkehrungen hiergegen getroffen wurden.
c) Behauptung eines Hygieneverstoßes/Auftreten einer Infektion

OLG Dresden, Beschluss v. 06.04.2020 - 4 U 2899/19


2. Eine Beweislastumkehr kommt nur dann in Betracht, wenn feststeht, dass die Infektion aus einem hygienisch beherrschbaren Bereich stammt; allein das Auftreten einer Infektion stellt demgegenüber keinen Anhaltspunkt für einen haftungs begründenden Mangel dar.

d) Implantierung einer Großkopf-Hüfttotalendoprothese

OLG Karlsruhe, Urteil v. 08.06.2020 - 14 U 171/18


3. Ein kräftiger Schlag mit einem schweren Hammer kann ausreichen, um eine Kraft von 7 kN aufzubringen. Dieses Ergebnis ist aber nicht sicher reproduzierbar (Konstruktionsfehler i.S.v. § 3 ProdHaftG).

4. Soweit der Hersteller die Kausalität zwischen fehlerhaftem Produkt und Schaden mit der Behauptung verneinen will, das von ihm in Verkehr gegebene Produkt sei nachträglich durch falschen Einbau oder Reinigung negativ beeinflusst worden, trägt er die Beweislast (§ 1 Abs. 2 Nr. 2 und Abs. 4 S. 2 ProdHaftG).

5. Die Haftung kann nach § 1 Abs. 2 Nr. 5 ProdHaftG nur ausgeschlossen sein, wenn der Hersteller beweist, dass der Produktfehler zum Zeitpunkt der Inverkehrgabe des konkreten Produkts nach dem Stand der Wissenschaft und Technik nicht erkennbar war. Es kommt dabei nicht auf die konkrete Gefährlichkeit des einzelnen Implantats, sondern allein die Gefährlichkeit der Konstruktion des Prothesentyps an. Der Hersteller geht mit dem Inverkehrbringen ein Risiko ein, für dessen Eintritt er auch haftet, wenn er es im Einzelfall nicht vorhersagen hat. Die unzutreffende Annahme des Herstellers, eine bekannte Gefahr beseitigt oder behoben zu haben, reicht nicht aus, um einen sog. Entwicklungsfehler im Sinne des § 1 Abs. 2 Nr. 5 ProdHaftG anzunehmen, für den der Hersteller nicht einzustehen hat.

e) Auftreten von Paravasaten bei der Verwendung eines Portsystems

OLG Dresden, Beschluss v. 23.04.2020 - 4 U 347/20

juris
BGB §§ 630a, 630i


f) Beitragsminderungsschaden einer gesetzlichen Krankenkasse

KG Berlin, Beschluss v. 18.05.2020 - 20 U 53/19

juris
SGB V § 224

Leitsatz: 1. Der Schaden, den eine Krankenkasse dadurch erleidet, dass ein Mitglied als Folge eines ärztlichen Behandlungsfehlers ihrer früheren Erwerbstätigkeit nicht mehr nachgehen kann, wodurch sich der Krankenkassenbeitrag verringert, ist als mittelbarer Schaden nicht erstattungsfähig.


g) Vorbringen im Berufungsverfahren über Kontraindikation

OLG Dresden, Urteil v. 02.06.2020 - 4 U 242/20

juris
ZPO §§ 286, 529

Leitsatz: Der im Berufungsverfahren erhobenen Behauptung, das erstinstanzliche Gericht habe es unterlassen abzuklären, ob eine psychische Erkrankung des Patienten als Kontraindikation für die durchgeführte Behandlung (hier: tiefe Hirnstimulation bei M. Parkinson) vorgelegen habe, ist nicht nachzugehen, wenn sich weder den Behandlungsunterlagen noch dem Vortrag des Patienten Anhaltspunkte für eine solche Erkrankung im Behandlungszeitpunkt entnehmen lassen.

h) Eingliederung von Zahnersatz: Unterlassene Untersuchung auf CMD

OLG Köln, Urteil v. 08.04.2020 - 5 U 64/16

juris
BGB § 823

Die endgültige Eingliederung der Versorgung, ohne zuvor auf Anzeichen einer beginnenden CMD (Craniomandibuläre Dysfunktion) zu untersuchen, obwohl solche Anzeichen vorhanden sind und eine derartige Untersuchung mindestens in Form eines CMD-Schnelltestes zwingend geboten ist, verstößt gegen fachzahnärztlichen Behandlungsstandard.

3. Beschäftigung eines Nichtarztes zur Heilbehandlung

OLG Köln, Urteil v. 13.05.2020 - 5 U 126/18

BGB §§ 254, 280, 611, 823 I, 831

Eine Heilbehandlung oder eine invasive kosmetische Behandlung ohne ärztliche Approbation stellen sich per se als grob fehlerhaft dar. Wegen der rechtswidrigen Beschäftigung eines Nichtarztes, des hierdurch geschaffenen Anscheins der Arzteigenschaft und der hierdurch begründeten Gefahren für Dritte ist er verpflichtet, wenn er von der Behandlungsabsicht des Nichtarztes Kenntnis hat, die Patientin zu warnen und eine Behandlung im Rahmen des Möglichen zu verhindern.
4. Aufklärung/Einwilligung

a) Aufklärungspflicht über die Gefahr ärztlicher Behandlungsfehler

OLG Braunschweig, Beschluss v. 23.12.2019 - 9 U 52/19

Leitsatz: 1. Da der Arzt grundsätzlich verpflichtet ist, den medizinischen Behandlungsstandard nicht zu unterschreiten, muss er daneben den Patienten nicht zusätzlich therapeutisch darüber aufklären, dass es für diesen sicherer wäre, wenn der medizinische Behandlungsstandard eingehalten und nicht unterschritten wird. Vielmehr schuldet ein Arzt einen solchen therapeutischen Sicherheitshinweis erst dann, wenn der Patient eine ihm angebotene indizierte und dem medizinischen Stand entsprechende Behandlung ganz ablehnt oder eine wählen möchte, die hinter dem medizinischen Standard zurückbleibt.


b) Alternativbehandlung und Arzt der anderen Fachrichtung

OLG Dresden, Urteil v. 12.05.2020 - 4 U 1388/19

Leitsatz: 1. Im Berufungsverfahren ist es dem klagenden Patienten abzuverlangen, sich medizinisch fundiert, d.h. regelmäßig unter Bezug auf ein Privatgutachten, medizinische Leitlinien oder andere Stimmen aus der medizinischen Literatur mit den von ihm beanstandeten Feststellungen eines erstinstanzlichen Gerichtsgutachtens, auf die sich das erstinstanzliche Gericht gestützt hat, auseinanderzusetzen.

2. Klärt der Arzt auch über eine ernsthafte Alternative zu der von ihm in Aussicht genommenen Behandlung auf, ist er nicht verpflichtet, zu diesem Gespräch einen Arzt derjenigen Fachrichtung hinzuziehen, in die diese Alternativbehandlung fällt.


c) Patienteninformation (hier „Früherkennung des Grünen Stars <Glaukom>“)

OLG Düsseldorf, Urteil v. 19.03.2020 - 20 U 2/17

Bei einer Patienteninformation (hier „Früherkennung des Grünen Stars <Glaukom>“) handelt es sich um eine therapeutische Aufklärung nach § 630e II BGB, wenn der Arzt dem Patienten mitteilt, welche weiteren Maßnahmen er für angezeigt erachtet. Für deren Fehlerhaftigkeit trägt der Patient von vornherein die Beweislast.
d) Koloskopie: Risiko einer iatrogenen Perforation/Aufklärungsformular

OLG Dresden, Beschluss v. 07.04.2020 - 4 U 331/20
juris
BGB §§ 630a, 630i

Leitsatz:

e) Vernehmung des aufklärenden Arztes

OLG Dresden, Urteil v. 30.06.2020 - 4 U 2883/19
juris
BGB §§ 630c, 630h

Leitsatz:
1. Der Inhalt eines Aufklärungsgespräches lässt sich mit einem vom Patienten unterschriebenen Aufklärungsbogen nicht beweisen, für den Nachweis einer ordnungsgemäßen Aufklärung ist vielmehr regelmäßig die Vernehmung des aufklärenden Arztes erforderlich.
2. Ist seine Darstellung in sich schlüssig, soll dem Arzt allerdings in der Regel geglaubt werden, dass die Aufklärung auch im konkreten Fall in der gebotenen Weise geschehen ist.

5. Kein taggenaues Schmerzensgeld

KG Berlin, Beschluss v. 14.05.2020 - 20 U 170/19
juris = ZMGR 2020, 166
BGB § 253

Der Anspruch auf Schmerzensgeld ist kein gewöhnlicher Schadenersatzanspruch, sondern ein Anspruch eigener Art mit einer doppelten Funktion: Er soll dem Geschädigten einen angemessenen Ausgleich für diejenigen Schäden bieten, die nicht vermögensrechtlicher Art sind, und zugleich dem Gedanken Rechnung tragen, dass der Schädiger dem Geschädigten Genugtuung schuldet für das, was er ihm angetan hat (BGH v. 06.07.1955 - GSZ 1/55 BGHZ 18, 149). Die mit der Verletzung verbundene Lebensbeeinträchtigung im Verhältnis zu den anderen zu berücksichtigen Umständen steht stets an der Spitze (BGH, Urt. v. 20.01.2004 - VI ZR 70/03 - NJW 2004, 1243). Diese Prüfungspflicht steht einer schematischen Anwendung im Sinne von Gliedertaxen ebenso entgegen wie dem sog. taggenauen Schmerzensgeld.

6. Keine Aussetzung wegen eines gegen den Arzt geführten Ermittlungs- oder Strafverfahrens

OLG Dresden, Beschluss v. 25.06.2020 - 4 W 426/20
juris
ZPO §§ 148, 149

Leitsatz:
1. Auch wenn die Aussetzung im Ermessen des Ausgangsgerichts steht, hat das Beschwerdegericht uneingeschränkt zu prüfen, ob ein Aussetzungsgrund besteht.
7. Fachgebiet des medizinischen Sachverständigen

OLG Dresden, Beschluss v. 27.04.2020 - 4 U 225/20

juris BGB § 630a; ZPO § 404 I 1

Leitsatz: Bei der Auswahl eines medizinischen Sachverständigen ist grundsätzlich auf das Fachgebiet abzustellen in das der streitgegenständliche Eingriff fällt. Ob auch die Nachbehandlung zu diesem Fachgebiet zählt, ist unter Zuhilfenahme der Weiterbildungsordnungen zu entscheiden.

8. Berichtigung des Rubrums bei fehlerhafter Bezeichnung des Krankenhausträgers

LG Osnabrück, Beschluss v. 16.06.2020 - 3 O 212/20

juris ZPO § 319

Eine Berichtigung des Rubrums nach § 319 ZPO ist nach h.M. auch dann möglich, wenn der Kläger die andere Partei versehentlich falsch bezeichnet hat. Maßgeblich für die Abgrenzung zur Parteiänderung ist die Auslegung der vom Kläger gewählten Bezeichnung für die Beklagte (BGH BeckRS 2015, 12068 Rn. 21; NJW 2011, 1453 Rn. 12).

### Anhang I: BSG - Anhängige Revisionen Vertragsarztrecht


<table>
<thead>
<tr>
<th>Sachgebiet</th>
<th>Aktenzeichen:</th>
<th>Rechtsfrage</th>
<th>Vorinstanz</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Honorarverteilung</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Veröffentlichung von Beschlüssen des erweiterten Bewertungsausschusses im Internet</td>
<td>B 6 KA 8/20 R</td>
<td>Erfordert die ordnungsgemäße Bekanntmachung eines Beschlusses des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 6 Satz 9 (seit 11.5.2019: Satz 10) SGB 5 neben der Bekanntmachung im Internet, dass zeitgleich ein Hinweis auf die Fundstelle im Deutschen Ärzteblatt veröffentlicht wird?</td>
<td>LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 22.05.2019 - L 5 KA 2830/18 -</td>
</tr>
</tbody>
</table>

www.dg-kassenarztrecht.de
<table>
<thead>
<tr>
<th>Abrechnung der MKG-Operation über KZV</th>
<th>stungen auch dann nach Abschnitt 31.5.3 EBM-A 2008 abzurechnen, wenn der grund-</th>
<th>Urteilsverkündung v. 18.06.2019</th>
<th>L 4 KA 43/17</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Arzt-/Psychotherapeutenregister</td>
<td>Zweigpraxis/Genehmigung der KV/Fachkunde/Notdienst/Diszplinarrecht</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Physikalische und Rehabilitative Medizin: Sonographieleistungen</td>
<td>Ist ein Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin berechtigt, Sonographieleistungen gegenüber einer Kassenärztlichen Vereinigung abzurechnen?</td>
<td>LSG Saarland,</td>
<td>19-03-16</td>
</tr>
<tr>
<td>Belegarzt: Entfernung zwischen Wohnung und Praxis</td>
<td>Zur Berücksichtigung von ärztlichen Kooperationsformen bei der Bewertung der noch zulässigen Entfernung zwischen Wohnung und Praxis des Belegarztes und des Krankenhauses, um die unverzügliche und ordnungsgemäße Versorgung der Versicherten zu gewährleisten.</td>
<td>LSG Bayern,</td>
<td>20-02-12</td>
</tr>
<tr>
<td>Vorbereitungsassistenten in MVZ</td>
<td>Dürfen in einem MVZ, in dem nur ein Vertragsarzt (als zahnärztlicher Leiter) und im Übrigen nur angestellte Zahnärzte tätig sind, mehr als ein Vorbereitungsassistent beschäftigt werden?</td>
<td>SG Düsseldorf,</td>
<td>19-01-26</td>
</tr>
<tr>
<td>Sachlich-rechnerische Berichtigung</td>
<td>Fortbildungsverpflichtung: Wechsel des Fachgebiets während des Fünfjahreszeitraums</td>
<td>Wie wirkt sich ein Zulassungsverzicht, verbunden mit einer Neuzulassung im gleichen KÄV-Bezirk für ein anderes Fachgebiet, auf die Möglichkeit aus, eine unter der alten Zulassung begangene Verletzung der Fortbildungspflicht zu sanktionieren?</td>
<td>LSG Bayern,</td>
</tr>
<tr>
<td>Ultrasschalluntersuchungen bei ambulanten Operationen</td>
<td>Schließt Nr 8 der Präambel zu Abschnitt 31.2.1 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen (jurs: EBM-Ä 2008) die Abrechnung der während einer ambulanten Operation am Gefäßsystem (Nr 31202 ff EBM-Ä) durchgeführten Ultrasschalluntersuchungen (Nr 33072 EBM-Ä) sowie weiterer ambulanter Operationen, die innerhalb eines Zeitraums von drei Tagen bei denselben Patienten, aber in anderen Operationsbereichen vorgenommen werden, aus?</td>
<td>SG Düsseldorf,</td>
<td>19-03-11</td>
</tr>
<tr>
<td>Nr. 86516 der Onkologie-Vereinbarung (Zuschlag zu den Kostenpauschalen)</td>
<td>Kann der Zuschlag nach Ziffer 86516 Anhang 2 der Onkologie-Vereinbarung (&quot;Zuschlag ... für die intravenösen und/oder intraarteriell applizierte zytostatische Tumortherapie...&quot;) abgerechnet werden, wenn Biphosphonate intravenös und/oder intraarteriell und anschließend eine zytostatische Therapie oral appliziert wird?</td>
<td>LSG Baden-Württemberg,</td>
<td>19-01-20</td>
</tr>
</tbody>
</table>

www.dg-kassenarztrecht.de
<table>
<thead>
<tr>
<th>Rechtskraftwirkung eines</th>
<th>B 6 KA 1/20 R</th>
<th>Zur Rechtskraftwirkung eines Urteils, mit dem ein Regressbescheid des</th>
<th>LSG Berlin-Brandenburg,</th>
<th>20-01-27</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Rücknahme des Antrags auf Nachbesetzung</strong></td>
<td>B 6 KA 19/18 R</td>
<td>Hat die Rücknahme des Antrags eines Arztes auf Nachbesetzung seines Vertragsarztsitzes zur Folge, dass die gegen die Auswahlentscheidung des Berufungsausschusses gerichtete Klage eines Konkurrenten schon aus diesem Grunde erfolglos ist? SG Gelsenkirchen, Urteilsbescheid v. 20.04.2018</td>
<td>- S 16 KA 7/17 -</td>
<td>19-01-49</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Nachbesetzungsverfahren bei Zulassungsentziehung wegen Nichtausübung</strong></td>
<td>B 6 KA 14/18 R</td>
<td>Kann nach Reversal der Zulassung eines Vertragsarztes im Umfang eines halben Versorgungsauftrags wegen Nichtausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit ein Nachbesetzungsverfahren durchgeführt werden? SG Berlin, Urteilsbescheid v. 13.06.2018</td>
<td>- S 83 KA 997/16 -</td>
<td>18-03-45</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Verlegung einer genehmigten Anstellung in anderes MVZ unterschiedlicher Rechtsträger</strong></td>
<td>B 6 KA 16/19 R</td>
<td>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, Urteilsbescheid v. 17.04.2019</td>
<td>- S 27 KA 81/18 -</td>
<td>19-03-35</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Herausgabe einer Bürgschaftsurkunde nach</strong></td>
<td>B 6 KA 2/18 R</td>
<td>Kann der Gesellschafter einer GmbH, die ein medizinisches Versorgungszentrum betreibt, nach seinem Ausscheiden aus der Gesellschaft im Rahmen eines Rücknahmeverfahrens Gelder zu ihrer Verfügung stellen? LSG Niedersachsen-Bremen, Urteilsbescheid v. 08.11.2017</td>
<td>- S 27 KA 83/18 -</td>
<td>19-03-36</td>
</tr>
<tr>
<td>Gesamterweiterung/Integrierte Versorgung/Aufsicht/GKA/KV/ Pädiatrische Spezialambulanzen/Hausarztzentrierte Versorgung</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>---------------------------------------------------------------</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Abschläge nach § 95d SGB V: Auslegung des Begriffs „Honarberichtigungen“ in Vergütungsvb.</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>B 6 KA 5/19 R</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Termin:</strong> 30.09.2020</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Steht dem öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch der Krankenkasse gegen die Kassenärztliche Vereinigung auf Rückzahlung von Gesamterweiterungsanteilen aufgrund von Honorarkürzungen gegenüber Vertragszahnärzten wegen Verletzung der Fortbildungspflicht die Regelung einer Vertragsvereinbarung entgegen, nach der die zu zahlende Gesamterweiterung zur Berücksichtigung von Honorarberichtigungen um einen pauschalen Prozentsatz gemindert wird?</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>LSG Nordrhein-Westfalen,</strong> Urt. v. 10.10.2018</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>- L 11 KA 6/18 -</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>19-01-64</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Genehmigungsvorbehalt für humanangen. Leistungen im EBM</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>B 6 A 1/19 R</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Ist der Bewertungsausschuss befugt, im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen die Abrechenbarkeit human- und genetischem Leistungen von einer vorherigen Genehmigung durch die zuständige Krankenkasse abhängig zu machen?</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>LSG Berlin-Brandenburg,</strong> Urt. v. 10.04.2019</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>- L 7 KA 35/16 KL -</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>19-03-43</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>GBA: Erprobung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>B 6 KA 17/18 R</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Termin:</strong> 11.09.2019</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Ist der Hersteller eines diagnostischen Tests von der Weigerung im Rahmen 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?</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>LSG Berlin-Brandenburg,</strong> Urt. v. 27.06.2018</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>- L 7 KA 46/14 KL -</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>18-03-56</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Hausarztzentrierte Versorgung: Pflicht zur Selbstberbringung des Allgemeinlabors</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>B 6 KA 25/18 R</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Termin:</strong> 12.02.2020</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Stellt die in einem (Selektiv-)Vertrag über die hausarztzentrierte Versorgung (HzV) festgelegte Pflicht der an der HzV teilnehmenden (Haus-)Arzte, Leistungen des Allgemeinlabors (Abschnitt 32.2 EBM-A 2008) bei nach Qualifikation/Ausstattung möglicher Selbstberbringung selbst vorzunehmen, einen Eingriff in (Zulassungs-)Statusrechte bzw. in die Berufsausübungsfreiheit der nur auf Überweisung zur vertragsärztlichen Leistungserbringung befugten Laborärzte dar?</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>LSG Baden-Württemberg,</strong> Urt. v. 14.11.2018</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>- L 5 KA 3686/16 -</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>19-01-66</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Vertrag nach § 140a SGB V</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
| **B 6 A 1/20 R**  
(Vormals: B 1 A 4/19 R) |
| Darf in einem Vertrag nach § 140a SGB V vereinbart werden, dass die teilnehmenden Leistungserbringer Operationen ambulant erbringen und abrechnen dürfen, auch wenn diese weder im Leistungskatalog des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs für vertragsärztliche Leistungen noch im AOP-Katalog enthalten sind? Das kann in einem Vertrag nach § 140a SGB V vereinbart werden, dass häusliche Krankenpflege oder Haushaltshilfe gemäß der Verträge nach den §§ 132, 132a SGB V zu Lasten der Krankenkasse in Anschluss an die im vertrag definierten Leistungen (operative Eingriffe) ausgeschlossen und mit der Vergütung der Komplexpauschale abgegolten sind? 2. Vertrag zur integrierten Versorgung: Unzulässige Erweiterung der ambulanten Operationen |
| **LSG Hessen,** Urt. v. 18.07.2019 |
| **- L 1 KR 644/18 KL -** |
| **20-01-128** |
| **Erweiterte Honorarverteilung (EHV) der KV Hessen** |
| **Kostenanteile/Beitragsklassen (Quartale III/12-11/13)** |
| **B 6 KA 12/18 R**  
**B 6 KA 16/18 R**  
**B 6 KA 7/19 R**  
**B 6 KA 9/19 R** |
| **Termin:** 11.12.2019 |
| Verstoßt die Regelung des § 3 Absatz 1 Satz 1 EHV (juris: ErwHVGr E H) 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** |

www.dg-kassenarztrecht.de
Sonstiges/Verfahrensrecht

Anhang II: BSG - Anhängige Revisionen Krankenversicherung


<table>
<thead>
<tr>
<th>Sachgebiet</th>
<th>Aktenzeichen:</th>
<th>Rechtsfrage</th>
<th>Vorinstanz</th>
<th>RID</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ärztliche Behandlung</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Fußhebersystem zur Sicherung des Erfolges einer Krankenbehandlung/Neue Behandlungsmethode</td>
<td>B 3 KR 12/19 R</td>
<td>Wie ist bei Hilfsmitteln, die mehreren Versorgungszielen im Sinne des § 33 Absatz 1 Satz 1 SGB V dienen, das vorrangige Versorgungsziel im Hinblick auf § 13 Absatz 3a Satz 9 SGB V zu ermitteln? Dient ein elektronisches Fußhebersystem bei neurologisch bedingter Fußheberschwäche (vorrangig) dem Versorgungsziel der Sicherung des Erfolgs der Krankenbehandlung (§ 33 Absatz 1 Satz 1 Variante 1 SGB V), steht es dann in einem untrennbaren Zusammenhang mit einer neuen Behandlungsmethode im Sinne des § 135 SGB V?</td>
<td>LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 08.11.2018 - L 5 KR 21/18</td>
<td>19-01-98 NZB</td>
</tr>
<tr>
<td>Kostenerstattung</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Rücknahme</td>
<td>einer speziellen Privatklinik erfolgen soll.</td>
<td>- L 1 KR 308/18 -</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>---</td>
<td>---</td>
<td>---</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Begründet eine mit Ablauf der Frist eingetretene Genehmigungsfiguration einen Naturalleistungsanspruch des Versicherten auf die Versorgung mit einem Arzneimittel im Rahmen des Off-label-Use?</td>
<td>LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 15.02.2018 - L 5 KR 218/17 -</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Fingierte Genehmigung und Kassenwechsel</td>
<td>B 1 KR 19/18 R Termin: 26.05.2020</td>
<td>LSG Saarland, Urt. v. 23.07.2019</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Fingierte Genehmigung: Frist/Zurücknahme</td>
<td>B 3 KR 11/20 R</td>
<td>20-03-75 NZB</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Kann eine fingierte Genehmigung nach § 13 Absatz 3a SGB V durch § 45 SGB X zurückgenommen werden?</td>
<td>- -</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Genetische Stammzelltherapie im Off-Label-Use bei Mantelzelllymphom</td>
<td>B 1 KR 20/19 R Termin: 19.03.2020 omV</td>
<td>LSG Hamburg, Urt. v. 28.03.2019 - L 1 KR 125/17 -</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Ist eine nach einem relativ groben Untersuchungsmaßstab rezidivfreie Krebserkrankung (Mantelzelllymphom) bei der aufgrund &quot;schlummernder&quot; Krebszellen die große Wahrscheinlichkeit besteht, dass diese in ein Rezidiv in Form eines sich dann schnell entwickelten, unumkehrbaren und im Ergebnis tödlichen Prozesses umschlägt, wertungsmaßig mit einer Lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlichen Erkrankung vergleichbar?</td>
<td>LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 15.02.2020 - -</td>
<td>- L 1 KR 308/18 -</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Exoskelett</td>
<td>B 3 KR 10/20 R</td>
<td>LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 27.02.2020 - L 5 KR 675/19 -</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Dient ein Exoskelett, das als orthopädisches Hilfsmittel die Funktion der Beine ersetzt und ein selbstständiges Gehen und Stehen ermöglicht, dem unmittelbaren Behinderungsausgleich?</td>
<td>LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 27.02.2020 - L 5 KR 675/19 -</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Sind die Kosten einer GPS-Uhr mit Alarmsignal von der gesetzlichen Krankenversicherung bei einem geistig behinderten Heranwachsenden mit Weglauffertenz und Orientierungsschwierigkeit im Rahmen der Hilfsmittelversorgung zu übernehmen?</td>
<td>LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 17.09.2019 - L 1 KR 182/18 -</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Häusliche Krankenpflege/Haushaltshilfe</td>
<td>B 3 KR 14/19 R</td>
<td>LSG Bayern, Urt. v. 20.08.2019 -</td>
<td>20-01-90</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Hat eine Versicherte Anspruch auf häusliche Krankenpflege zum Verabreichen von</td>
<td>LSG Bayern, Urt. v. 20.08.2019 -</td>
<td>20-01-90</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
### Krankenhauskosten

**Mindestmenge: Widerlegung einer Prognose eines Krankenhauses**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Code</th>
<th>Text</th>
<th>Urteile</th>
<th>Seite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>B 1 KR 16/20 R</td>
<td>Welche Klageart ist gegen die Widerlegung der Prognose eines Krankenhauses für die Berechtigung zur Erbringung mindestmengenbelegter Leistungen statthaft? Welche Anforderungen sind an den Vortrag weiterer Umstände zur Begründung der berechtigten mengenmäßigen Erwartung und im Gegenzug, welche Anforderungen an die begründeten erheblichen Zweifel an der Richtigkeit einer vom Krankenhausträger übermittelten Prognose für die Berechtigung zur Erbringung mindestmengenbelegter Leistungen zu stellen?</td>
<td>LSG Berlin, Urt. v. 05.03.2020 - S 56 KR 2033/19</td>
<td>20-03-105</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Fallzusammenführung: Verschiedene Hauptdiagnosegruppen**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Code</th>
<th>Text</th>
<th>Urteile</th>
<th>Seite</th>
</tr>
</thead>
</table>

**Fallzusammenführung: Unvorhersehbare weitere Erkrankung**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Code</th>
<th>Text</th>
<th>Urteile</th>
<th>Seite</th>
</tr>
</thead>
</table>

**Fallzusammenführung mit drittem Krankenhausaufenthalt**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Code</th>
<th>Text</th>
<th>Urteile</th>
<th>Seite</th>
</tr>
</thead>
</table>

**Fallzusammenführung: Verlegung**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Code</th>
<th>Text</th>
<th>Urteile</th>
<th>Seite</th>
</tr>
</thead>
</table>

**Stationäre Notfallbehandlung vor Verlegung**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Code</th>
<th>Text</th>
<th>Urteile</th>
<th>Seite</th>
</tr>
</thead>
</table>

**Verlegung ohne aktives Tun des Krankenhauses**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Code</th>
<th>Text</th>
<th>Urteile</th>
<th>Seite</th>
</tr>
</thead>
</table>

**Fahrkosten**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Code</th>
<th>Text</th>
<th>Urteile</th>
<th>Seite</th>
</tr>
</thead>
</table>

**Rehabilitationsmaßnahmen**

**Zuzahlung**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Code</th>
<th>Text</th>
<th>Urteile</th>
<th>Seite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ambulante Versorgung</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

www.dg-kassenarztrecht.de
<table>
<thead>
<tr>
<th>Weitere Leistungserbringer/Arzneimitteilersteller</th>
<th>Sprechstundenbedarfes zu regeln?</th>
<th>LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 27.01.2020 - L 9 KR 82/19 KL -</th>
<th>20-02-112</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Festbetragsfestsetzung für Einlagen</td>
<td>Zum Vergütungsanspruch des Hörgeräteakustikers für die Versorgung von Versicherten mit Hörgeräten, wenn die Versorgungsanzeige der Krankenkasse entgegen der vertraglichen Regelung des Versorgungsvertrages nach § 127 SGB V nicht vor der Versorgung zugegangen ist.</td>
<td>LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 11.03.2020 - L 1 KR 178/17 KL -</td>
<td>20-02-114</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Integrierte Versorgung**

**Krankenkassen**

|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-----------|

**GBA**


**Sonstiges**

www.dg-kassenarztrecht.de