

## Rechtsprechungsinformationsdienst 20-02

REDAKTION .....	7
EDITORISCHE HINWEISE .....	7
A. VERTRAGS ARZTRECHT .....	8
I. Honorarverteilung .....	8
1. Benachteiligung von Teilzeitärzten durch Honorarobergrenze .....	8
2. Aufschlag auf Zusatzpauschale zu Nr. 04000 und 04030 EBM: Jobsharing-BAG .....	9
3. Auszahlungsquote bei Sonderregelung zum RLV (KV Hessen) .....	9
4. Nachvergütung für Notfallbehandlung im Krankenhaus (III u. IV/07) .....	9
II. Sachlich-rechnerische Berichtigung .....	10
1. Verkürzung der Ausschlussfrist: Geltungszeitpunkt .....	10
2. Zahnärzte .....	11
a) Untersagung bestimmter Anwendungen wegen fehlender Sterilität .....	11
b) Darlegungs-, Nachweis- und Dokumentationspflichten .....	11
c) Dokumentation und Abrechnungskürzel .....	12
d) Unzureichende Dokumentation und Leistungsnachweis .....	12
III. Notdienst/Belegarztanerkennung/Disziplinarrecht .....	13
1. Aussetzung der Teilnahme am Notdienst .....	13
2. Belegarztanerkennung: Erreichbarkeit in einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft .....	14
3. Disziplinarrecht: Pflicht zur Vorlage der Behandlungsunterlagen .....	15
IV. Wirtschaftlichkeitsprüfung/Arzneikostenregress/Schadenersatz .....	15
1. Zufälligkeitprüfung nach der Methode der statistischen Durchschnittsprüfung .....	16
2. Arzneikostenregress: Verordnungsausschluss von Reboxetin (Solvex®) während laufender Therapie .....	16
3. Verordnungen über Stimmbandtherapie als Folgeverordnungen .....	17
4. Keine Pflicht zur mündlichen Anhörung .....	17
5. Formunwirksamkeit eines vor Beschwerdeausschuss protokollierten Vergleichs .....	17
6. Zahnärztliche Behandlung: Praxisbesonderheit/Kostenintensive Fälle .....	18
V. Zulassungsrecht .....	19
1. Keine sog. Konzeptbewerbung bis zur näheren Ausgestaltung durch Normgeber .....	19
2. Sonderbedarfzulassung .....	20
a) Berücksichtigung eines lokalen Versorgungsbedarfs nach Landesausschuss .....	20
b) Sachkunde der Mitglieder der Zulassungsgremien/Überprüfung durch Versorgungsdaten .....	21

3. Nachbesetzungsverfahren	21
a) Zulassungsstatus/Fallzahlen von rund 50 % des Fachgruppenschnitts	21
b) Keine Ablehnung allein wegen Überversorgung	21
4. Ermächtigungen	22
a) Ermächtigung eines SPZ zur Behandlung spezieller Krankheitsbilder	22
b) Krankenhausärzte	22
aa) Beschäftigung in Krankenhaus außerhalb des Zulassungsbezirks	22
bb) Vorstationäre und nachstationäre Leistungen	22
5. Zulassungsentziehung: Sach- und Rechtslage im Zeitpunkt der letzten Verwaltungsentscheidung	23
VI. Angelegenheiten der KVen/Hausarztzentrierte Versorgung	23
1. Unbestimmte Vergütung eines KZV-Vorstands	24
2. Hausarztzentrierte Versorgung (Bayern): Änderung der Substitutionsleistungen	24
VII. Streitwert/Verschiedenes	25
1. Erhöhung des Auffangstreitwerts	25
VIII. Bundessozialgericht (BSG)	26
1. Honorarverteilung	26
a) Regelleistungsvolumen und Praxisbesonderheiten: Untypische Ausrichtung	26
b) Richtigstellung eines RLV nach Reduzierung des Versorgungsauftrags	26
c) Verminderung des RLV wegen Teilnahme an hausarztzentrierter Versorgung	26
d) Rückforderung überzahlten Honorars	26
2. Sachlich-rechnerische Richtigstellung	27
a) Rückwirkende Einschränkung der Abrechenbarkeit einer Leistung	27
b) Plausibilitätsprüfung: Grob fahrlässige Falschabrechnung und Schätzung	27
c) Elektrokardiographische Untersuchung ist Teil der Notfallpauschale	27
d) Krankenhaus-Notfallambulanz: Darlegungslast für Labor- und Röntgenleistungen	28
e) Notfallambulanz: Verlegung in ein anderes Krankenhaus	28
3. Ausscheiden aus einer überörtlichen Dialyse-BAG: Mitnahmeverbot/Anfechtungsberechtigung	28
4. Fortführung der Prüfung nach Durchschnittswerten	28
5. Zulassungsrecht	29
a) „Konzeptbewerbung“: Weitere Normgebung erforderlich	29
b) Nicht mehr als eine Zulassung mit vollem Versorgungsauftrag	29
6. Angelegenheiten der KVen	30
a) Grundsatz der Spiegelbildlichkeit bei KV-Gremienwahlen	30
b) Vorstandsdienstvertrag/Anspruch auf Versorgungsleistungen	30
7. Hinterlegung von Honorarzahlungen/Beiladung des Insolvenzverwalters	30
B. KRANKENVERSICHERUNGSRECHT	32
I. Verträge (zahn)ärztliche Behandlung	32
1. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	32
a) Antiinflammatorische, neurogenerative Therapie zur Behandlung einer MS	32

b) Elektromotive Medikamentenapplikation (EMDA®-Therapie)	32
c) Unterkieferprotrusionsschiene bei Versagen einer CPAP/APAP-Therapie	32
2. Elektrostimulation am Auge (TES mit dem OkuStim-System)	33
3. Richtlinientherapie: Keine Erfüllung des Therapieanspruchs durch Terminservicestelle	33
4. Keine nichtärztliche Elektroepilation nach geschlechtsangleichender Behandlung	33
5. Keine Krankenbehandlung durch Heilpraktiker	34
6. Zahnärztliche Behandlung: Versorgung mit Teleskopkronen	34
II. Stationäre Behandlung	35
1. Voraussetzungen einer Lipidapherese/Lipoproteinapherese	35
2. Liposuktion bei Lipödem an den Beinen	35
III. Kostenerstattung	36
1. Nichteinhaltung des Beschaffungswegs	36
a) Aufnahme der Behandlung vor Entscheidung der Krankenkasse	36
b) Kostenübernahmeerklärung vor Entscheidung der Krankenkasse	36
2. Genehmigungsfiktion	36
a) Fristverlängerung: Hinreichender Grund	36
b) Verlängerung der Frist: Benennung der Frist/Absehbarkeit der Nichteinhaltung	37
c) Keine Beendigung des Verwaltungsverfahrens durch Hinweis auf fehlende Stellungnahme	37
d) Bestimmtheit eines fiktionsfähigen Antrags	37
e) Erforderlichkeit der Leistung: Liposuktion	37
f) Fiktionsfähigkeit eines Antrags: Liposuktion	38
g) Behandlung in Privatklinik	39
h) Leistungskatalog der GKV: Mamillenpigmentierung durch Tätowierer	39
3. Kostenerstattung nach § 13 II SGB V: Verordnung mittels Privatrezept	39
4. Rückwirkend festgestellte Pflichtversicherung	39
IV. Arzneimittel	40
1. Cannabinoide	40
a) Obstruktive Schlafapnoe keine schwerwiegende Erkrankung	40
b) Cannabis-Abhängigkeit	40
2. Zolgensma	40
a) Fehlende Erfolgsaussichten einer Behandlung	40
b) Folgenabwägung: Unmöglichkeit der Behandlung nach Hauptsacheentscheidung	41
V. Hilfsmittel	41
1. Rollstuhl-Mobilitätstrainingskurs für Kinder	42
2. Exoskelett bei Querschnittslähmung	42
3. Hörgeräteversorgung	43
a) Bluetooth-Hörverstärker: Hörverbesserung bei (mobilen) Telefongesprächen	43
b) Keine wesentlichen Gebrauchsvorteile bei Gerät über Festbetrag	43
4. Behindertenbegleithund	43
5. Echthaarperücke zum vereinbarten Vertragspreis	44

VI. Rehabilitation/Häusliche Krankenpflege/Fahrkosten .....	44
1. Rehabilitationsfähigkeit: Versicherter im Wachkoma .....	44
2. Häusliche Krankenpflege .....	44
a) Medizinische Behandlungspflege in ambulant betreuter Wohngemeinschaft .....	44
b) Betreuung im Kindergarten durch ausgebildetes Krankenpflegepersonal .....	45
3. Haushaltshilfe als Satzungsleistung .....	45
4. Kosten der Betreuung bei einer ambulanten Behandlung .....	46
5. Rettungsfahrt zum Krankenhaus: Ambulante Behandlung .....	46
VII. Beziehungen zu Krankenhäusern .....	46
1. Vergütungsanspruch/Fälligkeit .....	46
a) Prüfverfahrensvereinbarung: Umfang der angeforderten Unterlagen .....	46
b) Stationäre Behandlung bei erhöhtem OP-Risiko wegen Untergewichts .....	47
c) Stationäre Behandlung: Äußere Wendung bei Beckenendlage .....	47
d) Stationäre Behandlung: Objektive Beweislast .....	48
e) Entfernung von Osteosynthesematerial: Ambulante Leistung .....	48
f) Mindestmenge: Widerlegungsentscheidung und aufschiebende Wirkung einer Klage .....	48
g) Mindestmenge: Prognose für nächstes Kalenderjahr .....	49
h) Versorgungsauftrag des Krankenhauses: Keine rückwirkende Änderung (Cochlea-Implantat) .....	49
i) Extrakorporale Photopherese .....	49
2. GBA-Feststellung: Neben Gesamtbericht auch standortbezogene Qualitätsberichte .....	50
3. Schadensersatz wegen pflichtwidriger Verlegung .....	50
4. Fallpauschalen .....	50
a) Begriffe „Krankheit“ und „Symptom“ (Obesitas-Hypoventilationssyndrom) .....	50
b) Intensivmedizinische Komplexbehandlung: „Intensivstation“ .....	51
c) Intensivmedizinische Komplexbehandlung und Intermediate Care Station (ICS) .....	51
d) Beatmung (DRG E40C): Phasen der Spontanatmung .....	51
e) Halbstündige Transportentfernung/§ 301 Abs. 2 S. 4 bzw. 6 SGB V n.F. ....	52
f) Reoperation/Relaparotomie .....	52
g) Reoperation/Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe .....	52
h) Off-Label-Use: Gabe von Rituximab bei Polyarthritits .....	54
i) Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots bei der Gabe von Thrombozytenkonzentraten .....	54
j) Erforderlichkeit der Gabe von ATK (ZE84.02-ATK) .....	54
k) Z-Diagnosen/Prophylaktische Antibiotikabehandlung .....	55
l) Keine Kodierung des Sekundärkodes B95.6! zum Primärkode Z22.3 .....	55
VIII. Beziehungen zu Leistungserbringern und Arzneimittelherstellern .....	55
1. Schiedsstelle: Jahrestherapiekosten der Vergleichstherapie .....	55
a) Nutzenbewertung Mirabegron .....	55
b) Nutzenbewertung Dimethylfumarat .....	56
2. Hilfsmittelerbringer .....	56
a) Aufnahme in Hilfsmittelverzeichnis: Überprüfung der CE-Kennzeichnung/Konformitätserklärung .....	56
b) Festbetragsfestsetzung für Einlagen .....	56
IX. Angelegenheiten der Krankenkassen .....	57

1. Keine elektronische Gesundheitskarte bei ruhendem Leistungsanspruch	57
2. Frist zur Vorlage der gutachtlichen Stellungnahme des MDK	57
3. Rechtzeitige Vorlage der gutachtlichen Stellungnahme des MDK	58
4. Spitzenverband Bund der Krankenkassen: Pauschale Aufwandsvergütung an BZgA	58
X. Verfahrensrecht	59
1. Keine Klagebefugnis ohne ablehnende Verwaltungsentscheidung (Zuzahlungsfreie Versorgung)	59
2. Unterlassen einer „unechten“ notwendigen Beiladung	59
XI. Bundessozialgericht (BSG)	59
1. Neue Heilmittel (Podologische Behandlung): Prüfung durch GBA	59
2. Vorsorgemaßnahme für Mütter: Kinder als Begleitkinder	60
3. Genehmigungsfiktion für vor 26.02.2013 gestellte Anträge	60
4. Beziehungen zu Krankenhäusern	60
a) Neue Behandlungsmethode	60
aa) Einwilligung in experimentelle Behandlung (Fremd-allogene Stammzelltransplantation)	60
bb) Klinische Studie und Vergütungsanspruch (Stammzelltransplantation)	60
cc) Vergütungsanspruch (Lungenvolumenreduktion mittels Implantation von Coils)	61
b) Schlussrechnung und Korrekturbedarf: Verwirkung/Heranziehung von Unterlagen	61
c) Nachreichen von Behandlungsunterlagen	61
d) Implantierung einer modularen Endoprothese	61
e) Verweildauer: Anschlussheilbehandlung wegen Kapazitätsproblemen	62
f) Anspruch gegen Krankenhaus auf Erstattung geleisteter Umsatzsteuer	62
5. Angelegenheiten der Krankenkassen	62
a) Satzungsregelung: Zusätzliche Leistungen nur bei ungekündigter Mitgliedschaft	62
b) Geltendmachung von Wettbewerbsansprüchen durch Krankenkassenverband	63
c) Rückstellungen wegen Haftungsrisiko bei Schließung anderer Betriebskrankenkassen	63
d) Arbeitsgemeinschaft von Krankenkassen: Erteilung von Auskünften	63
e) Erstattungsanspruch einer unzuständigen Krankenkasse	63
f) Vorstandsvergütung	64
6. Verfahrensmangel: Bestellung eines besonderen Vertreters für nicht prozessfähigen Beteiligten	64
C. ENTSCHEIDUNGEN ANDERER GERICHTE	65
I. Ärztliches Berufsrecht	65
1. Ruhen der Approbation	65
a) Wahnhafte Störung	65
b) Alkoholsucht	65
c) Anordnung der sofortigen Vollziehung bei Alkoholabhängigkeit	65
2. Strafrecht	66
a) Werbung für den Abbruch der Schwangerschaft	66
b) Röntgenarzt: Persönliche Untersuchung des Patienten vor Untersuchung	66
3. Teilnahme am vertrags-/zahnärztlichen Notdienst	66
4. Wahlbewerber für Kammerwahl: Adressdaten der Wahlberechtigten	67

II. Arzthaftung .....	67
1. Bundesgerichtshof (BGH) .....	67
a) Sekundäre Darlegungslast der Behandlungsseite (Hygieneverstoß) .....	67
b) Wirtschaftliche Information des Patienten: Neue Behandlungsmethode .....	67
c) Aufklärungsanforderungen bei Lebendorganspende .....	68
d) Substantiierungslast im Regressprozess gegen den medizinischen Sachverständigen .....	68
e) Schadensersatzpflicht für Kosten der Begleitpersonen des Geschädigten auf Urlaubsreise .....	69
2. Behandlungsfehler .....	69
a) Sauerstoffunterversorgung vor der Geburt .....	69
b) Hüftgelenksendoprothese: Einwilligung/Grober Behandlungsfehler .....	69
c) Orthopädischer Belegarzt: Neurologische Untersuchung nach Wirbelsäulenoperation .....	71
d) Übersehen einer angegebenen Verdickung in der Brust .....	71
e) Bemessung des Schmerzensgeldes .....	71
f) Verjährung von Ansprüchen aus Arzthaftung .....	71
g) Zahnärzte: Zahnimplantate/Schmerzensgeld/Nachbesserungsrecht .....	72
3. Aufklärung/Einwilligung .....	73
a) Aufklärung und Häufigkeitsdefinitionen .....	73
b) Aufklärung am Operationstag bei ambulanten Eingriffen (Koloskopie) .....	74
c) Anästhesist vor orthopädischer Operation: Herzmedikation .....	74
d) Risiko der schweren Behinderung des Kindes .....	74
e) Kortisoninjektion in Kniegelenk .....	74
f) Idiopathische thrombozytopenische Purpura .....	75
g) Operative Intervention bei Chronischer Pankreatitis .....	75
h) Übersendung eines Arztbriefes: Überwachung des Zugangs .....	75
 ANHANG I: BSG - ANHÄNGIGE REVISIONEN VERTRAGS ARZTRECHT .....	 76
 <b>ANHANG II: BSG - ANHÄNGIGE REVISIONEN KRANKENVERSICHERUNG .....</b>	 <b>81</b>

## Redaktion

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

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

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

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

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

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

## Editorische Hinweise

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

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

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

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

Die Datenbank [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) wird hinsichtlich der Abteilungen Vertragsarztrecht und Krankenversicherung (Leistungsrecht) ausgewertet. Diese Ausgabe berücksichtigt die bis zum 13.05.2020 eingestellten Entscheidungen.

## A. VERTRAGS ARZTRECHT

### I. Honorarverteilung

Nach BSG, Urt. v. 13.05.2020 - **B 6 KA 10/19 R** - können grundsätzlich nicht nur die einem RLV, sondern **auch die einem QZV zugeordneten Leistungen die Anerkennung von Praxisbesonderheiten rechtfertigen**. Dies setzt allerdings einen **besonderen Versorgungsauftrag oder eine für die Versorgung bedeutsame fachliche Spezialisierung** im Vergleich mit Praxen voraus, denen dasselbe QZV zusteht. Diese Voraussetzungen sind hier bezogen auf das **QZV für Akupunktur** nicht erfüllt. Die **Fallzahl** der drei Ärzte, die in der klagenden BAG Akupunktur anbieten, entspricht ziemlich genau dem Durchschnitt der Ärzte, die solche Leistungen überhaupt anbieten. Im Übrigen wird das QZV hier **fallzahlabhängig** gebildet, so dass sich Abweichungen bei der Fallzahl in der Höhe des QZV widerspiegeln. Damit käme eine Erweiterung des Budgets für Akupunktur nur in Betracht, wenn der **Bedarf der Patienten**, die in der Praxis der Kl. mit Akupunktur versorgt werden, deutlich vom durchschnittlichen Bedarf der Patienten abweichen würde, die von anderen Orthopäden behandelt werden, denen ebf. das QZV-Akupunktur zusteht. Das ist gerade mit Blick auf das enge Spektrum der vom QZV-Akupunktur umfassten Leistungen (Nr 30790 und 30791 EBM), die jeweils nur zur Diagnostik und Behandlung chronischer Schmerzen von Kniegelenken oder der Lendenwirbelsäule abgerechnet werden dürfen, nicht erkennbar. Damit werden der Kl. keine - wie sie geltend macht - unerfüllbaren Anforderungen an die Begründung von Besonderheiten auferlegt. Selbst wenn kaum eine Konstellation denkbar erschiene, in der eine orthopädische Praxis die Ausweitung des QZV-Akupunktur unter dem Aspekt der Praxisbesonderheiten erreichen könnte, wäre das nicht die Folge überzogener Begründungsanforderungen, sondern des besonders engen Spektrums der in diesem QZV zu erbringenden Leistungen.

Nach BSG, Urt. v. 11.12.2019 - **B 6 KA 10/18 R** - bleibt einer **KZV** die mit der Einstellung von Forderungen gegen den Zahnarzt in das **Kontokorrent** verbundene **Aufrechnungsmöglichkeit** auch dann erhalten, wenn ihre Forderung - z.B. auf Rückzahlung von Honorar nach Richtigstellung - erst **nach Kenntnis einer Abtretung der Honoraransprüche** durch den Vertragszahnarzt entsteht. Das trägt dem Umstand Rechnung, dass die KZV nicht die Möglichkeit hat, einseitig und sofort die Rechtsbeziehungen zu einem Zahnarzt zu beenden, der eine Globalzession seiner Honoraransprüche offenlegt. Eine KZV ist vielmehr verpflichtet, Abschlagszahlungen und Quartalshonorarzahungen weiterhin zu leisten, solange die Zulassung fortbesteht. Würde ihr die Aufrechnungsmöglichkeit z.B. bei nachträglichen Richtigstellungen, Degressionsabzügen, Regressen aufgrund Wirtschaftlichkeitsprüfung oder Honorarkürzungen bei Verletzung der Fortbildungspflicht genommen, hätte das eine einseitige Freistellung des einzelnen Zahnarztes von den Folgen seines Tuns zu Lasten aller Mitglieder der KZV zur Folge. Das wäre mit den Verpflichtungen nach dem Vierten Kapitel des SGB V nicht vereinbar. Die deshalb erforderliche Modifikation der Regelung in § 406 BGB durch Zuerkennung einer erweiterten Aufrechnungsmöglichkeit gilt **für alle Ansprüche**, die der KZV gegenüber dem Zahnarzt **aus dessen vertragszahnärztlicher Tätigkeit** zustehen. Dazu gehören auch Kostenerstattungsansprüche gegen den Zahnarzt aufgrund von Gerichtsverfahren, die im Zusammenhang mit der vertragszahnärztlichen Tätigkeit angefallen sind. Für **Ansprüche**, die **nicht durch die Besonderheiten des vertragszahnärztlichen Abrechnungssystems geprägt** sind, wie hier für Ansprüche auf Vertragsstrafen, verbleibt es dagegen bei den allgemeinen Regeln.

### 1. Benachteiligung von Teilzeitärzten durch Honorarobergrenze

LSG Schleswig-Holstein, Urteil v. 01.10.2019 - L 4 KA 55/17

RID 20-02-1

Revision anhängig: B 6 KA 4/20 R

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 87b

Die **Begrenzung des Wachstums anteilig tätiger Ärzte** auf eine **Obergrenze**, nach der bei Überschreiten des Fachgruppendurchschnitts die Leistungen nur noch mit dem Faktor 0,1 (10 %) vergütet werden, während Ärzte, die mit einer vollen Arztstelle zugelassen sind, nur einer Abstufung der Fallwerte, beginnend bei einer Überschreitung des Durchschnitts um 50 %, unterliegen, verstößt gegen den Grundsatz der **Honorarverteilungsgerechtigkeit**. Eine solche Regelung erschwert zudem eine Leistungsausweitung im Wege eines Wachstums durch eine Fallzahlsteigerung gegenüber Vollzeitärzten.

Der **Versorgungsauftrag** ist bei der **Honorarverteilung** zu berücksichtigen. Da gemäß § 95 III 4 SGB V die KV verpflichtet ist, die Einhaltung des sich daraus ergebenden Versorgungsauftrags zu überprüfen, ergibt sich im Umkehrschluss, dass die Vertragsärzte die sich aus der Zulassung ergebenden Begrenzungen einhalten müssen. Angesichts dessen ist es grundsätzlich nicht zu beanstanden, den Umfang der Tätigkeit der mit anteiligem Versorgungsauftrag tätigen Ärzte zu begrenzen und auch einen Zuwachs nicht in gleichem Umfang wie bei den mit vollem Versorgungsauftrag zugelassenen Ärzten zuzulassen (BSG, Urt. v. 24.10.2018 - B 6 KA 28/17 R - SozR 4-2500 § 87b Nr. 18). Jedenfalls die Beschränkung auf eine lediglich anteilig adäquate Teilnahme der anteilig zugelassenen Ärzte am Honorarzuwachs ist zulässig.



Die Kl. betreibt als gemeinnütziges Unternehmen ein MVZ mit vier Standorten. Sie beschäftigt u.a. Fachärzte für Transfusionsmedizin und für Pathologie mit anteiligen Vertragsarztsitzen. Die Kl. beehrte eine höhere Vergütung für das Quartal III/13. *SG Kiel*, Urt. v. 29.08.2017 - S 2 KA 469/14 - wies die Klage ab, das *LSG* verurteilte zur Neubescheidung.

#### Parallelverfahren:

**LSG Schleswig-Holstein, Urteil v. 01.10.2019 - L 4 KA 56/17**

**RID 20-02-2**

*Revision anhängig: B 6 KA 5/20 R*  
juris

### 2. Aufschlag auf Zusatzpauschale zu Nr. 04000 und 04030 EBM: Jobsharing-BAG

**SG Marburg, Urteil v. 29.01.2020 - S 11 KA 686/16**

**RID 20-02-3**

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

**Leitsatz:** Nach dem fünften Absatz der Anmerkung zur GOP 04040 im EBM erhalten Praxen mit mehr als 1.200 Behandlungsfällen je Arzt einen **Aufschlag** von 14 Punkten auf die **Zusatzpauschale**. Zur Berechnung dieses Werts ist die **Gesamtzahl der Behandlungsfälle** einer Praxis durch die **Anzahl der Ärzte** zu dividieren, wobei deren Umfang der Tätigkeit laut Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid zu berücksichtigen ist. Davon gibt es auch für **Job-Sharing-Praxen**, die einer Leistungsbegrenzung unterliegen, keine Ausnahme.

Die Kl., eine BAG, deren Gesellschafter Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin sind, beehrt höhere vertragsärztliche Honorarzählungen für das Quartal I/15. Der Gründung der Gesellschaft lag der Beginn eines Jobsharing-Verhältnisses zwischen den beiden Ärzten zum 01.01.2015 zugrunde. Das *SG* wies die Klage ab.

### 3. Auszahlungsquote bei Sonderregelung zum RLV (KV Hessen)

**SG Marburg, Gerichtsbescheid v. 08.04.2020 - S 12 KA 823/16**

**RID 20-02-4**

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

**Leitsatz:** Die Berücksichtigung der sog. **Auszahlungsquote** bei Bewilligung einer **Sonderregelung zum Regelleistungsvolumen** durch die KV Hessen ist nicht zu beanstanden. Es ist jedoch auf die Werte des jeweils aktuellen Quartals abzustellen.

Die Beteiligten streiten um die Höhe des Honorars für die drei Quartale I bis III/15 und hierbei insb. um einen höheren Fallwert für die Berechnung des Regelleistungsvolumens. Das *SG* verurteilte die Bekl. zur Neubescheidung.

### 4. Nachvergütung für Notfallbehandlung im Krankenhaus (III u. IV/07)

**SG Berlin, Urteil v. 25.09.2019 - S 83 KA 166/17**

**RID 20-02-5**

*Berufung anhängig: LSG Berlin-Brandenburg - L 9 KA 52/19 -*  
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris  
**SGB V § 87b; SGB X § 31; SGG § 77; GG Art. 3**

**Leitsatz:** Zur Rechtmäßigkeit der **Nachvergütung** für die **Notfallbehandlung** im **Krankenhaus** nach erfolgter Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) hinsichtlich der Quartale III/2007 und IV/2007.

Das **SG** wies die Klage ab.

## II. Sachlich-rechnerische Berichtigung

Nach BSG, Urt. v. 13.05.2020 - **B 6 KA 6/19 R** - kann nach § 131 V SGG das Gericht binnen sechs Monaten seit Eingang der Akten der Behörde die angefochtenen Bescheide aufheben, wenn es eine weitere Sachaufklärung für erforderlich hält, die noch erforderlichen Ermittlungen nach Art und Umfang erheblich sind und die Aufhebung auch unter Berücksichtigung der Belange der Beteiligten sachdienlich ist. Die Regelung zielt darauf ab, einer Verlagerung der Amtsermittlungspflicht der Behörde nach § 20 SGB X in das gerichtliche Verfahren entgegenzuwirken. Grundsätzlich soll **nur ein der Behörde unterlaufener und den Sachverhalt betreffender Aufklärungsmangel zur Zurückverweisung berechtigen**. Ein solcher Aufklärungsmangel kann der Beklagten nicht vorgeworfen werden. Grundsätzlich ist die KV berechtigt, Abrechnungen von Krankenhäusern über durchgeführte **Notfallbehandlungen** zu berichtigen, wenn Leistungen abgerechnet worden sind, die nicht zum Spektrum zulässiger Notfallbehandlungen gehören. Die Kl. hat hier eine sehr große Bandbreite an Laborparametern abgerechnet, die in diesem Umfang offensichtlich nicht zur Basisversorgung im organisierten Notfall gehören. Es ist **im Rahmen der Amtsermittlung nicht Aufgabe der bekl. KV**, eine offensichtlich **zumindest teilweise falsche Abrechnung** daraufhin zu überprüfen, ob hieraus einzelne erbrachte Laborleistungen möglicherweise unter Beachtung des engen Leistungsspektrums von Notfallbehandlungen erforderlich waren. Da die Bekl. die Kl. im Verwaltungsverfahren darauf hingewiesen hat, dass die Notwendigkeit der Laboruntersuchungen im Einzelfall belegt werden muss und die Kl. insoweit ihren **Mitwirkungspflichten nicht nachgekommen ist**, war die Bekl. zur weiteren Sachaufklärung nicht verpflichtet. Schon aus diesem Grund waren die Voraussetzungen einer Zurückverweisung an die Verwaltung nach § 131 Abs. 5 SGG nicht erfüllt. Der Senat hat die Sache daher nach § 170 II SGG an das **LSG** zurückverwiesen. Dieses muss den Sachverhalt im Hinblick auf die Richtigkeit der Abrechnungen i.S.d. § 106a II SGB V a.F. aufklären. Dies kann unter Berücksichtigung der **Vielzahl der Fälle** nur unter Mitwirkung der Beteiligten erfolgen; die Kl. ist insoweit im wiedereröffneten Berufungsverfahren mit ergänzendem Vortrag zu der Notwendigkeit der Laboruntersuchungen im Rahmen einer Notfallbehandlung nicht ausgeschlossen. Nach BSG, Urt. v. 13.05.2020 - **B 6 KA 24/18 R** - können nach der **Ausschlussregelung in Nr 8 der Präambel 31.2.1 EBM** bestimmte Leistungen des ambulanten Operierens und der Ultraschalldiagnostik innerhalb von drei Tagen bei einem Patienten „neben“ einer ambulanten Operation nicht berechnet werden. Diese Regelung erfasst alle Leistungen, die innerhalb von drei Tagen nach einer ambulanten Operation gegenüber dem operierten Patienten erbracht werden, auch wenn eine zweite Operation etwa an einer anderen Extremität innerhalb der „Sperrfrist“ vorgenommen wird. Eine Beschränkung des Ausschlusses auf Leistungen in unmittelbarem Zusammenhang mit der Ausgangsoperation ist im Wortlaut der Regelung nicht angelegt und mit der Regelungsintention der Normgeber des EBM nicht vereinbar. Die Ausschlussregelung zielt in Verbindung mit dem Zuschlag für Simultanoperationen darauf, dass entweder mehrere ambulante Operationen (etwa an beiden Beinen) gleichzeitig vorgenommen werden oder - wenn das medizinisch nicht möglich oder vom Patienten nicht gewollt ist - der Patient zwischen den Eingriffen zumindest zwei Tage der Erholung hat. Die Rechtmäßigkeit der Ausschlussregelung hängt nicht davon ab, dass das Intervall von drei Tagen medizinisch zwingend ist; wegen der geringen Tiefe des Eingriffs in die Therapiefreiheit der Ärzte reichen sachlich nachvollziehbare Erwägungen der Normgeber im Hinblick auf deren Gestaltungsfreiheit aus.

### 1. Verkürzung der Ausschlussfrist: Geltungszeitpunkt

**SG Dresden, Beschluss v. 23.01.2020 - S 25 KA 18/20 ER**

**RID 20-02-6**

juris  
**SGB V § 106d**

**Leitsatz:** 1. Trifft bei der gesetzlichen **Abkürzung** von **Verjährungs-** und anderen (**Ausschluss-**)**Fristen**, für die der Gesetzgeber die entsprechende Geltung verjährungsrechtlicher Regelungen angeordnet hat, das Änderungsgesetz keine detaillierte **Übergangsregelung** zum sachlichen Anwendungsbereich der Neuregelung, ist, wenn die neue Frist kürzer als die noch nicht abgelaufene längere Frist nach bisherigem Recht ist, die kürzere Frist ab dem Inkrafttreten der Neuregelung auch auf die vor Inkrafttreten des Gesetzes ausgelösten und noch nicht abgelaufenen Fristen anzuwenden. Läuft jedoch die längere Frist nach altem Recht früher als die kürzere neue Frist ab, so bleibt deren Ablauf für den Eintritt der Verjährung bzw. der verjährungsähnlichen Ausschlusswirkung maßgeblich.

2. Dies gilt auch für die Abkürzung der Ausschlussfrist für die Berichtigung vertragsärztlicher Honorarbescheide auf zwei Jahre durch **§ 106d Abs. 5 S. 3 SGB V i.d.F. des TSVG**.

Die Beteiligten streiten über die Rückforderung vertragsärztlicher Honorare in Höhe von 216.184,67 € für die Quartale I bis IV/16 aufgrund sachlich-rechnerischer Richtigstellung. Der Ast. nahm in diesem Zeitraum als Facharzt für Innere Medizin an der hausärztlichen Versorgung teil. In der Praxis des Ast. waren in dieser Zeit fünf Ärzte,

denen eine eigene lebenslange Arztnummer (LANR) zugewiesen war, angestellt. Die strittige Honorarberichtigung (Bescheid v. 17.09.2019) begründete die Ag. damit, dass die Abrechnung dieser Leistungen während der Arbeitsunfähigkeit des angestellten Arztes M vom 29.01.2016 bis zum 15.10.2016 nicht gerechtfertigt gewesen sei. Das **SG** lehnte den Antrag auf vorläufigen Rechtsschutz ab.

## 2. Zahnärzte

### a) Untersagung bestimmter Anwendungen wegen fehlender Sterilität

**SG Schwerin, Urteil v. 19.02.2020 - S 3 KA 35/18**

**RID 20-02-7**

juris  
**SGB V § 106d**

**Leitsatz:** Erbringt eine Vertragszahnärztin Leistungen unter Verwendung in ihrer Praxis aufbereiteten Instrumentariums, das keimarm bzw. steril beim Patienten zur Anwendung gelangen muss, dessen Verwendung ihr aber durch eine Verfügung der **nach dem MPG und der MPBetreibV zuständigen Behörde untersagt** worden ist, darf die KZV die **Honoraranforderungen richtigstellen** und ihrer Entscheidung die - für sofort vollziehbar erklärte - Entscheidung der zuständigen Behörde zugrunde legen.

Nach einer Überprüfung u.a. der hygienischen Aufbereitung des zahnärztlichen Instrumentariums in den (neuen) Praxisräumen der Kl. verfügte das **Landesamt** für Gesundheit und Soziales (LAGuS) unter dem 28.02.2018, der Kl. werde für das in ihrer Praxis aufbereitete Instrumentarium, welches keimarm oder steril zur Anwendung kommen müsse, die Anwendung am Patienten solange **untersagt**, bis die personellen, räumlichen, technischen und/oder organisatorischen Voraussetzungen für eine ordnungsgemäße Aufbereitung der Medizinprodukte gem. § 8 I u. II MPBetreibV gegeben seien.. Die gleichzeitig angeordnete sofortige Vollziehung hob das LAGuS im weiteren Verlauf mit Bescheid vom 28.03.2018 aufgrund von „teilweise bereits umgesetzten Korrekturmaßnahmen“ ab sofort auf. Gegen die Bescheide des LAGuS wurde kein (formgerechter) Widerspruch eingelegt. Umstritten ist die Rechtmäßigkeit einer sachlich-rechnerischen Richtigstellung der KCH-Abrechnung für das Quartal I/18 sowie der ZE-Monatsabrechnung März 2018 in Höhe von insgesamt 1.902,22 €(1.547,06 €und 355,16 €). Das **SG** wies die Klage ab.

### b) Darlegungs-, Nachweis- und Dokumentationspflichten

**LSG Hessen, Beschluss v. 29.01.2020 - L 4 KA 44/14**

**RID 20-02-8**

**SGB V § 106a a.F.**

Der **Umfang der Darlegungs-, Nachweis- und Dokumentationspflichten** bzw. -obliegenheiten im vertrags(zahn)ärztlichen Abrechnungsrecht bestimmt sich nach den jeweiligen Voraussetzungen der Gebührenpositionen sowie ggf. nach ergänzenden Vorschriften. Die Leistung ist im Einzelfall hinsichtlich der (gebührenrechtlich) wesentlichen Umstände und den konkreten Behandlungsmaßnahmen (insbes. hinsichtlich des betroffenen Zahns, ggf. der Zeit) konkretisiert nachzuweisen. Die Dokumentation einer (zahn)ärztlichen Behandlung hat auch **zeitnah** zu erfolgen, da mit zunehmender zeitlicher Distanz immer weniger gewährleistet ist, dass die Dokumentation auch der erfolgten Behandlung entspricht. Einem erst nach Jahren erstellten Operationsbericht kann daher der Beweiswert abgesprochen werden.

Ist das konkrete Leistungsgeschehen anhand der vorliegenden Unterlagen **nicht zweifelsfrei nachzuvollziehen**, so wenn es insb. an einem Operationsprotokoll fehlt, aus dem sich die Durchführung einer Operation, die Art der Operation, die hiervon betroffene Kiefer- bzw. Zahnregion und die konkret erfolgten operativen Maßnahmen ergeben, können die Leistungen abgesetzt werden.

Die Beteiligten streiten um eine sachlich-rechnerische Berichtigung der KB-Abrechnung in einem Behandlungsfall für November 2011 und hierbei um die Absetzung folgender Leistungen: 1 x Nr. 1435, 1 x Nr. 1468, 1 x Nr. 1479, 1 x Nr. 1485, 1 x Nr. 2255, 5 x Nr. 7500, 3 x Nr. 7502, 2 x Nr. 7503, 2 x Nr. 7504, 2 x Nr. 7505, 8 x Nr. 7560, 7 x Nr. 7560, 7 x Nr. 7830, 7 x Nr. 7831, 1 x Nr. 8250, 7 x Nr. 8252, 14 x Nr. 8253 und 14 x Nr. 8272 GOÄ-82 sowie 3 x Nr. 03 (Zu), 6 x Nr. 37 (Nb12) und 76 x Nr. 38 (N) BEMA, insgesamt in Höhe von 2.432,49 €. Die Kl. ist eine Gemeinschaftspraxis mit drei zur vertragszahnärztlichen Versorgung zugelassenen Zahnärzten, von denen einer zudem als Arzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie zugleich zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen ist. **SG Marburg**, Urt. v. 07.05.2014 - S 12 KA 646/13 - RID 14-02-37 wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

c) Dokumentation und Abrechnungskürzel

**LSG Hessen, Urteil v. 15.01.2020 - L 4 KA 4/17**  
SGB V § 106a a.F.

**RID 20-02-9**

Eine Karteikarte mit nur dem Vermerk des **Abrechnungskürzels** ersetzt keine **Dokumentation**. Dabei verkennt der Senat nicht, dass es bestimmte routinemäßig zu erbringende Leistungen von geringer Komplexität gibt, bei denen dem Vertragszahnarzt über den Vermerk der Gebührenposition hinaus nichts Weiteres dokumentationswürdig erscheint. In einem solchen Fall muss sich aber im Falle einer substantiierten **Beanstandung** durch die KZV z.B. aus einem detaillierten OP-Bericht der Gesamtzusammenhang eines Leistungsgeschehens ergeben, der in einem solchen Fall zu einer hinreichenden Überzeugung davon führen kann, dass die Leistung erbracht wurde.

Eine **Beratung A1** geht mit hinreichender Eindeutigkeit aus der Karteikarte mit dem Beratungsinhalt „Ausführliche Aufklärung über das Verweilen nach der OP“ hervor. Auch wenn es sich insoweit um eine eher stereotype Beschreibung des Beratungsinhalts handelt, kann angesichts des OP-Protokolls kein Zweifel daran bestehen, dass eine solche Leistung erbracht wurde.

Die Beteiligten stritten noch um die sachlich-rechnerische Berichtigung der Quartalsabrechnung für das Quartal I/13 bezüglich eines von ursprünglich 24 Behandlungsfällen in Höhe von 1.886,37 € bzw. nach erstinstanzlichem Teilerkenntnis noch um 1.812,32 €. **SG Marburg**, Urt. v. 28.10.2015 - S 12 KA 365/14 - RID 16-02-14 wies die Klage ab, das **LSG** hob den angefochtenen Bescheid auf, soweit die Honorarberichtigung im Behandlungsfall Nr. 1 einen Betrag von 1.390,62 € übersteigt. Im Übrigen wies es die Berufung zurück.

d) Unzureichende Dokumentation und Leistungsnachweis

**LSG Hessen, Urteil v. 15.01.2020 - L 4 KA 41/14**  
SGB V § 106a a.F.

**RID 20-02-10**

**Nicht hinreichend dargelegte, dokumentierte und nachgewiesene Leistungen** (Gebührenpositionen) sind als nicht erbracht bzw. als nicht erfüllt anzusehen und können daher nicht abgerechnet werden (st. Rspr., vgl. LSG Hessen, Urt. v. 27.05.2015 - L 4 KA 50/12 - RID 15-04-25; LSG Hessen, Beschl. v. 17.09.2018 - L 4 KA 45/14 - RID 18-04-13; LSG Hessen, Urt. v. 24.10.2018 - L 4 KA 47/12 -, - L 4 KA 48/12 - RID 19-01-22 u. - L 4 KA 48/12 - RID 19-01-23; s.a. LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 26.11.2014 - L 3 KA 70/12 - RID 15-01-20, in diesem Sinne begründet das Fehlen der Dokumentation einer aufzeichnungspflichtigen ärztlichen Maßnahme im Arzthaftungsrecht nach st. Rspr. des BGH z.B. Urt. v. 11.11.2014 - VI ZR 76/13 -, vgl. nunmehr auch § 630h III BGB > die Vermutung, dass die Maßnahme unterblieben ist).

Ein erst im Gerichtsverfahren **nachgetragener Vortrag bzw. nachgeschobene Beweismittel** unterliegen vor dem Hintergrund der vertrags(zahn)ärztlichen Verpflichtung zu einer zeitnahen Dokumentation und der Verpflichtung zur umfassenden Darlegung und Dokumentation der abgerechneten Leistungspositionen

im (gestuften) Abrechnungsverfahren in der Gesamtwürdigung des Einzelfalls einer verstärkten Glaubwürdigkeitskontrolle (LSG Hessen, Urt. v. 27.05.2015 - L 4 KA 50/12 - RID 15-04-25).

Die Beteiligten streiten um eine sachlich-rechnerische Berichtigung der KCH-Abrechnung für März 2012 in einem Behandlungsfall und hierbei um die Absetzung von Leistungen nach Nr. 1485, Nr. 2584 (2x), 7500 (3x), 7502 (2x), 7503 (2x), 7504 (2x), 7505 (1x), 7840 (5x), 7841 (5x), 8252 (5x), 8253 (10x) und 8272 GOA-82 (12x) sowie 38 (N) BEMA (40x) im Wert von insgesamt 1.731,54 € Die Kl. ist eine Gemeinschaftspraxis mit drei zur vertragszahnärztlichen Versorgung zugelassenen Zahnärzten, von denen einer zudem als Arzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie zugleich zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen ist. **SG Marburg**, Urt. v. 07.05.2014 - S 12 KA 611/13 - RID 14-02-38 wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

### III. Notdienst/Belegarztanerkennung/Disziplinarrecht

Nach BSG, Urt. v. 12.02.2020 - **B 6 KA 1/19 R** - dürfen in einem MVZ, in dem nur ein Vertragsarzt (als zahnärztlicher Leiter) und im Übrigen nur angestellte Zahnärzte tätig sind, mehr als ein Vorbereitungsassistent beschäftigt werden. Zwar ist § 32 II 1 i.V.m. § 3 III Zahnärzte-ZV so zu verstehen, dass ein in Einzelpraxis tätiger **Vertragszahnarzt nicht mehr als einen Vorbereitungsassistenten zeitgleich** beschäftigen darf. Daraus folgt aber nicht, dass auch in einem MVZ unabhängig von dessen Größe höchstens ein Vorbereitungsassistent beschäftigt werden dürfte. Bereits in einer aus mehreren Zahnärzten bestehenden BAG darf **für jeden Vertragszahnarzt** mit voller Zulassung ein Vorbereitungsassistent beschäftigt werden. Bei der **gebotenen entsprechenden Anwendung dieser Grundsätze auf MVZ** hat das entgegen der Auffassung des SG zur Folge, dass die Zahl der Vorbereitungsassistenten, die in dem MVZ tätig werden dürfen, davon abhängt, **wie viele Versorgungsaufträge durch das MVZ erfüllt werden**. Dabei kommt es nicht darauf an, ob der ärztliche Leiter des MVZ angestellter Zahnarzt oder Vertragszahnarzt ist oder ob das MVZ seine Versorgungsaufträge im Übrigen durch Vertragszahnärzte oder durch angestellte Zahnärzte erfüllt. Diese Grundsätze gelten im Übrigen auch, wenn mehrere Versorgungsaufträge in der Weise wahrgenommen werden, dass Zahnärzte als Angestellte bei einer BAG oder einem Vertragszahnarzt tätig werden. Allerdings erschiene es aus Sicht des Senats sinnvoll, dass **personelle und strukturelle Anforderungen als Voraussetzung für die Beschäftigung von Vorbereitungsassistenten formuliert werden**. **Bisher fehlt es dafür aber bereits an einer gesetzlichen Ermächtigungsgrundlage**; vom **Vorstand einer KZV** können solche die Berufsausübung betreffenden Vorgaben nicht wirksam durch Beschluss geregelt werden.

#### 1. Aussetzung der Teilnahme am Notdienst

**SG München, Beschluss v. 24.02.2020 - S 38 KA 451/19 ER**

**RID 20-02-11**

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

**SGB V § 75 Ia**

**Leitsatz:** I. Für die Frage, ob **Zweifel** hinsichtlich der Eignung der Antragstellerin **als Notärztin** bestehen, die zu einer Maßnahme nach § 17 Abs. 1 S. 5 NADO-KVB berechtigen, kommt es nicht darauf an, welche Darstellung der Beteiligten sich letztendlich als richtig erweist. Denn Zweifel i.S.v. § 17 Abs. 1 S. 5 NADO-KVB bestehen immer schon dann, wenn insbesondere von Dritten **Beschwerden** vorgetragen werden, die plausibel erscheinen, nicht ohne weiteres auszuräumen sind und es weiterer umfangreicher Ermittlungen bedarf.

II. Ob eine **Maßnahme** nach § 17 Abs. 1 S. 5 NADO-KVB in Betracht zu ziehen ist, hängt von der Art der Beschwerde/n (Schwergrad) ab. Liegen mehrere Beschwerden vor, können diese in Gesamtschau auch dann zu Zweifeln an der Geeignetheit i.S.v. § 17 Abs. 1 S. 5 NADO-KVB führen, wenn sie für sich genommen (einzeln) weniger schwerwiegend erscheinen; dies deshalb, weil es sich um einen Eingriff in die Berufsausübung nach Art. 12 Abs. 1 S. 2 GG handelt, bei dem der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit zu beachten ist.

III. Wer als ermächtigter Notarzt nicht oder in unzureichendem Maße an der **Sachverhaltsaufklärung** mitwirkt und damit gegen seine **Mitwirkungspflicht** verstößt, riskiert, dass Beschwerden, die auf eine Ungeeignetheit zur Teilnahme am Notarzdienst hindeuten, nicht aufgeklärt werden können und dann Zweifel hinsichtlich der Geeignetheit entstehen, die zur Aussetzung der Teilnahme am Notarzdienst berechtigen.

Die Ag. setzte die Teilnahme der Ast. am Notarzdienst für die Dauer des Verfahrens zur Überprüfung der Eignung aus und widerrief die Diensterteilungen für die Zukunft. Die Ast. war fast durchgängig seit Juli 2000 als Notärztin im Bereich der Ag. tätig. Hierfür erhielt sie entsprechende Ermächtigungen. In dem angefochtenen Bescheid berief sich die Ag. auf vier Beschwerden aus den Notarzteinsätzen. So sei die Ast. nach Darstellung des Fahrers des Fahrzeugs trotz mehrmaliger Aufforderung nicht bereit

gewesen, sich im Notararztfahrzeug anzugurten. Sie habe u.a. Kritik an der Fahrweise des Fahrers geäußert. Sie sei angeblich verspätet (2 Stunden später) zum Einsatz erschienen. Sie habe sich angeblich geweigert, eine Notfallverlegung eines Patienten von der Klinik D-Stadt an das Klinikum F-Stadt zu begleiten. Nach Aussage einer Ärztin der abgebenden Klinik habe die Ast. offensichtlich mit Komplikationen gerechnet und auch geäußert, sie könne keine Intubation vornehmen. Es müsse deshalb ein Narkosearzt mitfahren. Die Verlegung sei schließlich in Begleitung eines Anästhesisten aus A-Stadt durchgeführt worden. Letzteres wertete die Bekl. als schwerwiegenden Vorwurf. Zu den Vorwürfen hatte sich die Ast. nicht geäußert. Das *SG* lehnte den Antrag auf Anordnung der aufschiebenden Wirkung des Widerspruchs der Ast. vom 05.12.2019 ab.

## 2. Belegarztanerkennung: Erreichbarkeit in einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft

LSG Bayern, Urteil v. 22.01.2020 - L 12 KA 10/19

RID 20-02-12

*Revision anhängig: B 6 KA 6/20 R*

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

**SGB V §§ 82 I, 121; BMV-Ä § 39 V Nr. 3**

Eine im Sinne des § 39 V Nr. 3 BMV-Ä ausreichende **Nähe zum Krankenhaus**, die eine unverzügliche und ordnungsgemäße Versorgung der Versicherten gewährleistet, besteht nach der Rechtsprechung dann, wenn der Belegarzt innerhalb von ca. 30 Minuten sowohl von seiner Wohnung als auch seiner Praxis aus das Belegkrankenhaus erreichen kann. Allerdings handelt es sich bei der Zeitvorgabe von 30 Minuten nicht um eine starre Grenze. Sinn und Zweck des § 39 V 5 Nr. 3 BMV-Ä ist die Sicherstellung der unverzüglichen und ordnungsgemäßen Versorgung der vom Belegarzt ambulant und stationär zu betreuenden Versicherten. Daher ist jeweils anhand der Umstände des Einzelfalls zu prüfen, ob ausnahmsweise eine geringfügige Abweichung von der zeitlichen Vorgabe von 30 Minuten vertretbar ist, weil die ordnungsgemäße Versorgung der Patienten auch mit dieser Überschreitung gewährleistet ist.

**Ärztliche Kooperationsformen** (hier: überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft) sind 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, zu berücksichtigen.

Der kl. Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie mit Praxissitz in A ist in einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft (Praxissitz in B) tätig. Zwei der Praxispartner des Kl. sind als Belegärzte bereits im I. Klinikum B-Stadt tätig. Die bekl. KV lehnte eine Belegarztanerkennung ab. *SG München*, Urt. v. 05.02.2019 - S 28 KA 596/17 - verpflichtete die Bekl., dem Kl. die Belegarztanerkennung für das I. Klinikum als Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie zu erteilen, das *LSG* wies die Berufung zurück.

### 3. Disziplinarrecht: Pflicht zur Vorlage der Behandlungsunterlagen

LSG Hessen, Urteil v. 15.01.2020 - L 4 KA 60/17

RID 20-02-13

SGB V §§ 81 V, 106 II 4, III in der bis 31.12.2015 geltenden Fassung

In einer **Prüfvereinbarung** kann die allgemeine vertrags(zahn)ärztliche **Auskunftspflicht** dahingehend konkretisiert werden, dass der Vertragsarzt auch bei der Prüfung nach Auffälligkeitskriterien verpflichtet ist, an der Aufklärung des Sachverhalts mitzuwirken. Bereits aufgrund der Befugnis der Prüfbehörden zur Prüfung von Abrechnung und Wirtschaftlichkeit besteht eine selbständige Nebenpflicht zur Mitwirkung, deren Verletzung eigenständig geahndet werden kann. Auch ist die satzungsrechtlich geregelte Pflicht zur Vorlage von Unterlagen nach der BSG-Rspr. Ausdruck der allgemeinen Pflicht zum engen Zusammenwirken bei der Umsetzung des Rechts der gesetzlichen Krankenversicherung (vgl. BSG, Urt. v. 06.11.2002 - B 6 KA 9/02 R - SozR 3-2500 § 81 Nr. 9, juris Rn. 21).

Der **Pflichtenverstoß** war wegen der Pflicht zur Unverzüglichkeit damit bereits vollendet, so dass er durch die **Nachholung der Vorlage** nicht ungeschehen gemacht wurde.

Der Umstand, dass die **Unterlagen** vor Erlass des Bescheides **vorgelegt** werden, wird nicht untergewichtet, wenn in die **Abwägung** eingestellt wird, dass der Vertrags(zahn)arzt mehrfach die Vorlage verweigert und Nachfristen verstreichen ließ. Die Nachhaltigkeit eines Pflichtenverstößes, die sich in Dauer und/oder Wiederholung zeigen kann, ist ein zulässiges Kriterium, vom Verweis als nur zweitmildeste Disziplinarmaßnahme Gebrauch zu machen (LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 22.11.2013 - L 24 KA 69/12 - RID 14-01-29, juris Rn. 31).

*SG Marburg*, Urt. v. 25.10.2017 - S 12 KA 392/17 - RID 17-04-28 wies die Klage gegen einen disziplinarrechtlichen Verweis ab, das **LSG** die Berufung zurück.

### IV. Wirtschaftlichkeitsprüfung/Arzneikostenregress/Schadensersatz

Nach BSG, Urt. v. 13.05.2020 - **B 6 KA 2/19 R, B 6 KA 3/19 R u. B 6 KA 25/19 R** - dürfen die Prüfungsgremien die Abrechnungen der Kl. zwar **grundsätzlich im Wege eines statistischen Kostenvergleichs** beim Gesamtfallwert - aufgegliedert nach den einzelnen Leistungsbereichen des BemaZ - prüfen. Dabei ist dem Bekl. allerdings bei der - grundsätzlich nicht zu beanstandenden - Bildung eines entsprechend der Besetzung der **BAG gewichteten Vergleichswertes** aus den **Fallwerten von MKG-Chirurgen und Zahnärzten**, der dann mit den Abrechnungswerten der Kl. verglichen wurde, ein **systematischer Fehler** unterlaufen, der zur Rechtswidrigkeit der angefochtenen Bescheide führt. Der Bekl. hat zur Abbildung des MKG-Bereichs **Fallwerte** nicht allein von anderen MKG-Chirurgen, sondern auch **von Praxen herangezogen, in denen neben MKG-Chirurgen auch Allgemeinzahnärzte tätig gewesen sind**. Das könnte sich zum Nachteil der Kl. auswirken, weil die Abrechnungswerte von MKG-Chirurgen im Durchschnitt höher sind, als die der Allgemeinzahnärzte. Diese Bildung der Vergleichsgruppe kann nicht mit der Begründung gerechtfertigt werden, dass sog. Mischpraxen wie die Kl. nur ganz selten vorkommen, so dass sich das auf den MKG-Fallwert - und den hieraus gebildeten gewichteten Vergleichswert - nicht auswirken könne. Denn nach den Angaben der beigel. KZV arbeitete die Hälfte der MKG-Chirurgen in solchen „Mischpraxen“, in den in den Vergleich einbezogenen Ländern Thüringen und Saarland sogar deutlich mehr. Außerdem hat der Bekl. die Heranziehung von Fallwerten für MKG-Chirurgen nicht nur aus dem eigenen KZV-Bezirk (Hessen), sondern auch aus dem Saarland und Thüringen in der Begründung des Bescheides nicht offengelegt. Im Übrigen sind die angefochtenen Bescheide **nicht zu beanstanden**. Der Bekl. musste bei der Durchführung des statistischen Kostenvergleichs **nicht zwischen Vertragszahnärzten und angestellten Zahnärzten differenzieren**. Sowohl bei den Plausibilitätsprüfungen als auch im Rahmen der Anwendung der früheren Vorschriften über die Degression werden Vertrags(zahn)ärzte und angestellte (Zahn-)Ärzte gleich behandelt. Das kann im Bereich der Wirtschaftlichkeitsprüfung nicht anders sein. Ohne Rechtsfehler hat der Bekl. bei der Kl. die Berücksichtigung der umfassenden **Besuchstätigkeit** bei Patienten in Heimen als Praxisbesonderheit versagt. Allein aus dem Umstand, dass die Klägerin **mehr Heimpatienten als andere zahnärztliche Praxen versorgt, kann nicht geschlossen werden, dass diese Tätigkeit auch wirtschaftlich ist**. Eine routinemäßige, weitgehend anlasslose Besuchstätigkeit bei einer Vielzahl von Heimbewohnern, deren Zahnstatus der Kl. seit langem bekannt war, ist regelmäßig nicht wirtschaftlich. Die **fehlerhaften Ansätze** der Leistungspositionen für **Arztbriefe und Berichte** durfte der Beklagte im Rahmen der durchgeführten Wirtschaftlichkeitsprüfung kraft seiner **Annexkompetenz** korrigieren. Trotz der für sich genommen nicht geringen Höhe der auf die Berichtigung entfallenden Beträge ist diese im Hinblick auf das Ausmaß der Kürzungen allein wegen Unwirtschaftlichkeit von untergeordneter Bedeutung. Dabei ist und bleibt eine im engen Zusammenhang mit einer „echten“ Wirtschaftlichkeitsprüfung erfolgende Honorarberichtigung **Teil der Wirtschaftlichkeitsprüfung; Rechtsgrundlage ist nicht § 106d SGB V**.

Nach BSG v. 11.12.2019 - **B 6 KA 23/18 R** - ist eine KV für die Festsetzung eines Regresses wegen Nichtbeachtung der maßgeblichen Sprechstundenbedarfs-Vereinbarung (SSB-Vereinbarung) nicht zuständig. Die Prüfung der Rechtmäßigkeit der **Verordnungen von Sprechstundenbedarf** (SSB) ist **bundesrechtlich der Wirtschaftlichkeitsprüfung zugeordnet**. Daraus folgt eine **ausschließliche Zuständigkeit der Prüfungsgremien**. Für eine davon abweichende Zuständigkeit der KV ist kein Raum; eine solche kann auch **nicht gesamtvertraglich** vereinbart werden.

Soweit der älteren Rechtsprechung des Senats entnommen werden könnte, dass die KVen originär zuständig sind oder ihre Zuständigkeit vereinbart werden kann, hält der Senat daran nicht fest. Das hat zur Folge, dass der angefochtene Bescheid, der in der Sache richtig ist, aufzuheben ist. Die zuständige Prüfungsstelle ist aber nicht gehindert, einen Bescheid mit gleichem Inhalt zu erlassen; der **Bescheid der KV hat die insoweit geltende Ausschlussfrist gehemmt**, auch wenn er mangels Zuständigkeit der KV nicht rechtmäßig ist. Die Vertragspartner in den KV-Bezirken, in denen die SSB-Vereinbarung eine Zuständigkeit der KV bestimmt, müssen die **Vereinbarungen der Rechtslage anpassen**. Für die Zeit bis dahin stellt der Senat klar, dass die **Prüfungsstelle zuständig** ist, auch soweit in den SSB-Vereinbarungen die KV als zuständig bezeichnet wird.

## 1. Zufälligkeitsprüfung nach der Methode der statistischen Durchschnittsprüfung

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 27.11.2019 - L 3 KA 128/16

RID 20-02-14

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

SGB V § 106

**Leitsatz:** Die **Zufälligkeitsprüfung** ärztlicher bzw. ärztlich verordneter Leistungen (§ 106 Abs. 2 S. 1 Nr. 2 SGB V) muss nicht von Gesetzes wegen im Wege einer Einzelfallprüfung erfolgen, sondern kann auch nach der Methode der **statistischen Durchschnittsprüfung** durchgeführt werden. In diesem Fall müssen die Prüfungsgremien die Durchschnittsprüfung aber durch eine Prüfung von Einzelfällen auf der Grundlage versichertenbezogener Stichproben ergänzen.

Der Kl. nimmt als Facharzt für Dermatologie und Allergologie an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Aufgrund einer Auswahl mittels Zufallsgenerators leitete die Prüfungsstelle Niedersachsen gegen ihn eine Prüfung der Wirtschaftlichkeit der ärztlichen und ärztlich verordneten Leistungen im Jahr 2011 auf der Grundlage einer Zufälligkeitsprüfung ein. Die Prüfungsstelle setzte gegen ihn wegen unwirtschaftlicher Erbringung von Leistungen nach den GOPen 10341 und 10350 EBM sowie wegen unwirtschaftlicher Verordnungen von Arzneimitteln eine schriftliche Beratung fest. Der Bekl. hob den Bescheid der Prüfungsstelle insoweit auf, als gegen den Kl. bzgl. der GOP 10350 EBM eine schriftliche Beratung festgesetzt wurde. Im Übrigen wies er den Widerspruch zurück und bestätigte die für die Quartale I/11-IV/11 bezüglich der GOP 10341 EBM sowie wegen der Überschreitungen im Bereich der Arzneimittelverordnungen festgesetzte schriftliche Beratung. **SG Hannover**, Ur. v. 19.10.2016 - S 78 KA 191/15 - verpflichtete den Bekl., über den Widerspruch des Kl. erneut zu entscheiden. Das **LSG** verurteilte auf die Berufung des Bekl. den Bekl., über die Wirtschaftlichkeit der vom Kl. im Jahr 2011 erbrachten Leistungen nach der Gebührenordnungsposition 10341 EBM sowie über die Wirtschaftlichkeit der im selben Jahr verordneten Arzneimittel unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats neu zu entscheiden.

## 2. Arzneikostenregress: Verordnungsausschluss von Reboxetin (Solvex®) während laufender Therapie

LSG Hessen, Urteil v. 12.02.2020 - L 4 KA 26/18

RID 20-02-15

SGB V §§ 31, 92 I 2 Nr. 6, 106; AM-RL § 16; AM-RL Nr. 51 Anlage III

Erfolgt der **Verordnungsausschluss während der laufenden Therapie** mit dem betroffenen Arzneimittel, ist naturgemäß eine Begründung des Ausnahmefalles noch nicht im zeitlichen Zusammenhang mit der erstmaligen Verordnung des Arzneimittels zu erwarten, jedoch sicherlich im Rahmen der ersten Folgeverordnung nach dem Inkrafttreten des Verordnungsausschlusses.

Den Anforderungen an einen **Ausnahmefall** nach § 31 I 4 SGB V genügt die **Behandlungsdokumentation** nicht, wenn ihr weder in der Gesamtschau der Behandlung der Patientin noch in zeitlichem Zusammenhang mit der erstmaligen Verordnung von Solvex® oder in der Folgezeit zu entnehmen ist, warum andere verordnungsfähige Therapiealternativen nicht ausgewählt wurden.

Soweit der Kläger im Klage- und Berufungsverfahren hierzu teilweise ausführliche Ausführungen der Nachteile einer solchen Pharmakotherapie macht, ist dies lediglich als **Beteiligteinvorbringen** zu werten, das nicht Bestandteil der **Behandlungsdokumentation** in der Patientenakte ist.

**SG Marburg**, Gerichtsbb. v. 01.04.2016 - S 12 KA 466/15 - RID 16-02-14 wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.



### 3. Verordnungen über Stimmbandtherapie als Folgeverordnungen

SG München, Urteil v. 11.02.2020 - S 38 KA 65/19

RID 20-02-16

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

SGB V § 106

Kennzeichnet der verordnende Arzt die Verordnungen über **Stimmbandtherapie** als Folgeverordnungen, nicht als **Verordnungen außerhalb des Regelfalls**, und fehlt eine Begründung für Verordnungen außerhalb des Regelfalls, verstößt der Arzt gegen elementare Grundprinzipien der Heilmittel-Richtlinie. Dies stellt **keine Unwirtschaftlichkeit** der Ordnungsweise dar, sondern ist den Fällen unzulässiger Verordnungen gleichzusetzen.

Der Beigel. zu 1 stellte für den Versicherten B. drei Folgeverordnungen für Stimmtherapie aus, obwohl die zulässige Gesamtverordnungsmenge im Regelfall bereits ausgeschöpft war. Die kl. Krankenkasse beantragte eine Prüfung nach § 24 Prüfungsvereinbarung (PV) (unzulässige Verordnung). Es wurde eine Prüfung der ärztlichen Ordnungsweise nach § 21 PV (unwirtschaftliche Verordnung) durchgeführt. Der Bekl. bestätigte die vorausgegangene Entscheidung der Prüfungsstelle, indem er gegen den Beigel. zu 1 eine schriftliche Beratung aussprach. Das **SG** verpflichtete den Bekl., erneut über den Widerspruch unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts zu entscheiden.

### 4. Keine Pflicht zur mündlichen Anhörung

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 12.02.2020 - L 3 KA 20/17

RID 20-02-17

*Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 7/20 B*

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

SGB V § 106; SGB X § 24 I

**Leitsatz:** Ein Bescheid des Beschwerdeausschusses über die Festsetzung eines **Richtgrößenregresses** kann nicht allein deshalb aufgehoben werden, weil die betroffenen Vertragsärzte nicht mündlich **angehört** worden sind.

Die Kl. ist eine ehemalige hausärztliche BAG. Sie bestand aus der Internistin Dr. O. und dem Internisten Dr. P., die miteinander verheiratet sind und im **Jahr 2003** an der vertragsärztlichen Versorgung teilgenommen haben. Wegen einer Überschreitung des Richtgrößenvolumens um 133,55 % leitete der Prüfungsausschuss eine Richtgrößenprüfung ein. Der Bekl. setzte den Regress auf 295.278,33 € fest. **SG Hannover**, Ur. v. 25.01.2017 - S 20 KA 60/11 - verpflichtete den Bekl., über den Widerspruch der Kl. unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts erneut zu entscheiden. Das **LSG** wies auf Berufung des Bekl. die Klage ab.

### 5. Formunwirksamkeit eines vor Beschwerdeausschuss protokollierten Vergleichs

LSG Hessen, Urteil v. 12.02.2020 - L 4 KA 11/17

RID 20-02-18

*Revision anhängig: B 6 KA 7/20 R*

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

SGB V § 106; SGG §§ 78, 84, 85, 122; SGB X §§ 53 I, 54 I, 56, 58 I; BGB §§ 125, 126 IV, 127a

**Leitsatz:** Ein von dem Vorsitzenden des **Beschwerdeausschusses** in dessen Sitzung protokollierter **Vergleich** ist formunwirksam nach § 58 Abs. 1 SGB X i.V.m. § 125 BGB, weil - anders als beim gerichtlichen Vergleich - die Schriftform nicht nach § 126 Abs. 4 BGB ersetzt wird, weil seine Protokollierung nicht nach den Vorschriften der Zivilprozessordnung erfolgt. § 106 Abs. 5 SGB V (i.d.F. v. 22.12.2011) ordnet für das Verfahren vor dem Beschwerdeausschuss die Anwendung lediglich von § 84 Abs. 1 und § 85 Abs. 3 SGG an, nicht jedoch von § 122 SGG i.V.m. §§ 159 bis 165 ZPO.

Der Kl. ist Hausarzt in einer Einzelpraxis. Die Prüfungsstelle setzte mit Bescheid v. 20.06. für die Quartale I bis IV/07 eine Honorarkürzung in Höhe von insgesamt 93.528,90 € fest. Hiergegen legte der Kl. Widerspruch ein. Im Februar 2012 bestätigte er seine Teilnahme an der Anhörung und eine Vollmacht für Rechtsanwalt D, ihn „als Rechtsbeistand zu begleiten bei der persönlichen Anhörung in der nicht-öffentlichen Sitzung des Beschwerdeausschusses am Mittwoch den 29.02.2012“. In der vom Vorsitzenden des Beschwerdeausschusses und dem Schriftführer unterzeichneten Niederschrift über diese Sitzung wurde u.a. Folgendes protokolliert:

„Im Einvernehmen aller Beteiligten wird folgende einvernehmliche Regelung getroffen:

1. In Abweichung des Bescheides der Prüfungsstelle der Ärzte und Krankenkassen Hessen - Kammer Süd - vom 20.06.2011, korrigiert am 19.08.2011, verpflichtet sich Doktor A. für die Quartale I/07 bis IV/07 ein Honorarregressbetrag in Höhe von netto 20.000,00 € (zwanzigtausend Euro) zu bezahlen.
2. Es wird eine Ratenzahlung in 8 Teilraten à 2.500,00 € (zweitausendfünfhundert Euro) zugestanden. Die erste Rate in Höhe von 2.000,00 € netto soll mit der Restzahlung für das 2. Quartal 2012 verrechnet werden.
3. Es besteht Einvernehmen darüber, dass außergerichtliche Kosten - insbesondere Anwaltskosten - nicht erstattet werden.
4. Es besteht Einvernehmen darüber, dass hiermit die gesamten im Rahmen des Widerspruchsverfahrens und der Honorarabrechnung 2007 offenen Beträge abgegolten sind.

Laut vorgelesen und genehmigt.“

Die Sitzungsniederschrift wurde nur D übersandt. Im August 2012 rügte der Kl. die Nichtübersendung der Niederschrift an ihn und wies darauf hin, D habe kein Mandat gehabt, ihn zu vertreten, sondern sei als Zeuge der Qualität und der mangelnden Validität des Prüfungsverfahrens zu mündlichen Verhandlung erschienen. Den Regressbetrag von 20.000 € halte er für überzogen. Es sei ihm eine höhere Honorarkürzung in Aussicht gestellt worden, falls es nicht zum Vergleichsabschluss käme. Diese Aussage sei falsch gewesen. Deshalb akzeptiere er die einvernehmliche Regelung nicht. Der Bekl. stellte mit Beschl. v. 29.04.2015 fest, dass das Widerspruchsverfahren gegen den Bescheid der Prüfungsstelle durch die in der Sitzung am 29.02.2012 vereinbarte einvernehmliche Regelung abgeschlossen worden sei; soweit der Widerspruch aufrechterhalten werde, werde er zurückgewiesen. *SG Marburg*, Gerichtsb. v. 03.04.2017 - S 16 KA 143/16 - wies die Klage ab, das *LSG* stellte fest, dass das Verfahren über den Widerspruch gegen den Bescheid der Prüfungsstelle v. 20.06.2011, korrigiert durch Bescheid v. 19.08.2011, nicht durch den Vergleich vom 29.02.2012 erledigt worden ist.

## 6. Zahnärztliche Behandlung: Praxisbesonderheit/Kostenintensive Fälle

**SG München, Urteil v. 05.03.2020 - S 38 KA 5087/19**

**RID 20-02-19**

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

**SGB V § 106**

**Leitsatz:** 1. Sowohl die **Lage der Praxis** als auch der **Patientenstamm**, vorwiegend bestehend aus Ausländern/Migranten rechtfertigen keinen erhöhten Behandlungsbedarf (vgl. BSG vom 10.05.2000 - B 6 KA 25/99 R - SozR 3-2500 § 106 Nr. 49 Rn. 18; SG Hannover vom 25.07.2018 - S 35 KA 2/16 - RID 18-04-18; SG München vom 25.10.2017 - S 38 KA 5022/17 - RID 18-01-32). Dies schließt jedoch nicht aus, dass aufgrund der Herkunft der Patienten in Einzelfällen ein erhöhter Handlungsbedarf besteht, der aber von der Klägerin genauer darzulegen ist (zum Beispiel Schilderung des vorgefundenen Zahnstatus vor der Behandlung).

2. Bei welcher Punktzahl bzw. bei welchem Fallwert der **kostenintensive Fall** anfängt, ist eine Frage der Auslegung. Nachdem der durchschnittliche Fallwert der Vertragszahnärzte bei ca. € 100 liegt, muss jedenfalls ein Fallwert von über € 500 als signifikant und außergewöhnlich und damit kostenintensiv angesehen werden (vgl. kzbv TRANSPARENT 15 +16/2015).

3. Ist in einer Praxis eine relativ hohe Anzahl von kostenintensiven Fällen vorhanden, kann das sowohl auf **unwirtschaftliches Behandlungsverhalten** zurückzuführen sein als auch auf einen **hohen Behandlungsbedarf** hindeuten. Ob darin eine Praxisbesonderheit zu sehen ist, bleibt einer **Prüfung exemplarischer, aufwändiger Fälle** vorbehalten, deren Anzahl so groß zu bemessen ist, dass der Beurteilung eine hinreichende Aussagekraft zukommt.

Das *SG* verpflichtete den Bekl. zur Neubescheidung.

## V. Zulassungsrecht

Nach BSG, Urt. v. 13.05.2020 - **B 6 KA 2/19 R, B 6 KA 3/19 R u. B 6 KA 25/19 R** - dürfen die Prüfungsgremien die Abrechnungen der Kl. zwar **grundsätzlich im Wege eines statistischen Kostenvergleichs** beim Gesamtfallwert - aufgliedert nach den einzelnen Leistungsbereichen des BemaZ - prüfen. Dabei ist dem Bekl. allerdings bei der - grundsätzlich nicht zu beanstandenden - Bildung eines entsprechend der Besetzung der **BAG gewichteten Vergleichswertes** aus den **Fallwerten von MKG-Chirurgen und Zahnärzten**, der dann mit den Abrechnungswerten der Kl. verglichen wurde, ein **systematischer Fehler** unterlaufen, der zur Rechtswidrigkeit der angefochtenen Bescheide führt. Der Bekl. hat zur Abbildung des MKG-Bereichs **Fallwerte** nicht allein von anderen MKG-Chirurgen, sondern auch **von Praxen herangezogen, in denen neben MKG-Chirurgen auch Allgemein Zahnärzte tätig gewesen sind**. Das könnte sich zum Nachteil der Kl. auswirken, weil die Abrechnungswerte von MKG-Chirurgen im Durchschnitt höher sind, als die der Allgemein Zahnärzte. Diese Bildung der Vergleichsgruppe kann nicht mit der Begründung gerechtfertigt werden, dass sog. Mischpraxen wie die Kl. nur ganz selten vorkommen, so dass sich das auf den MKG-Fallwert - und den hieraus gebildeten gewichteten Vergleichswert - nicht auswirken könne. Denn nach den Angaben der beigel. KZV arbeitete die Hälfte der MKG-Chirurgen in solchen „Mischpraxen“, in den in den Vergleich einbezogenen Ländern Thüringen und Saarland sogar deutlich mehr. Außerdem hat der Bekl. die Heranziehung von Fallwerten für MKG-Chirurgen nicht nur aus dem eigenen KZV-Bezirk (Hessen), sondern auch aus dem Saarland und Thüringen in der Begründung des Bescheides nicht offengelegt. Im Übrigen sind die angefochtenen Bescheide **nicht zu beanstanden**. Der Bekl. musste bei der Durchführung des statistischen Kostenvergleichs **nicht zwischen Vertrags Zahnärzten und angestellten Zahnärzten differenzieren**. Sowohl bei den Plausibilitätsprüfungen als auch im Rahmen der Anwendung der früheren Vorschriften über die Degression werden Vertrags(zahn)ärzte und angestellte (Zahn-)Ärzte gleich behandelt. Das kann im Bereich der Wirtschaftlichkeitsprüfung nicht anders sein. Ohne Rechtsfehler hat der Bekl. bei der Kl. die Berücksichtigung der umfassenden **Besuchstätigkeit** bei Patienten in Heimen als Praxisbesonderheit versagt. Allein aus dem Umstand, dass die Klägerin **mehr Heimpatienten als andere zahnärztliche Praxen versorgt, kann nicht geschlossen werden, dass diese Tätigkeit auch wirtschaftlich ist**. Eine routinemäßige, weitgehend anlasslose Besuchstätigkeit bei einer Vielzahl von Heimbewohnern, deren Zahnstatus der Kl. seit langem bekannt war, ist regelmäßig nicht wirtschaftlich. Die **fehlerhaften Ansätze** der Leistungspositionen für **Arztbriefe und Berichte** durfte der Beklagte im Rahmen der durchgeführten Wirtschaftlichkeitsprüfung kraft seiner **Annexkompetenz** korrigieren. Trotz der für sich genommen nicht geringen Höhe der auf die Berichtigung entfallenden Beträge ist diese im Hinblick auf das Ausmaß der Kürzungen allein wegen Unwirtschaftlichkeit von untergeordneter Bedeutung. Dabei ist und bleibt eine im engen Zusammenhang mit einer „echten“ Wirtschaftlichkeitsprüfung erfolgende Honorarberichtigung **Teil der Wirtschaftlichkeitsprüfung; Rechtsgrundlage ist nicht § 106d SGB V**.

Nach BSG v. 11.12.2019 - **B 6 KA 23/18 R** - ist eine KV für die Festsetzung eines Regresses wegen Nichtbeachtung der maßgeblichen Sprechstundenbedarfs-Vereinbarung (SSB-Vereinbarung) nicht zuständig. Die Prüfung der Rechtmäßigkeit der **Verordnungen von Sprechstundenbedarf** (SSB) ist **bundesrechtlich der Wirtschaftlichkeitsprüfung zugeordnet**. Daraus folgt eine **ausschließliche Zuständigkeit der Prüfungsgremien**. Für eine davon abweichende Zuständigkeit der KV ist kein Raum; eine solche kann auch **nicht gesamtvertraglich** vereinbart werden. Soweit der älteren Rechtsprechung des Senats entnommen werden könnte, dass die KVen originär zuständig sind oder ihre Zuständigkeit vereinbart werden kann, hält der Senat daran nicht fest. Das hat zur Folge, dass der angefochtene Bescheid, der in der Sache richtig ist, aufzuheben ist. Die zuständige Prüfungsstelle ist aber nicht gehindert, einen Bescheid mit gleichem Inhalt zu erlassen; der **Bescheid der KV hat die insoweit geltende Ausschlussfrist gehemmt**, auch wenn er mangels Zuständigkeit der KV nicht rechtmäßig ist. Die Vertragspartner in den KV-Bezirken, in denen die SSB-Vereinbarung eine Zuständigkeit der KV bestimmt, müssen die **Vereinbarungen der Rechtslage anpassen**. Für die Zeit bis dahin stellt der Senat klar, dass die **Prüfungsstelle zuständig** ist, auch soweit in den SSB-Vereinbarungen die KV als zuständig bezeichnet wird.

### 1. Keine sog. Konzeptbewerbung bis zur näheren Ausgestaltung durch Normgeber

**SG München, Urteil v. 30.01.2020 - S 43 KA 38/19**  
SGB V § 103

**RID 20-02-20**

Das Gericht sieht keine rechtliche Kompetenz, den Bekl. zu verurteilen, ohne personelle Besetzung der Arztstelle bzw. ohne Benennung des anzustellenden Arztes erneut über den Widerspruch im Sinne der beantragten „**arztlosen Anstellungsgenehmigung**“ zu entscheiden. Es verbleibt laut höchstrichterlicher Rechtsprechung bis zur näheren Ausgestaltung des Instituts der **Konzeptbewerbung** durch den Normgeber bei den bisherigen, für alle Bewerber gleich ausgestalteten Anforderungen an die Bewerbung um einen Vertragsarztsitz (Zulassung oder Anstellungsgenehmigung) nach partieller Entsperrung oder im Nachbesetzungsverfahren (vgl. BSG, Urt. v. 15.05.2019 - B 6 KA 5/18 R - BSGE = SozR 4-2500 § 103 Nr. 27, juris Rn. 49).

Der Kl. ist Internist/Gastroenterologie und zur hausärztlichen Versorgung zugelassen. Nach Entsperrung des Planungsbereichs im Umfang von 1,5 Sitzen beantragte der Kl. für den Arzt G erfolglos die Genehmigung zur Anstellung. G steht zum Zeitpunkt der mündlichen Verhandlung nicht mehr für die personelle Besetzung der vom Kl. erstrebten Anstellungsgenehmigung zur Verfügung. Die Klage wird unter dem Gesichtspunkt der sog. Konzeptbewerbung, d.h. **ohne Benennung eines anzustellenden Arztes** geführt. Das **SG** wies die Klage ab.

## 2. Sonderbedarfszulassung

a) Berücksichtigung eines lokalen Versorgungsbedarfs nach Landesausschuss

**LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 13.11.2019 - L 7 KA 31/17**

**RID 20-02-21**

*Revision zugelassen*

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

**SGB V §§ 100 III, 101 I 1 Nr. 3**

**Leitsatz:** 1. Die Kompetenz des **Landesausschusses** nach § 100 Abs. 3 SGB V ergänzt das bereits bestehende Instrumentarium der Sonderbedarfszulassung zur Deckung **lokalen Sonderbedarfs**.

2. Die Feststellung eines **zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs** nach § 100 Abs. 3 SGB V kann im Streit um die Erteilung einer Sonderbedarfszulassung nicht ohne Bedeutung sein. Bei einer Entscheidung über einen Antrag auf Sonderbedarfszulassung wegen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs darf nicht unberücksichtigt bleiben, ab welchem Versorgungsgrad der Landesausschuss in der jüngeren Vergangenheit einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf bejaht hat.

*SG Berlin*, Urt. v. 22.03.2017 - S 83 KA 4783/15 - wies die Klage ab, das *LSG* verpflichtete den Bekl., über den Antrag des Kl. auf Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung wegen lokalen Sonderbedarfs als Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin im Verwaltungsbezirk Neukölln unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats neu zu entscheiden.

b) Sachkunde der Mitglieder der Zulassungsgremien/Überprüfung durch Versorgungsdaten

**SG Marburg, Beschluss v. 06.05.2020 - S 12 KA 166/20 ER**

**RID 20-02-22**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris  
**SGB V §§ 95, 101**

**Leitsatz:** Eine besondere **Sachkunde** bzgl. der Versorgungssituation kann von den Mitgliedern der **Zulassungsgremien** eingebracht werden (vgl. SG Marburg, Beschl. v. 10.11.2011 - S 12 KA 790/11 ER - RID 12-01-72, juris Rdnr. 38). Wesentlich kommt es aber im Rahmen einer Sonderbedarfszulassung auf eine **Überprüfung** der persönlichen Eindrücke durch die **Versorgungsdaten** an. Auf einzelne Fallschilderungen, die ggf. im Einzelfall auf eine unzureichende Versorgung schließen lassen, können Zulassungsentscheidungen nicht gestützt werden.

Die Beteiligten streiten im Wege eines einstweiligen Anordnungsverfahrens um die sofortige Vollziehung des Beschl. des Ag., mit dem dieser die Ast., Fachärztin für Chirurgie mit der Schwerpunktbezeichnung Unfallchirurgie, zur vertragsärztlichen Tätigkeit für einen hälftigen Versorgungsauftrag aufgrund Sonderbedarfs zugelassen hat, wogegen die Beigel. zu 8), Trägerin eines MVZ, Klage erhoben hat (Az.: S 12 KA 411/19). Das **SG** lehnte den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung vom 02.04.2020 ab.

### 3. Nachbesetzungsverfahren

a) Zulassungstatus/Fallzahlen von rund 50 % des Fachgruppenschchnitts

**LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 20.11.2019 - L 5 KA 1334/17**

**RID 20-02-23**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris  
**SGB V §§ 95 III 1, 103 IIIa**

**Leitsatz:** 1. **Fallzahlen** von rund **50 % des Fachgruppenschchnitts** lassen nicht den Schluss zu, dass keine fortführungsfähige Praxis im Sinne von § 103 Abs. 3a S. 1 SGB V existiert.

2. Die Feststellungen der **Versorgungsgründe** im Sinne von § 103 Abs. 3a S. 3 SGB V setzt eine **Bedarfsprüfung** bezogen auf den gesamten betroffenen Planungsbereich voraus.

Der kl. Facharzt für Allgemeinmedizin beantragte erfolglos die Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens seines Vertragsarztsitzes mit vollem Versorgungsauftrag. Der Bekl. stimmte lediglich der Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens hinsichtlich eines halben Versorgungsauftrags zu. **SG Karlsruhe**, Urt. v. 01.03.2017 - S 4 KA 129/16 - wies die Klage ab, das **LSG** verpflichteten den Bekl., insofern unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats erneut über den Antrag auf Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens (für einen halben Versorgungsauftrag) zu entscheiden. Im Übrigen wies es die Berufung zurück.

b) Keine Ablehnung allein wegen Überversorgung

**SG München, Urteil v. 11.02.2020 - S 38 KA 45/19**

**RID 20-02-24**

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

Die Durchzuführung eines Nachbesetzungsverfahrens kann nicht allein mit der Begründung abgelehnt werden, eine Nachbesetzung sei wegen **Überversorgung** des Planungsbereichs nicht erforderlich, wenn das **Leistungsspektrum (Traumapatienten)** von dem anderer Psychotherapeuten entscheidend **abweicht**. In

erster Linie kommt es auf die **tatsächliche Versorgungssituation** in dem betreffenden Planungsbereich an (vgl. BSG, Urt. v. 28.06.2000 - BSGE 86, 242 = SozR 3-2500 § 101 Nr. 5).

Die Beigel. zu 1, eine Psychotherapeutin mit vollem Versorgungsauftrag, beantragte erfolglos, das Nachbesetzungsverfahren für einen hälftigen Versorgungsauftrag durchzuführen. Nach Ansicht des Zulassungsausschusses war eine Nachbesetzung aus Versorgungsgründen (§ 103 IIIa HS 2 SGB V) nicht erforderlich. Der Planungsbereich sei extrem überversorgt. Die Patienten könnten problemlos durch andere Psychotherapeuten im Planungsbereich versorgt werden. Das *SG* hob den Bescheid des beklagten Zulassungsausschusses auf und verpflichtete den Bekl., unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts über den Antrag erneut zu entscheiden.

#### 4. Ermächtigungen

a) Ermächtigung eines SPZ zur Behandlung spezieller Krankheitsbilder

**LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 06.11.2019 - L 3 KA 19/18**

**RID 20-02-25**

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

**SGB V § 119**

**Leitsatz:** Die Ermächtigung eines Sozialpädiatrischen Zentrums kann grundsätzlich auch zur sozialpädiatrischen Behandlung **spezieller Krankheitsbilder** erteilt werden.

*SG Hannover*, Urt. v. 25.04.2018 - S 24 KA 565/14 - wies die Klage ab, das *LSG* verurteilte den Bekl., den Antrag der Kl. auf Ermächtigung eines Sozialpädiatrischen Zentrums unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats erneut zu bescheiden.

b) Krankenhausärzte

aa) Beschäftigung in Krankenhaus außerhalb des Zulassungsbezirks

**LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 05.12.2019 - L 24 KA 39/19 B ER**

**RID 20-02-26**

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

**SGB V § 116; Ärzte-ZV § 31a I; SGG § 86b I 1 Nr. 1**

Weder § 116 S. 1 SGB V noch §§ 30, 30a Ärzte-ZV verlangen, dass der ermächtigte Arzt in einem **Krankenhaus innerhalb des Zulassungsbezirks beschäftigt** sein muss. Eine Regelung zum Ort der ermächtigten Tätigkeit enthalten diese Bestimmungen nicht. Durch die Aufgabenzuweisung an den Zulassungsausschuss nach § 96 SGB V wird lediglich bestimmt, dass die Ermächtigungen räumlich maximal auf den Bezirk der KV bzw. den Zulassungsbezirk beschränkt sind.

*SG Potsdam*, Beschl. v. 03.06.2019 - S 1 KA 11/19 ER - lehnte den Antrag ab, das *LSG* ordnete die sofortige Vollziehung des Beschl. des Ag. an.

bb) Vorstationäre und nachstationäre Leistungen

**SG München, Gerichtsbescheid v. 07.01.2020 - S 38 KA 972/15**

**RID 20-02-27**

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

**SGB V § 116**

**Leitsatz:** I. Eine Klage auf Erteilung einer **Ermächtigung** nach § 116 SGB V i.V.m. § 31a Abs. 1 S. 2 Ärzte-ZV ist unzulässig, wenn der Zeitraum, für den die Ermächtigung begehrt wird und regelmäßig erteilt wird (Zweijahreszeitraum), abgelaufen ist. Die beehrte Regelungswirkung ist dann entfallen.

II. Bei **vorstationären und nachstationären Leistungen** im Zusammenhang mit einem beabsichtigten bzw. bereits erfolgten chirurgischen (endoprothetischen) stationären Eingriff handelt es sich grundsätzlich um allgemeine ärztliche Leistungen, zu deren Erbringung der überweisende niedergelassene Facharzt aufgrund der Weiterbildungsordnung befähigt ist und die ihm aufgrund des Grundsatzes über den Vorrang des niedergelassenen Bereichs vorbehalten sind. Dadurch, dass es in manchen Fällen sinnvoll sein mag, wenn vor- und nachstationäre Leistungen durch den Operateur ebenfalls mit erbracht werden, entsteht kein **qualitativ-spezieller Versorgungsbedarf**.

III. Eine Objektivierung von **Umfrageergebnissen** im Sinne eines Abgleichs mit **Anzahlstatistiken** zur Feststellung eines Versorgungsbedarfs ist dann nicht möglich, wenn es sich um begrenzte Leistungen handelt, die dort im Detail nicht ihren Niederschlag gefunden haben.

IV. Auch bei **allgemeinen Leistungen** sind ausnahmsweise **Wegstrecken über 25 km** den Patienten zumutbar. Dies gilt für vorstationäre und nachstationäre Leistungen im Zusammenhang mit solchen stationären Eingriffen, bei denen die Wohnortnähe lediglich nachrangige Bedeutung hat.

Der Kl., der Facharzt für Chirurgie (mit Zusatzweiterbildung spezielle Unfallchirurgie) und Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie ist und über die Zusatzbezeichnungen Notfallmedizin und Sportmedizin verfügt, ist seit 2008 als Chefarzt der Chirurgischen Abteilung des Stiftungskrankenhauses tätig. Er beantragte im Juli 2014 erfolglos eine Folgeermächtigung. Das **SG** wies die Klage ab.

## 5. Zulassungsentziehung: Sach-und Rechtslage im Zeitpunkt der letzten Verwaltungsentscheidung

**SG München, Urteil v. 19.02.2020 - S 38 KA 511/17**  
SGB V § 95 VI; Ärzte-ZV § 21

**RID 20-02-28**

Für die Beurteilung der Rechtmäßigkeit einer Zulassungsentziehung ist die Sach-und Rechtslage im **Zeitpunkt** der letzten Verwaltungsentscheidung maßgeblich (BSG, Beschl. v. 13.02.2019 - B 6 KA 14/18 B - juris).

Krankenkassen und KV können, wollen sie einer Patientengefährdung vorbeugen, auch während eines anhängigen gerichtlichen Verfahrens **erneut** einen **Antrag auf Entzug der Zulassung** bei den Zulassungsgremien stellen.

Die kl. Krankenkasse beantragte erfolglos den Entzug der Zulassung des Beigel. zu 1. Der Beigel. zu 1 litt zum Zeitpunkt der Entscheidung der Zulassungsgremien an schweren Erkrankungen, darunter Morbus Crohn, erstmals diagnostiziert im Januar 1987 und verbunden mit zahlreichen chirurgischen Eingriffen (Darmoperationen 1988, 1990, Dez. 2003 -Jan. 2004) und COPD (chronisch-obstruktive Lungenerkrankung), diagnostiziert im Januar 2013. Zur Frage der Geeignetheit wurden Gutachten eingeholt und zwar auf psychiatrischem und schmerztherapeutischem Gebiet. Darauf stützte sich die Entscheidung des bekl. Berufungsausschusses. Vorausgegangen waren die Entscheidung des Amtsgerichts Dillingen (302 CS 511 JS 100 8131/14; Vorwurf vorsätzlicher unerlaubter Betäubungsmittelverschreibung in 21 tatmehrheitlichen Fällen, jeweils in Tateinheit mit unerlaubtem Sichverschaffen von Betäubungsmitteln sowie Untreue, 100 Tagessätze zu je 90 €, Berufung wegen des Rechtsfolgenausspruchs wurde verworfen) und des Verwaltungsgerichts Augsburg (Au 2K 15.1777; Aufhebung der Anordnung des Ruhens der Approbation, da keine Abhängigkeitssituation bzw. Suchterkrankung vorliege; Nichtzulassungsbeschwerde wurde abgelehnt). Das **SG** wies die Klage

## VI. Angelegenheiten der KVen/Hausarztzentrierte Versorgung

Nach BSG, Urt. v. 12.02.2020 - **B 6 KA 25/18 R** - handelt es sich bei Regelungen in einem **Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung (HzV)** zwar um normativvertragliche Bestimmungen, jedoch beeinträchtigen Vereinbarungen zur **Erbringung von bestimmten Allgemeinen Laborleistungen durch die Hausärzte den Status der kl. Laborärzte** nicht. Nach der beanstandeten Regelung der Anlage 12 i.V.m. Anhang 1 des HzV-Vertrages - sämtliche dort aufgeführten Leistungen, einschl. fast aller Allgemeinen Laborleistungen nach Abschnitt 32.2 EBM, werden durch Pauschalen vergütet - verpflichten sich am Vertrag teilnehmende Ärzte dazu, etwas zu tun, was sie **berufsrechtlich und vertragsarztrechtlich dürfen**, nämlich **Basislaborleistungen**

**selbst zu erbringen oder sich zu beschaffen.** Damit soll der Wechsel zwischen dem HzV-System und dem vertragsärztlichen Vergütungssystem innerhalb eines Behandlungsfalles vermieden werden, soweit Leistungen betroffen sind, die zur hausärztlichen Versorgung im Sinne des § 73b SGB V und § 73 SGB V rechnen. Dieses trifft für die Laborleistungen des „Ziffernkranzes“ im Anhang 1 zu; der Vertrag zur HzV greift deshalb nicht auf Leistungen über, die nur Fachärzte wie die Kläger erbringen dürfen. Die bekl. Vertragspartner verfolgen mit der angegriffenen Regelung **Ziele**, die der **Intention des Gesetzgebers** bei der Einführung der HzV entsprechen. Die Krankenkassen wurden verpflichtet, ihren Versicherten eine besonders hoch stehende hausärztliche Versorgung anzubieten und ihnen wurde zugleich ein erweiterter Spielraum in der einzelvertraglichen Ausgestaltung des hausärztlichen Versorgungsgeschehens im kollektivvertraglichen Rahmen eingeräumt. Im Mittelpunkt steht der Hausarzt, der als erster Ansprechpartner des Versicherten im Krankheitsfalle die ambulante Versorgung gestaltet und vergleichbar einem Lotsen koordiniert. Auch wenn der Schutzbereich der Berufsausübungsfreiheit der Kl. (Art. 12 I GG) betroffen sein sollte, würden sich die Regelungen unter Berücksichtigung der Zielrichtungen der HzV und der geringen Eingriffsintensität als sachlich gerechtfertigt und auch verhältnismäßig erweisen. Die Kl. werden deshalb nicht in ihren Grundrechten verletzt.

## 1. Unbestimmte Vergütung eines KZV-Vorstands

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

**RID 20-02-29**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris  
**SGB V §§ 78 I, 79 VI; SGB 4 § 35a**

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

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

Die kl. KZV begehrt von der bekl. Aufsichtsbehörde eine Zustimmung zu einzelnen Regelungen eines Vorstandsdienstvertrags für die Laufzeit des Vertrags ab dem 26.04.2017-31.12.2022. Strittig sind insb. Leistungen der Altersversorgung als anrechnungsfreier Zuschuss zur Altersversorgung. Die Höhe der Alters- oder Berufsunfähigkeitsleistung beträgt nach Ausscheiden aus den Diensten der KZV nach Vollendung des 65. Lebensjahres monatlich 50 € je Dienstjahr der hauptamtlichen Tätigkeit bei der KZV. Weiterhin erhöht sich der so ermittelte Zuschuss um 2 % je Dienstjahr der hauptamtlichen Tätigkeit. Bei einem Ausscheiden auf eigenen Wunsch gilt für den Anspruch auf den Zuschuss eine vom Zeitpunkt des Beginns des erstmaligen hauptamtlichen Dienstverhältnisses beginnende 5-jährige Wartezeit. Die Regelung sollte so verstanden werden, dass der errechnete Betrag monatlich 50 € je Dienstjahr plus 2 % Erhöhung nach dem 65. Lebensjahr bis zum Lebensende als zusätzliche Rente gezahlt werden solle, also bei 10 Dienstjahren 500 € zuzüglich der Steigerungsrate. Der Beklagte wandte ein - und lehnte dann die Zustimmung ab -, die zusätzliche Altersversorgung aller drei Vorstandsmitglieder, die in den Verträgen vorgesehen sei, sei nicht genehmigungsfähig, weil die Kl. bereits mit der Jahresbruttovergütung i.H.v. 221.000 € pro Jahr je Vorstandsmitglied die von vergleichbaren Körperschaften gleicher Größenordnung gezahlte „marktübliche“ Vergütung leiste. Zudem sei die Gewährung einer solchen weiteren Altersversorgung per se nicht zustimmungsfähig. Das Verhältnis der Gesamtbezüge zu Körperschaftsgröße und Körperschaftsbedeutung sei wesentlicher Bestandteil der Prüfung. Gemäß der vom Bundesversicherungsamt (BVA) als Arbeitspapier für die Aufsichtsbehörden bereitgestellten Trendlinie sei bei einer Zahl von drei Million Versicherten eine Vorstandsvergütung von knapp 200.000 € vorgesehen. Zudem beinhalte die Vergütung des Vorstandes eine automatisierte Dynamisierung i.H.v. 2 % pro Jahr ab dem 2. Vertragsjahr. Es handele sich nicht um eine erfolgsabhängige Variable. Am Ende der Dienstzeit am 31.12.2022 kämen die Vorstandsmitglieder im Ergebnis auf ein Bruttogehalt i.H.v. 238.680 € damit sei zumindest die aktuell gültige Trendlinie um 38.680 € überschritten. Es sei jedoch keine andere KZV ersichtlich, bei der drei Vorstandsmitglieder bei einer Zahl von rund drei Millionen Versicherten Vorstandsgehälter in dieser Höhe erhielten. Das **LSG** wies die Klage ab. **BSG**, Beschl. v. 11.12.2019 - B 6 A 1/19 B - RID 20-02-47, juris wies die Nichtzulassungsbeschwerde zurück.

## 2. Hausarztzentrierte Versorgung (Bayern): Änderung der Substitutionsleistungen

**LSG Bayern, Urteil v. 11.03.2020 - L 12 KA 127/17**

**RID 20-02-30**

*Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 11/20 B*  
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris  
**BGB § 280 I**



**Leitsatz:** 1. Die zwischen der Klägerin und dem Beigeladenen am 16.12.2009 mit Wirkung zum 01.01.2010 vereinbarte Änderung der Anlage 10 Anhang 1, die **Substitutionsleistungen** nach den GOP 01950 - 1952 zum **Gegenstand der HzV** machte, ist gegenüber dem Beklagten im Quartal 1/2010 mangels der nach § 7 Abs. 2 S. 1 HzV-Vertrag erforderlichen Mitteilung der Änderung des Anhangs 1 zur Anlage 10 zum HzV-Vertrag nicht wirksam geworden.

2. Im Zuge der Abrechnung für das 1. Quartal 2010 war der Beklagte jedoch aus § 6 Abs. 1 S. 2 HzV-Vertrag verpflichtet, sich über die **aktuellen Vergütungsregelungen**, auch im Hinblick auf die vom Beigeladenen ausdrücklich mitgeteilten Neuerungen, zu **informieren**. Übt der Beklagte dann - nach der zu unterstellenden vollständigen Kenntnis von den Änderungen der Anlage 10 - sein Sonderkündigungsrecht gegenüber dem Beigeladenen nicht aus und macht auch nicht in anderer Weise gegenüber dem Beigeladenen deutlich, mit den Änderungen nicht einverstanden zu sein, ist er nach § 242 BGB an dem von ihm gesetzten **Rechtsschein der Genehmigung** der Vertragsänderung festzuhalten. Ab dem 2. Quartal 2010 gelten daher auch für ihn die mit Wirkung zum 01.01.2010 geänderten Vergütungsregelungen der Anlage 10 HzV-Vertrag.

Noch streitig im Berufungsverfahren ist ein Zahlungsanspruch der kl. Krankenkasse in Höhe von 9.306,11 € gegen den bekl. Hausarzt. Dieser resultiert aus einer Forderung im Zusammenhang mit Substitutionsleistungen aus einem zw. Kl. und beigel. Bayerischen Hausärzterverband e.V. geschlossenen Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung. **SG München**, Urt. v. 23.10.2017 - S 28 KA 1938/14 - gab der Klage hinsichtlich der nicht auf die Substitutionsziffern entfallenden GOP (908,31 €) statt und wies die Klage im Übrigen ab, das **LSG** verurteilte auf Berufung der Kl. die Bekl., an die Kl. weitere 6.349,55 € zu bezahlen, und wies im Übrigen die Berufung zurück.

## VII. Streitwert/Verschiedenes

Nach BSG, Urt. v. 11.12.2019 - **B 6 KA 11/18 R** - ist in einem Rechtsstreit, der vor Eröffnung des Insolvenzverfahrens entstandene Honoraransprüche betrifft, der **Insolvenzverwalter** **notwendig** zum Verfahren **beizuladen**, wenn er erklärt, dass das Insolvenzverfahren noch nicht abgeschlossen sei und die vom Kl. geltend gemachte Forderung möglicherweise zur Insolvenzmasse gehöre.

Nach BSG v. 11.12.2019 - **B 6 KA 12/18 R** - verstößt die Regelung des § 3 I 1 **GEHV** gegen Art. 12 I i.V.m. Art. 3 I GG, soweit sie bezogen auf die Festsetzung des Beitrags keine Abzüge für **Sach- und Praxiskostenanteile** vorsieht. Allerdings muss **nicht jede minimale Kostendifferenz** zwischen einzelnen Arztgruppen oder Untergruppen (z.B. bei den Internisten) exakt für die EHV abgebildet werden. Erreicht die Differenz der Kostensätze einer Gruppe aber **15 % in Relation zum Durchschnitt der Kosten aller vertragsärztlichen Praxen**, muss dem bei der Ermittlung des Abzugs für die EHV Rechnung getragen werden. Nach BSG v. 11.12.2019 - **B 6 KA 12/18 R** - verstößt die Regelung des § 3 I 1 **GEHV** gegen Art. 12 I i.V.m. Art. 3 I GG soweit sie bezogen auf die Festsetzung des Beitrags keine Abzüge für **Sach- und Praxiskostenanteile** vorsieht. Nach BSG v. 11.12.2019 - **B 6 KA 16/18 R, B 6 KA 7/19 R** - müssen Bescheide von Vertragsärzten trotz Rechtswidrigkeit des § 3 I 1 **GEHV** nicht aufgehoben werden, wenn die von ihnen erreichten **Umsätze** und auch die **Kostenquote** ganz in der Nähe des **Durchschnitts** aller hessischen Ärzte liegen. Nach BSG v. 11.12.2019 - **B 6 KA 9/19 R** - ist das das **System der Beitragsklassen**, das die KV in der Zeit vom 01.07.2012 bis zum 31.12.2016 der Erhebung von Beiträgen für die Zwecke der **EHV** zugrunde gelegt hat, nicht zu beanstanden. Soweit die Klägerin geltend macht, sie sei insgesamt, also auch unter Einbeziehung ihrer Beiträge zum Versorgungswerk der Ärztekammer, **zu hoch belastet**, verhilft das ihrer Revision nicht zum Erfolg. Die unzureichende Berücksichtigung besonders hoher Kosten in § 3 GEHV betrifft die Kl. als Ärztin für Psychotherapie nicht.

### 1. Erhöhung des Auffangstreitwerts

**LSG Hessen, Beschluss v. 25.11.2019 - L 4 KA 50/19 B**  
**GKG § 52 II**

**RID 20-02-31**

Aus dem Zusammenspiel der verschiedenen Regelungen in den Vorschriften von § 39 und § 52 GKG ergibt sich, dass der **Streitwert** für einen Rechtsstreit **streitgegenstandsmäßig bestimmt** werden muss. Bei mehreren Streitgegenständen - etwa im Rahmen einer objektiven Klagehäufung - sind diese einzelnen Streitgegenstände zusammenzurechnen.

52 II GKG schafft keine (absolute) Höchstgrenze für den Fall, dass sich für einen, **mehrere oder alle Streitgegenstände eines Rechtsstreits** nach Abs. 1 oder 3 dieser Vorschrift keine Werte bilden lassen. Es gibt keinen Grund dafür zu erkennen, wieso z.B. ein Auffangstreitwert nach der Regelung des § 52 II GKG nicht mit einem Streitwert nach § 52 III GKG addiert werden kann, wie es die Regelung des § 39 I GKG vorsieht.

Der Kl. hat mit seiner auf Neubescheidung durch die Bekl. gerichteten kombinierten Anfechtungs- und Verpflichtungsklage in der Sache höhere vertragsärztliche Honorare für die vier Quartale des Jahres 2011 geltend gemacht. Streitgegenständlich waren zwei Honorarbescheide der Bekl. und vier Bescheide, mit denen sie über Anträge des Kl. auf Sonderregelungen des jeweiligen quartalsbezogenen RLV entschieden hatte. In welcher Höhe dem Kläger im Erfolgsfall von der Beklagten Nachzahlungen zuerkannt worden wären, ließ sich für die Kammer nach Aktenlage nicht einmal annäherungsweise schätzen. *SG Marburg*, Beschl. v. 31.07.2019 - S 11 KA 68/18 WA - RID 19-04-37 setzte den Streitwert auf 5.000 € das *LSG* auf 20.000 € fest.

## VIII. Bundessozialgericht (BSG)

### 1. Honorarverteilung

a) Regelleistungsvolumen und Praxisbesonderheiten: Untypische Ausrichtung

**BSG, Urteil v. 26.06.2019 - B 6 KA 1/18 R**

**RID 20-02-32**

SozR 4-2500 § 87b Nr. 20 = ZMGR 2019, 291

**Leitsatz:** Bei der Bemessung des **Regelleistungsvolumens** besteht Anlass für die Anerkennung von **Praxisbesonderheiten** nur, soweit die Arztpraxis eine für die Fachgruppe untypische Ausrichtung aufweist.

b) Richtigstellung eines RLV nach Reduzierung des Versorgungsauftrags

**BSG, Urteil v. 15.05.2019 - B 6 KA 65/17 R**

**RID 20-02-33**

SozR 4-2500 § 106a Nr. 24

**Leitsatz:** Die rechtswidrige Zuweisung eines zu hohen **Regelleistungsvolumens** kann bei Vorliegen eines Vertrauensausschlussgrundes auch noch nach dem Beginn des Geltungszeitraumes **rückwirkend korrigiert** werden.

c) Verminderung des RLV wegen Teilnahme an hausarztzentrierter Versorgung

**BSG, Urteil v. 26.06.2019 - B 6 KA 66/17 R**

**RID 20-02-34**

SozR 4-2500 § 87b Nr. 21

**Leitsatz:** Vorgaben des Bewertungsausschusses zur Ermittlung der Höhe des **Regelleistungsvolumens** und die Subdelegation seiner Regelungsbefugnis auf die regionalen Gesamtvertragspartner enthalten Rechtsnormen, die zu ihrer Wirksamkeit einer ordnungsgemäßen Veröffentlichung bedürfen.

d) Rückforderung überzahlten Honorars

**BSG, Urteil v. 11.09.2019 - B 6 KA 13/18 R**

**RID 20-02-35**

SozR 4-7610 § 812 Nr. 9 = GesR 2019, 788 = ZMGR 2020, 24

**Leitsatz:** Übersteigen **Abschlagszahlungen** auf vertragsärztliches Honorar (hier: für die Teilnahme an Strukturverträgen zum ambulanten Operieren) den endgültig festgesetzten Honoraranspruch, kann die Kassenärztliche Vereinigung das **überzahlte Honorar** auf der Grundlage eines öffentlich-rechtlichen **Erstattungsanspruchs** zurückfordern.

## 2. Sachlich-rechnerische Richtigstellung

a) Rückwirkende Einschränkung der Abrechenbarkeit einer Leistung

**BSG, Urteil v. 26.06.2019 - B 6 KA 8/18 R**

SozR 4-2500 § 87 Nr. 36

**RID 20-02-36**

**Leitsatz:** Die rückwirkende Beschränkung der Abrechenbarkeit einer Leistung im Bewertungsmaßstab auf „einmal am Behandlungstag“ entfaltet echte Rückwirkung.

b) Plausibilitätsprüfung: Grob fahrlässige Falschabrechnung und Schätzung

**BSG, Beschluss v. 20.02.2020 - B 6 KA 1/19 BH**

juris

**RID 20-02-37**

Der Antrag des Kl., ihm für das Verfahren der Beschwerde gegen die Nichtzulassung der Revision in LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 20.11.2019 - L 5 KA 3574/18 - Prozesskostenhilfe zu bewilligen und einen Rechtsanwalt beizuordnen, wird abgelehnt.

Es ist nicht mehr klärungsbedürftig, dass die KV das Honorar im Wege einer pauschalierenden Schätzung neu festsetzen darf, wenn die Garantiefunktion der Abrechnungssammelerklärung und damit die Grundlage der Honorarfestsetzung durch zumindest **eine grob fahrlässige Falschabrechnung** weggefallen ist.

Die Voraussetzungen einer **Schätzung** liegen hier vor. Dass die Abrechnungssammelerklärungen des Kl. in den streitbefangenen Quartalen unrichtig waren, unterliegt angesichts der **Tagesprofilzeiten von vielfach deutlich über 24 Stunden** keinem Zweifel und dass der Kl. dabei mindestens grob fahrlässig gehandelt hat, wird durch sein Vorbringen insbesondere im Widerspruchsverfahren bestätigt.

Dass der Kläger erst ab dem Quartal II/12 mit mehr als 780 Stunden im Quartalszeitprofil oder mit mehr als 12 Stunden an mindestens drei Tagen im Quartalszeitprofil auffällig geworden ist, steht der **Einbeziehung des Quartals I/12** in die Richtigstellung nicht entgegen (vgl. BSG, Urt. v. 24.10.2018 - B 6 KA 44/17 R - SozR 4-2500 § 106a Nr. 21, juris Rn. 18).

c) Elektrokardiographische Untersuchung ist Teil der Notfallpauschale

**BSG, Urteil v. 11.09.2019 - B 6 KA 22/18 R**

SozR 4-5531 Nr. 01210 Nr. 1

**RID 20-02-38**

**Leitsatz:** Die **Elektrokardiographische Untersuchung** mit mindestens 12 Ableitungen (Nr. 27320 EBM-Ä) ist als fakultativer Leistungsinhalt der **Notfallpauschale** (Nr 01210 EBM-Ä) in demselben Behandlungsfall nicht neben dieser berechnungsfähig.

d) Krankenhaus-Notfallambulanz: Darlegungslast für Labor- und Röntgenleistungen

**BSG, Urteil v. 26.06.2019 - B 6 KA 68/17 R**

**RID 20-02-39**

SozR 4-2500 § 106d Nr. 6 = KH 2020, 158

**Leitsatz:** 1. Die besonderen **Mitwirkungspflichten**, die den Vertragsarzt im Verwaltungsverfahren zur Wirtschaftlichkeitsprüfung treffen, gelten nicht in gleicher Weise für die **sachlich-rechnerische Richtigstellung** des Honorars.

2. Zu den Voraussetzungen, unter denen die Vergütung einer vertragsärztlichen **Leistung** von der Erfüllung von **Begründungsanforderungen** abhängig gemacht werden darf.

e) Notfallambulanz: Verlegung in ein anderes Krankenhaus

**BSG, Urteil v. 11.09.2019 - B 6 KA 6/18 R**

**RID 20-02-40**

SozR 4-2500 § 76 Nr. 5 = KH 2020, 67 = KKZ 2020, 60 = ArztR 2020, 37

**Leitsatz:** Ein vertragsärztlicher Vergütungsanspruch für die Behandlung eines Versicherten in der **Notfallambulanz eines Krankenhauses** wird nicht dadurch ausgeschlossen, dass der Versicherte anschließend in ein **anderes Krankenhaus** aufgenommen wird als dasjenige, an das die Notfallambulanz angegliedert ist.

### 3. Ausscheiden aus einer überörtlichen Dialyse-BAG: Mitnahmeverbot/Anfechtungsberechtigung

**BSG, Urteil v. 03.04.2019 - B 6 KA 64/17 R**

**RID 20-02-41**

SozR 4-5540 Anl. 9.1 Nr. 14 = ArztR 2019, 296

**Leitsatz:** 1. Die Regelung, dass bei Ausscheiden eines Arztes der **Versorgungsauftrag** in der **Dialysepraxis** verbleibt (sog. **Mitnahmeverbot**), gilt grundsätzlich auch für eine in der Dialyseversorgung tätige **überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft**.

2. Das Recht zur **Drittanfechtung** der einem Konkurrenten erteilten Dialysegenehmigung steht bei gemeinschaftlicher Berufsausübung nur der Berufsausübungsgemeinschaft und nicht dem einzelnen ihr angehörenden Arzt zu.

### 4. Fortführung der Prüfung nach Durchschnittswerten

**BSG, Beschluss v. 12.02.2020 - B 6 KA 34/19 B**

**RID 20-02-42**

juris

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen **LSG Berlin-Brandenburg**, Urt. v. 13.09.2019 - L 24 KA 1/18 - wird zurückgewiesen.

Es steht in der Entscheidungskompetenz der **Gesamtvertragspartner**, die **Prüfung nach Durchschnittswerten** auch nach Inkrafttreten des GMG fortzuführen. Hierzu besteht u.a. die Möglichkeit, „eine neue Prüfvereinbarung entsprechend den gesetzlichen Vorgaben mit der Zufälligkeitsprüfung als Regelprüfmethode und der Prüfung nach Durchschnittswerten als subsidiärem Prüfverfahren“ umzusetzen (BSG, Urt. v. 09.04.2008 - B 6 KA 34/07 R - SozR 4-2500 § 106 Nr. 18 Rn. 18).

Weiterhin ist in der Rechtsprechung des Senats geklärt, dass den **Prüfgremien** bei der **Auswahl der Prüfmethode** ein gerichtlich nur eingeschränkt überprüfbarer **Beurteilungsspielraum** zusteht. Wenn dies zur Durchführung einer effektiven Wirtschaftlichkeitsprüfung erforderlich ist, haben die Prüfgremien sogar das Recht, neue Prüfungsarten anzuwenden, die weder gesetzlich vorgesehen noch gesamtvertraglich vereinbart worden sind.

Das Zusammenwirken der Vorschriften über die Ersetzung der Prüfung nach Durchschnittswerten als Regelprüfmethode durch die Stichprobenprüfung in Verbindung mit einer Ermächtigung an die Vertragspartner, die seit Jahrzehnten praktizierten Durchschnittswertprüfungen fortzuführen, kann nur so verstanden werden, dass ein nachhaltiger Auftrag an die Selbstverwaltung erteilt wurde, für eine effektive Prüfung auf der Basis von Stichproben zu sorgen, dass aber zumindest für eine gesetzlich nicht näher bestimmte **Übergangszeit** an dem **bisherigen Prüfinstrumentarium** festgehalten werden durfte. Ein Rechtssatz, die zuständigen Prüfgremien (hier: die Prüfungsstelle) dürften stets erst dann auf eine Prüfung nach Durchschnittswerten zurückgreifen, wenn die übergeordnete Prüfmethode im konkreten Prüffall ausgeschöpft sei, lässt sich der zitierten Entscheidung nicht entnehmen.

**Parallelverfahren:**

**BSG, Beschluss v. 12.02.2020 - B 6 KA 33/19 B**  
juris

**RID 20-02-43**

## 5. Zulassungsrecht

a) „Konzeptbewerbung“: Weitere Normgebung erforderlich

**BSG, Urteil v. 15.05.2019 - B 6 KA 5/18 R**  
BSGE = SozR 4-2500 § 103 Nr. 27 = ZMGR 2019, 295

**RID 20-02-44**

**Leitsatz:** 1. Die Regelung zur Ermöglichung einer **Konzeptbewerbung** im Nachbesetzungsverfahren ist im Auswahlverfahren nach **partieller Entsperrung** eines Planungsbereichs entsprechend anwendbar.

2. Bis zur näheren Ausgestaltung einer „arztlosen Anstellungsgenehmigung“ durch den **Normgeber** können Konzeptbewerbungen ohne personenbezogene Angaben zu dem anzustellenden Arzt nicht berücksichtigt werden.

*BVerfG*, Beschl. v. 17.12.2019 - 1 BvR 2668/19 - nahm die Verfassungsbeschwerde nicht zur Entscheidung an.

b) Nicht mehr als eine Zulassung mit vollem Versorgungsauftrag

**BSG, Beschluss v. 12.02.2020 - B 6 KA 25/19 B**  
juris

**RID 20-02-45**

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Berlin-Brandenburg*, Urt. v. 07.06.2019 - L 24 KA 39/17 - wird zurückgewiesen.

Der Senat hat in zahlreichen Entscheidungen dargelegt, dass einem Arzt **nicht mehr als eine Zulassung mit vollem Versorgungsauftrag** zugeordnet werden kann. Dies folgt allerdings nicht aus § 20 I Ärzte-ZV, der die Frage der Vereinbarkeit mit anderen Tätigkeiten des Arztes zum Gegenstand hat, sondern bereits aus dem **Wesen der vertragsärztlichen Zulassung**.

Von **Sonderfällen** wie **zwei hälftigen Zulassungen** sowie der Doppelzulassung als Zahnarzt und als Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie abgesehen, gibt es im Rechtssinne nur „die Zulassung“, nicht hingegen eine Mehrzahl derselben. Es ist ein (Ausnahme-)Fall, dass ein Vertrags(zahn)arzt nach dem ab dem 01.01.2007 geltenden Recht anstelle einer vollen Zulassung über zwei hälftige Zulassungen verfügt. Diese begründen jeweils einen **eigenständigen, gesonderten Status**, der vom jeweils anderen unabhängig ist.

Die Zulassung umfasst auch bei einer zugelassenen Tätigkeit in **zwei Fachgebieten** stets insgesamt nur einen vollen Versorgungsauftrag. Die Zulassung mit **vollem Versorgungsauftrag** verpflichtet den Arzt nach § 19a I Ärzte-ZV, seine vertragsärztliche Tätigkeit vollzeitig auszuüben. Der Annahme, dass ein Arzt über mehr als einen Versorgungsauftrag verfügen könnte, stehen außer der bereits umfassenden Inpflichtnahme durch einen vollen Versorgungsauftrag insb. Gesichtspunkte der Bedarfsplanung und der vertragsärztlichen Honorarverteilung entgegen. An diesem Grundsatz hat sich auch durch die seit den Änderungen durch das VÄndG bestehenden und mit dem TSVG erweiterten Möglichkeiten zur Reduzierung des Versorgungsauftrags nach § 19a II Ärzte-ZV nichts geändert. Die darin liegende Beschränkung der Berufsausübungsfreiheit steht mit Art. 12 I GG im Einklang.

## 6. Angelegenheiten der KVen

a) Grundsatz der Spiegelbildlichkeit bei KV-Gremienwahlen

**BSG, Urteil v. 15.05.2019 - B 6 KA 57/17 R**

**RID 20-02-46**

SozR 4-2500 § 80 Nr. 2 = KrV 2019, 168 = KrV 2019, 210

**Leitsatz:** Soweit die Satzung einer Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigung die Bildung von **Fractionen** in der **Vertreterversammlung** nicht vorsieht, ist der Grundsatz, dass jeder Ausschuss die Zusammensetzung des Plenums widerspiegeln muss (**Grundsatz der Spiegelbildlichkeit**), nicht auf Listen übertragbar, die für die Wahl zur Vertreterversammlung gebildet worden sind.

b) Vorstandsdienstvertrag/Anspruch auf Versorgungsleistungen

**BSG, Beschluss v. 11.12.2019 - B 6 A 1/19 B**

**RID 20-02-47**

juris

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Berlin-Brandenburg*, Urt. v. 10.04.2019 - L 7 KA 38/17 - RID 20-02-29 wird zurückgewiesen.

Bei Dienstverträgen handelt es sich um **zivilrechtliche Verträge** (vgl. § 611 BGB). Der Umstand, dass Gegenstand des Vertrags eine Tätigkeit als Vorsitzender des Vorstands und damit eines Organs einer KZV ist, spricht in keiner Weise gegen die Einordnung als zivilrechtlicher Vertrag. Die Organstellung und der Anstellungsvertrag sind nach allgemeiner Meinung im deutschen Recht zu unterscheiden.

Eine Regelung, die einem ehemaligen Vorstandsmitglied **unmittelbar** gegenüber der KZV einen **Anspruch auf Versorgungsleistungen** einräumt, ist mit § 35a VIa 5 SGB IV i.d.F. des TSVG nicht vereinbar. Diese Neuregelung wäre in dem von der Kl. angestrebten Revisionsverfahren zu beachten.

## 7. Hinterlegung von Honorarzahlungen/Beiladung des Insolvenzverwalters

**BSG, Urteil v. 11.12.2019 - B 6 KA 11/18 R**

**RID 20-02-48**

juris

In einem Rechtsstreit, der vor Eröffnung des Insolvenzverfahrens entstandene Honoraransprüche betrifft, ist der Insolvenzverwalter **notwendig** zum Verfahren **beizuladen**, wenn er erklärt, dass das Insolvenzverfahren noch nicht abgeschlossen sei und die vom Kl. geltend gemachte Forderung möglicherweise zur Insolvenzmasse gehöre.

An der Auffassung, wonach eine K(Z)V die **Abtretung der Honorarforderungen** ihrer Mitglieder nicht in der Weise einschränken darf, dass nur an **Kreditinstitute** abgetreten werden darf (BSG, Urt. v. 27.06.2018 - B 6 KA 38/17 R - SozR 4-2500 § 79 Nr. 2), wird trotz der angedeuteten Zweifel von BGH, Urt. v. 06.06.2019 - IX ZR 272/17 - BGHZ 222, 165 = NJW 2019, 2156, Rn. 33 festgehalten.

## B. KRANKENVERSICHERUNGSRECHT

### I. Vertrags(zahn)ärztliche Behandlung

Nach BSG, Urt. v. 17.12.2019 - **B 1 KR 18/19 R** - SozR 4-2500 § 138 Nr. 3 ist eine **podologische Behandlung** ein **neues Heilmittel**, für welches der GBA bislang weder einen Nutzen anerkannt noch Empfehlungen zur Qualitätssicherung abgegeben hat. Er überprüft seit 17.05.2018 die Verordnungsfähigkeit podologischer Therapie für dem diabetischen Fußsyndrom vergleichbare Schädigungen, ohne dass ein Systemversagen vorliegt. Die gesetzes- und verfassungskonforme Prüfung ist ein hinreichender Sachgrund, derzeit die streitige podologische Behandlung nicht zu gewähren. Nach BSG, Urt. v. 17.12.2019 - B 1 KR 7/19 R - SozR 4-2500 § 11 Nr. 7 gewährt die maßgebliche **Satzungsbestimmung** für **künstliche Befruchtung** zusätzliche Leistungen lediglich für die ersten drei Behandlungsversuche. Als Versuch zählt jeder begonnene Behandlungszyklus, auch wenn er vorzeitig abgebrochen werden musste. Diese Begrenzung ist von der Ermächtigung des § 11 Abs. 6 SGB V gedeckt und verstößt nicht gegen das rechtsstaatliche Gebot der Normenklarheit und hinreichenden Bestimmtheit.

#### 1. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

a) Antiinflammatorische, neurogenerative Therapie zur Behandlung einer MS

**LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 22.01.2020 - L 5 KR 743/18**

**RID 20-02-49**

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

**SGB V §§ 13 Abs. 4, 27 I 2, 135 I 1**

Es besteht kein Sachleistungsanspruch auf Durchführung einer **antiinflammatorischen, neurogenerativen Therapie** unter Ansatz orthomolekularer Infusions- und Phytotherapie zur Behandlung einer MS. Da hierbei nach dem Dosierungsplan kein Fertigarzneimittel verwendet wird und in dem beschriebenen Vorgehen kein Behandlungskonzept zu erblicken ist, dem ein ebenso großes Gewicht beizumessen ist wie den Wirkstoffen, beurteilt sich die Frage, ob ein Sachleistungsanspruch besteht, ausschließlich nach den Kriterien betr. die **Arzneimittel** nach § 31 SGB V. Es besteht jedoch kein Versorgungsanspruch mit den genutzten Arzneimitteln Cholin (-citrat/-chlorid), NaCl und Colamin, den Vitaminen C, B 1, B 6 und B 12 sowie mit NaCl, Selen, Zink sowie alpha-Liponsäure und Gluthadion.

*SG Stuttgart*, Gerichtsbb. v. 22.01.2018 S 18 - KR 1756/16 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

b) Elektromotive Medikamentenapplikation (EMDA®-Therapie)

**SG Stuttgart, Urteil v. 14.03.2019 - S 19 KR 1603/18**

**RID 20-02-50**

*juris*

**SGB V §§ 2 I, 12 I, 27, 92, 135**

Es besteht keinen Anspruch auf Behandlung mittels **EMDA®-Therapie**. Es handelt sich um eine **neue Behandlungsmethode**, weil sie nicht als abrechenbare Leistung im EBM enthalten ist. Es liegt keine positive Empfehlung des **GBA** für diese Methode vor.

Das **SG** wies die Klage ab.

c) Unterkieferprotrusionsschiene bei Versagen einer CPAP/APAP-Therapie

**SG München, Urteil v. 13.02.2020 - S 15 KR 1374/18**

**RID 20-02-51**



www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

**SGB V §§ 27, 135**

**Leitsatz:** Bei einem bestimmten Patientenkollektiv (leicht- oder mittelgradiges, lageabhängiges Schlafapnoe-Syndrom, BMI < 30 kg/m<sup>2</sup>) ist ein Anspruch auf Erstattung der Kosten für eine selbstbeschaffte **Unterkieferprotrusionsschiene** bei Versagen einer CPAP/APAP-Therapie wegen **Systemversagens** gegeben, wenn die sonstigen Voraussetzungen nach § 13 Abs. 3 SGB V vorliegen.

Das **SG** verurteilte die Bekl., dem Kl. die Kosten für die Unterkieferprotrusionsschiene in Höhe von 1.487,03 € zu erstatten

## 2. Elektrostimulation am Auge (TES mit dem OkuStim-System)

**SG Stuttgart, Urteil v. 18.06.2019 - S 9 KR 1689/18**

**RID 20-02-52**

juris

**SGB V § 2 Ia**

Die TES mit dem OkuStim-System bietet eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf (**Retinitis pigmentosa**, hier eine ständig fortschreitende, zur vollständigen **Erblindung** führende Erkrankung).

Das **SG** 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.

## 3. Richtlinienherapie: Keine Erfüllung des Therapieanspruchs durch Terminservicestelle

**SG Hamburg, Beschluss v. 13.11.2019 - S 21 KR 3062/19 ER**

**RID 20-02-53**

www.sozialgerichtsbarkeit.de

**SGB V § 27**

Die aufgrund der Vermittlung durch die **Terminservicestelle** (TSS) der KV in eine **Sprechstunde** sowie eine **probatorische Sitzung** begründeten therapeutischen Kontakte sind kein Teil einer Richtlinienherapie. Der Sachleistungsanspruch ist nach § 27 I SGB V auf notwendige Krankenbehandlungen gerichtet, die nicht nur auf die Erkennung, sondern auch auf die Heilung einer Erkrankung gerichtet ist. Therapieplätze, auf denen eine **Richtlinienherapie** nach der PT-RL durchgeführt werden kann, vermittelt die TSS hingegen nicht.

Das **SG** verpflichtete die Ag. im Wege der einstweiligen Anordnung, die Kosten der Ast. für bis zu vier probatorische Sitzungen sowie eine Kurzzeittherapie im Umfang von bis zu 24 Einzelsitzungen bei der Dipl.-Psychologin gemäß Kostenvoranschlag zu übernehmen.

## 4. Keine nichtärztliche Elektroepilation nach geschlechtsangleichender Behandlung

**LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 17.03.2020 - L 16 KR 462/19**

**RID 20-02-54**

*Revision anhängig: B 1 KR 4/20 R*

juris

**SGB V §§ 15, 27, 28**

**Leitsatz:** 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. Ein Systemversagen, das sich daraus ergibt, dass die Versicherte keine Vertragsärzte findet, die die Nadelepilation der Barthaare erbringen, und die Krankenkasse und die Kassenärztliche Vereinigung auch keine leistungsbereiten Vertragsärzte benennen können, begründet keinen Anspruch der Versicherten gegen die Krankenkasse auf die Verschaffung einer als ärztliche Leistung gebotenen Behandlung durch einen Nichtarzt (vgl. BSG, Urt. v. 18.12.2018 - B 1 KR 34/17 R - SozR 4-2500 § 28 Nr. 9, juris Rn 22).

Die Schaffung der gesetzlichen Grundlagen für eine Kostenübernahme weiterer Behandlungsmaßnahmen zur optischen Angleichung an das gewünschte Geschlecht obliegt dem **Gesetzgeber**.

*SG Braunschweig*, Urt. v. 08.10.2019 - S 37 KR 394/18 - verpflichtete die Bekl., die Kl. mit einer Nadelepilationsbehandlung zur Entfernung der Barthaare zu versorgen. Das *LSG* wies die Klage ab.

## 5. Keine Krankenbehandlung durch Heilpraktiker

**LSG Hamburg, Urteil v. 12.12.2019 - L 1 KR 15/19**

**RID 20-02-55**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris  
**SGB V §§ 2 Ia, 15, 27**

Zwingende Voraussetzung ärztlicher Krankenbehandlung als ein zentraler Bestandteil des GKV-Leistungskatalogs ist, dass der **Behandler Arzt im berufsrechtlichen Sinne** ist (BSG, Urt. v. 18.12.2018 - B 1 KR 34/17 R - SozR 4-2500 § 28 Nr. 9).

Die Beteiligten streiten um die Kostenübernahme/Kostenerstattung für eine sog. Elektro-Cancer Therapie (ECT), bei welcher Tumorzellen durch Gleichstrom abgetötet werden sollen. Diese Therapie nahm der Kl. ab Februar 2014 im Naturheilzentrum bei einem Heilpraktiker wahr. *SG Hamburg*, Gerichtsbb. v. 15.01.2019 - S 9 KR 2024/16 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

## 6. Zahnärztliche Behandlung: Versorgung mit Teleskopkronen

**SG Koblenz, Urteil v. 12.02.2020 - S 11 KR 448/19**

**RID 20-02-56**

juris  
**SGB V §§ 13 III, 27 I 2, 28 II 9, 55**

**Leitsatz:** 1. § 28 Abs. 2 Satz 9 SGB V findet keine Anwendung, wenn nach einer Tumorbehandlung die Versorgung mit Implantaten aufgrund von Strahlenschäden nicht möglich ist. Die prothetische Versorgung mit **Teleskopkronen** stellt im Vergleich zur Versorgung mit **Implantaten** einschließlich Suprakonstruktion kein „Minus“, sondern ein „**Aliud**“ dar.

2. Die Kostenübernahme für eine Versorgung mit Teleskopkronen richtet sich ausschließlich nach den §§ 55, 56 SGB V. Die Beschränkung der Leistungsansprüche von Versicherten auf **Festzuschüsse** knüpft in den §§ 55 ff. SGB V allein an den Gegenstand und nicht an die Ursache des Behandlungsbedarfs an.

3. Eine **teleologische Reduktion** der §§ 55 ff SGB V oder eine **erweiternde Auslegung** des § 28 Abs. 2 Satz 9 SGB V kommt nicht in Betracht.

Das *SG* wies die Klage ab.

## II. Stationäre Behandlung

### 1. Voraussetzungen einer Lipidapherese/Lipoproteinapherese

**SG Hannover, Urteil v. 18.09.2019 - S 86 KR 2589/18**

**RID 20-02-57**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris  
**SGB V §§ 13 IIIa, 27, 92, 135 I 1**

**Leitsatz:** 1. Eine vom Vorschlag der **Apherese-Kommission** abweichende Prüfungskompetenz kommt den Krankenkassen nur in Ausnahmefällen, nämlich bei geänderter Sachlage, evidenter Fehlentscheidung der Apherese-Kommission oder einer vergleichbaren Sachverhaltskonstellation in Betracht.

2. Ein **Antrag** im Sinne von § 13 Abs. 3a SGB V ist bei der Krankenkasse erst mit Entscheidung der Apherese-Kommission **als gestellt** anzusehen, da die Entscheidung der Krankenkasse nach § 6 Anlage I RiLiMVV erst nach der Entscheidung der Apherese-Kommission ergehen kann.

Das **SG** verurteilte die Bekl., der Kl. eine Lipoproteinapheresetherapie als Sachleistung zur Verfügung zu stellen und insofern die beantragte Lipoproteinapheresetherapie zu genehmigen.

### 2. Liposuktion bei Lipödemen an den Beinen

**SG Stuttgart, Urteil v. 23.05.2019 - S 8 KR 6594/18**

**RID 20-02-58**

juris  
**SGB V §§ 27, 39**

Es besteht kein Anspruch auf Versorgung mit einer unter stationären Bedingungen durchzuführenden **Liposuktion bei Lipödemen an den Beinen**. Die begehrte Maßnahme entspricht bis heute nicht den Anforderungen des Qualitätsgebots.

Das **SG** wies die Klage ab.

### III. Kostenerstattung

#### 1. Nichteinhaltung des Beschaffungswegs

a) Aufnahme der Behandlung vor Entscheidung der Krankenkasse

**SG Karlsruhe, Urteil v. 18.12.2019 - S 13 KR 2152/18**

**RID 20-02-59**

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

**SGB V §§ 13 III, 27**

Wird die **Behandlung** bei einer **nicht zugelassenen Psychotherapeutin** bereits vor einer **Entscheidung der Krankenkasse** aufgenommen, dann tritt genau das ein, was von Gesetzes wegen zu vermeiden ist, dass nämlich eine als unersetzbar empfundene Vertrauensbeziehung zu einem Nichtvertragsbehandler aufgebaut wird, bevor die Krankenkasse Gelegenheit hat, sich mit dem Wunsch nach Kostenübernahme zu befassen.

Die Kl. begehrt von der bekl. Krankenkasse Kostenerstattung in Höhe von 3.885,50 € für eine ambulante Psychotherapie bei einer nicht zur vertragstherapeutischen Versorgung zugelassenen Behandlerin. Das **SG** wies die Klage ab.

b) Kostenübernahmeerklärung vor Entscheidung der Krankenkasse

**SG Düsseldorf, Urteil v. 25.07.2019 - S 8 KR 1011/18**

**RID 20-02-60**

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

**SGB V § 13 III**

Ein Kostenerstattungsanspruch besteht nicht, wenn der erforderliche **Beschaffungsweg** nicht eingehalten wird.

Das **SG** wies die Klage ab.

#### 2. Genehmigungsfiktion

a) Fristverlängerung: Hinreichender Grund

**SG Düsseldorf, Urteil v. 13.06.2019 - S 8 KR 392/18**

**RID 20-02-61**

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

**SGB V § 13 IIIa**

Eine **Fristverlängerung** kommt nur bei Vorliegen eines **hinreichenden Grundes** in Betracht (§ 13 IIIa 5 u. 6 SGB V). Der Umstand, dass die **nach Erhalt des MDK-Gutachtens der Sachbearbeitung verbleibende Zeit** für eine Entscheidung nicht ausreicht, stellt keinen zureichenden Grund dar. Vielmehr handelt es sich um die typische und vorliegend auch unkomplizierte Verwaltungstätigkeit, die der Gesetzgeber für die festgelegte Fünf-Wochenfrist bereits berücksichtigt hat.

Das **SG** verurteilte die Bekl., auch die Kosten für einen Brustimplantatwechsel mit Wiederaufbau ohne Netzeinlage und neuer Anpassung des Weichteilmantels der linken Brust zu übernehmen.

b) Verlängerung der Frist: Benennung der Frist/Absehbarkeit der Nichteinhaltung

**SG Köln, Urteil v. 28.10.2019 - S 36 KR 3426/18**

**RID 20-02-62**

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

**SGB V § 13 IIIa**

Zur **Verlängerung der Frist** von fünf Wochen genügt es nicht, die Ast. darum zu bitten, weitere Unterlagen vorzulegen und darauf hinzuweisen, dass sie nach Vorlage der Unterlagen den MDK um Begutachtung bitten wolle und die beantragte Leistung bis zum 16.05.2018 noch nicht als genehmigt gelte. Es ist darauf hinzuweisen, dass die gesetzliche **Frist von fünf Wochen** nicht eingehalten werden kann. Eine Fristverlängerung setzt auch voraus, dass **nicht absehbar ist**, dass die gesetzliche Frist eingehalten wird.

Das **SG** verurteilte die Bekl., die Kl. mit einem unteren zirkumferenziellen Bodylift, einer Oberschenkelstraffung beidseits und einer Bruststraffung inklusive Augmentation mit Silikonimplantaten zu versorgen.

c) Keine Beendigung des Verwaltungsverfahrens durch Hinweis auf fehlende Stellungnahme

**SG Detmold, Urteil v. 20.03.2019 - S 5 KR 366/16**

**RID 20-02-63**

*Rechtskräftig*

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

**SGB V § 13 IIIa**

Maßgeblich für den Lauf der Frist ist ein **ursprünglicher Antrag**, solange er nicht durch Verwaltungsakt beschieden wird. Im Verweis auf eine noch **fehlende psychiatrische Stellungnahme** liegt kein ablehnender Verwaltungsakt.

Das **SG** verurteilte die Bekl., der Kl. eine laparoskopische Magen-Bypass-Operation als Sachleistung zur Verfügung zu stellen.

d) Bestimmtheit eines fiktionsfähigen Antrags

**SG München, Gerichtsbescheid v. 23.03.2020 - S 15 KR 1763/19**

**RID 20-02-64**

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

**SGB V § 13 IIIa**

Maßgeblich für die **Bestimmtheit eines fiktionsfähigen Antrags** ist, ob der Antrag als fingierte Genehmigung einen vollstreckungsfähigen Verfügungssatz ergibt. Dafür genügt es, dass das Behandlungsziel klar ist. Eine nähere Konkretisierung der Behandlung ist nicht zu verlangen, sie kann der Beratung durch den behandelnden Arzt überlassen bleiben.

Die **Liposuktion** gehört (außerhalb der Erprobungsstudie des GBA) weder ambulant noch stationär durchgeführt zum Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenversicherung.

Das **SG** wies die Klage ab.

e) Erforderlichkeit der Leistung: Liposuktion

**LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 11.02.2020 - L 9 KR 110/17**

**RID 20-02-65**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

**SGB V § 13 IIIa**

**Leitsatz:** Eine Genehmigungsfiktion für eine **Liposuktion** nach § 13 Abs. 3a SGB V ist weder verwirkt noch erledigt sie sich auf andere Art und Weise, wenn der **Klageantrag** zunächst auf eine ambulante und später auf eine stationäre Leistung konkretisiert wird.

Die Genehmigungsfiktion ist auf den medizinischen Erfolg gerichtet und umfasst alle dazu notwendigen Maßnahmen.

*SG Potsdam*, Ur. v. 19.01.2017 - S 3 KR 177/14 - wies die Klage ab, das **LSG** verurteilte die Bekl., der Kl. Liposuktion an beiden Armen und Beinen zu gewähren.

f) Fiktionsfähigkeit eines Antrags: Liposuktion

**SG München, Gerichtsbescheid v. 23.03.2020 - S 15 KR 1763/19**

**RID 20-02-66**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

**SGB V § 13 IIIa**

**Leitsatz:** Zur Fiktionsfähigkeit eines Antrags auf Vornahme einer **Liposuktion**.

Zur **Bindungswirkung eines Urteils**.

Streitig ist die Versorgung der Klägerin mit Liposuktions-Folgeoperationen an den Armen, an der Hüfte und am Bauch. Das **SG** wies die Klage ab.

g) Behandlung in Privatklinik

**LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 27.02.2020 - L 1 KR 308/18**

**RID 20-02-67**

*Revision anhängig: B 1 KR 5/20 R*

juris

**SGB V § 13 IIIa; SGB X § 39 II**

**Leitsatz:** Eine fiktive Genehmigung nach § 13 Abs. 3a S. 6 SGB V eines Antrages auf Kostenübernahme einer Behandlung, die von vornherein nur in einer speziellen **Privatklinik** erfolgen soll, ist nicht in jedem Fall ausgeschlossen, weil das Begehren **offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung** liegt.

*SG Berlin*, Urt. v. 24.08.2018 - S 223 KR 1556/16 - verurteilte die Bekl., die Kosten für die geschlechtsangleichende Operation in stationärer Behandlung in der Klinik S zu übernehmen, das *LSG* wies die Berufung zurück.

h) Leistungskatalog der GKV: Mamillenpigmentierung durch Tätowierer

**LSG Bayern, Urteil v. 27.02.2020 - L 20 KR 306/19**

**RID 20-02-68**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

**SGB V § 13 IIIa**

**Leitsatz:** Der Begriff des Offensichtlich-außerhalb-des-Leistungskatalogs-der-gesetzlichen-Krankenversicherung-Liegens ist nicht rein objektiv zu verstehen, sondern unter Zugrundelegung eines **subjektiven Sorgfaltsmaßstabs**.

*SG Würzburg*, Urt. v. 02.04.2019 - S 11 KR 188/18 - wies die Klage ab, das *LSG* verurteilte die Bekl., der Kl. die Kosten der beim Tätowierer A. E. vorgenommenen Pigmentierung einer in Höhe von 833 € zu erstatten.

### 3. Kostenerstattung nach § 13 II SGB V: Verordnung mittels Privatrezept

**SG München, Urteil v. 14.11.2019 - S 15 KR 8/19**

**RID 20-02-69**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

**SGB V § 13 II**

Die **Verordnung mittels Privatrezept** ist bei Geltendmachung eines Anspruchs auf Erstattung nach § 13 II SGB V nicht zulässig. Die **Musterformulare** gelten für die Vertragsärzte verbindlich. Sie gelten sowohl für die Verordnung im Sachleistungssystem als auch im Fall der vom Versicherten nach § 13 II SGB V gewählten Kostenerstattung.

Das *SG* wies die Klage ab.

### 4. Rückwirkend festgestellte Pflichtversicherung

**LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 19.02.2020 - L 9 KR 54/17**

**RID 20-02-70**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

**SGB V §§ 5 I Nr. 13, 13**

**Leitsatz:** 1. Im Fall der **rückwirkend festgestellten Pflichtversicherung** nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V sind **Kosten**, die in der Annahme, nicht versichert zu sein, in der Zwischenzeit angefallen sind, weil privatärztliche Leistungen in Anspruch genommen wurden, nach § 13 Abs. 3 SGB V zu erstatten.

2. Die Kosten sind in der angefallenen **Höhe** erstattungsfähig. Eine Begrenzung auf die Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung im Inland zu tragen hätte (entsprechend § 13 Abs. 4 Satz 3 SGB V), ist im Rahmen des § 13 Abs. 3 SGB V nicht zulässig.

*SG Frankfurt (Oder)*, Gerichtsb. v.03.01.2017 - S 27 KR 228/16 - wies die Klage ab, das *LSG* verurteilt die Bekl., dem Kl. weitere Kosten für die ärztliche Behandlung in Höhe von 1.037,46 € zu erstatten.

## IV. Arzneimittel

### 1. Cannabinoide

a) Obstruktive Schlafapnoe keine schwerwiegende Erkrankung

**LSG Bayern, Beschluss v. 29.04.2019 - L 20 KR 67/19 B ER**

**RID 20-02-71**

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

**SGB V § 31 VI**

**Leitsatz:** Eine Verordnung von medizinischem Cannabis zur Behandlung von **Schlafstörungen** und Tagesmüdigkeit zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung kommt nicht in Betracht.

*SG Würzburg*, Beschl. v. 24.01.2019 - S 17 KR 1064/18 ER - lehnte den Antrag auf einstweiligen Rechtsschutz ab, das *LSG* wies die Beschwerde zurück.

b) Cannabis-Abhängigkeit

**SG München, Beschluss v. 04.03.2020 - S 15 KR 129/20 ER**

**RID 20-02-72**

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

**SGB V § 31 VI**

Eine **allgemein anerkannte**, dem medizinischen Standard entsprechende **Leistung** steht zur Behandlung von Synkopen mit einer multimodalen Schmerztherapie und Behandlung in einer psychosomatischen Klinik zur Verfügung.

Eine **Cannabis-Abhängigkeit** ist eine Kontraindikation für eine Cannabis-Therapie (vgl. *LSG Bayern*, Beschl. v. 07.11.2019 - L 4 KR 397/19 B ER - RID 20-01-80).

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

### 2. Zolgensma

a) Fehlende Erfolgsaussichten einer Behandlung

**LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 27.02.2020 - L 5 KR 1/20 B ER**

**RID 20-02-73**

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



### SGB V §§ 2 I, 13 IIIa, 33

Wird eine Behandlung zu keinem Zeitpunkt durch die behandelnden Fachärzte des Universitätsklinikums befürwortet und für notwendig erachtet, dann kann eine Antragstellerin nicht davon ausgehen, dass die erstrebte Behandlung (aktuell) medizinisch indiziert und daher einer **Genehmigungsfiktion** fähig ist.

Die **Erfolgsaussichten** einer Behandlung einer autosomalrezessiven proximalen spinalen Muskelatrophie (SMA) Typ 1 mit Zolgensma sind derzeit nicht hinreichend dargetan.

*SG Düsseldorf*, Beschl. v. 19.12.2019 - S 34 KR 1946/19 - wies den Antrag, im Wege der einstweiligen Verfügung festzustellen, dass die am 22.10.2019 beantragte Behandlung der Ast. mit Zolgensma gem. § 13 IIIa SGB V als genehmigt gilt, ab, das *LSG* die Beschwerde zurück.

b) Folgenabwägung: Unmöglichkeit der Behandlung nach Hauptsacheentscheidung

### SG Berlin, Beschluss v. 22.01.2020 - S 51 KR 2926/19 ER

RID 20-02-74

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

SGB V §§ 2 I, 13 IIIa, 33; SGB X § 37 II 2; AMG § 66 I

Ein per **Fax** übermittelter Bescheid wird in **elektronischer Form** übermittelt. Es gilt § 37 II 2 SGB X. Damit wird ein Zugang am dritten Tag nach der Übermittlung (für die Behörde unwiderlegbar) vermutet. Die Regelungen der **Bekanntgabefiktion** sind auch im Zusammenhang mit den Regelungen der Genehmigungsfiktion anzuwenden.

Eine Leistung kann **nicht für erforderlich gehalten** werden, wenn der behandelnde Arzt eine ausdrückliche Empfehlung für die Behandlung nicht geben kann, weil es im Moment zu wenige Studien oder auch Langzeitstudien gäbe, welche die Versprechungen des Herstellers belegen würden.

Im Rahmen einer **Folgenabwägung** ist vorrangig zu berücksichtigen, dass nach Abschluss des Hauptsacheverfahrens die Behandlung dann nicht mehr möglich ist. Dem gegenüber steht „nur“ das Risiko der Krankenkasse, Kosten, die sie aufgrund einer (zusprechenden) Eilentscheidung vorläufig zu tragen hätte (hier: ca. 2 Mio €), bei einer Hauptsacheentscheidung zu ihren Gunsten möglicherweise gar nicht oder nur teilweise erstattet zu erhalten.

Der 2018 geb., bald zweijährige Ast. leidet an Spinaler Muskelatrophie (SMA) Typ I. Er wird aktuell mit dem Medikament Spinraza behandelt. Die Ag. lehnte die Übernahme der Kosten einer Behandlung mit dem weder in Deutschland noch in Europa zugelassenen Medikament Zolgensma (onasemnogene abeparvovec-xioi) ab. Eine Zulassung für dieses Medikament für die Anwendung innerhalb der ersten zwei Lebensjahre liegt in den USA seit Mitte 2019 vor. Das Zulassungsverfahren in Europa läuft, mit einem Abschluss ist frühestens im Laufe des Jahres 2020 zu rechnen. Das *SG* verpflichtete die Ag. im Wege der einstweiligen Anordnung vorläufig, längstens bis zu einer rechtskräftigen Entscheidung in der Hauptsache, die Kosten eine Behandlung mit dem Arzneimittel Zolgensma zu übernehmen.

## V. Hilfsmittel

Nach BSG, Urt. v. 07.05.2020 - *B 3 KR 7/19 R* - ist ein Hilfsmittel erforderlich, um **einer drohenden Behinderung vorzubeugen**, wenn ein konkretes Behinderungsrisiko besteht. Bei einer - wie hier - bereits bestehenden Behinderung dient das Hilfsmittel (nur) zur Vorbeugung einer drohenden Behinderung, wenn mit dessen Einsatz im Schwerpunkt die Verschlimmerung der vorhandenen Behinderung oder das Hinzutreten einer wertungsmäßig neuen Behinderung verhütet wird. Dazu dient das Hilfsmittel hier nach den Tatsachenfeststellungen des LSG nicht. Indes kommt ein Anspruch nach der dritten Variante von § 33 Abs. 1 Satz 1 SGB V (= **Versorgung mit dem Hilfsmittel zum Ausgleich einer bereits bestehenden Behinderung**) in Betracht. Dem Behinderungsausgleich dient ein Hilfsmittel, wenn es seinem Zweck entsprechend die Auswirkungen der Behinderung beseitigt oder mindert und damit der Befriedigung der allgemeinen Grundbedürfnisse des täglichen Lebens dient. Das in der Rechtsprechung des Senats anerkannte **Grundbedürfnis der zumutbaren Erschließung des Nahbereichs der Wohnung mit einem Hilfsmittel darf dabei nicht zu eng gefasst werden** in Bezug auf die Art und Weise, wie sich Versicherte den Nahbereich zumutbar und in angemessener Weise erschließen. Dies folgt aus den Teilhabezielen des SGB IX und aus dem verfassungsrechtlichen Benachteiligungsverbot des Art. 3 Abs. 3 Satz 2 GG als Grundrecht und objektive Wertentscheidung i.V.m. dem Recht auf

persönliche Mobilität nach Art. 20 UN-Behindertenrechtskonvention. Der Senat sieht sich hierbei im Einklang mit der Rechtsprechung des BVerfG zum Paradigmenwechsel, den Art. 3 Abs. 3 Satz 2 GG mit sich gebracht hat, und der Menschen mit Behinderungen ermöglichen soll, so weit wie möglich ein selbstbestimmtes und selbständiges Leben zu führen (zuletzt BVerfG vom 30.1.2020 - 2 BvR 1005/18). Der Anspruch auf ein Hilfsmittel zum Behinderungsausgleich ist danach **nicht von vornherein auf eine Minimalversorgung beschränkt**. Vielmehr kommt ein Anspruch auf Versorgung bereits in Betracht, **wenn das Hilfsmittel wesentlich dazu beitragen oder zumindest maßgebliche Erleichterung bringen würde, Versicherten auch nur den Nahbereich im Umfeld der Wohnung (z.B. bei Einkäufen oder Arzt- und Apothekenbesuchen) in zumutbarer Weise zu erschließen**. Über das Vorliegen der Voraussetzungen dieses Anspruchs konnte der Senat auf der Grundlage der bisherigen Tatsachenfeststellungen nicht abschließend entscheiden. Es fehlen insbesondere Feststellungen dazu, auf welche Art und Weise sich die Klägerin den Nahbereich ihrer Wohnung tatsächlich mit und ohne Hilfe anderer erschließen konnte.

## 1. Rollstuhl-Mobilitätstrainingskurs für Kinder

SG Koblenz, Urteil v. 18.09.2019 - S 11 KR 517/18

RID 20-02-75

juris  
SGB V §§ 13 III, 33 I

- Leitsatz:** 1. Rechtsgrundlage für den Anspruch auf eine (vollständige) Übernahme von Kosten für einen **Rollstuhl-Mobilitätstrainingskurs** ist bei Kindern § 33 Abs. 1 Satz 5 SGB V.
2. Die Rollstuhlversorgung muss sich den wachsenden Anforderungen anpassen und der körperlichen und geistigen **Entwicklung des Kindes** Rechnung tragen. Eine Gebrauchsschulung bei Erhalt des Hilfsmittels im frühkindlichen Alter kann bei Kindern deshalb nur als Teil-Schulung angesehen werden.
3. Wird entwicklungsbedingt eine erweiterte Nutzung des Rollstuhls erforderlich, muss eine Anpassung an die neuen Nutzungsbedingungen erfolgen. Die **Gebrauchsschulung** ist dann als Erst-Schulung anzusehen. Eine bevorstehende Einschulung ist dazu jedenfalls ein hinreichender Anlass.
4. Die Schulung ist nicht zwangsläufig im Rahmen einer stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation durchzuführen. Ist eine ärztliche Betreuung während der Schulung nicht erforderlich, kann die Schulung auch durch einen dafür **eigens konzipierten Kurs** (z.B. des Deutschen Rollstuhl-Sportverbandes) erfolgen.
5. Die Kosten für einen solchen Kurs sind nicht nur für das Kind, sondern auch für ein Elternteil oder eine vergleichbare Vertrauensperson als **Begleitung** zu übernehmen. Ohne eine Begleitperson, die während der Kurszeit die Pflege und Erziehung übernimmt, ist die Teilnahme des Kindes an einem solchen Kurs nicht denkbar.
- Das SG verurteilte die Bekl., dem Kl. auch die Restkosten in Höhe von 521 € für den vom 19.08.2017 bis 25.08.2017 durchgeführten Rollstuhl-Mobilitätstrainingskurs zu erstatten.

## 2. Exoskelett bei Querschnittslähmung

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 27.02.2020 - L 5 KR 675/19

RID 20-02-76

Revision anhängig: B 3 KR 10/20 R  
www.sozialgerichtsbarkeit.de  
SGB V § 33

Ein gesetzlich Versicherter mit **Querschnittslähmung** muss sich nicht auf die alleinige Versorgung mit einem Aktivrollstuhl und einem Stehrollstuhl verweisen lassen, sondern hat einen Anspruch auf die Versorgung mit einem **Exoskelett**. Das Exoskelett dient dem **unmittelbaren Behinderungsausgleich**, indem es die Funktion der Beine durch das selbstständige Stehen und Gehen ermöglicht.

Bei der Frage, **welche Körperfunktion** ausgeglichen wird, ist nicht auf die durch die Querschnittslähmung verursachte Nervenschädigung und die damit verbundene Bewegungslosigkeit der Beine abzustellen. Weder das Exoskelett noch sonst ein auf dem Markt erhältliches Hilfsmittel ist derzeit in der Lage,

Querschnittsgelähmten ein willensgesteuertes Bewegen ihrer Beine zu ermöglichen. Es geht vielmehr um den Ausgleich der durch den körperlichen Schaden verlorengegangenen Funktion der Beine, die für den Menschen im Wesentlichen aus dem Stehen und Gehen besteht.

Der 1990 geb. Kl. leidet nach einem Verkehrsunfall an einer Querschnittslähmung. Er beantragte 2016 erfolglos die Versorgung mit einem ärztlich verordneten Exoskelett (Kosten rund 100.000 €). *SG Aachen*, Urt. v. 23.07.2019 - S 13 KR 185/17 - wies die Klage ab, das *LSG* verurteilte die Bekl., den Kl. mit einer Re-Walk Orthese (elektronisches Orthesensystem: Exoskelett „ReWalk Personal 6.0“) zu versorgen.

### 3. Hörgeräteversorgung

a) Bluetooth-Hörverstärker: Hörverbesserung bei (mobilen) Telefongesprächen

**SG Düsseldorf, Urteil v. 13.06.2019 - S 8 KR 1441/15**

**RID 20-02-77**

*Berufung zugelassen*

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

**SGB V § 33 I**

Es besteht ein Anspruch auf die Versorgung mit einem **Bluetooth-Hörverstärker** CM-BT 2, wenn damit eine **Hörverbesserung bei (mobilen) Telefongesprächen** erreicht wird.

Das *SG* verurteilte die Bekl., den Kl. auch mit dem Bluetooth-Hörverstärker CM-BT 2 der Firma Humantechnik zu versorgen.

b) Keine wesentlichen Gebrauchsvorteile bei Gerät über Festbetrag

**LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 22.01.2020 - L 5 KR 241/18**

**RID 20-02-78**

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

**SGB V §§ 13 IIIa, 33**

Bei Hörgeräten handelt es sich mithin um **Hilfsmittel zum Behinderungsausgleich** und damit um Leistungen der medizinischen Rehabilitation i.S.d. § 13 IIIa 9 SGB V.

Aufgrund von Messungen kann nachgewiesen werden, dass das **Telefonieren** mit Hörgeräten sowie das Fernsehschauen ohne (weitere) Hilfsmittel möglich ist. Eine Differenz zwischen zwei Gerätetypen unter Störschall von 5 % ist nicht signifikant und bewegt sich innerhalb der **Messtoleranz**.

*SG Ulm*, Urt. v. 14.11.2017 - S 15 KR 3727/16 - verurteilte die Bekl., der Kl. zwei Hörgeräte der Marke wixex zu gewähren, das *LSG* wies die Klage ab.

### 4. Behindertenbegleithund

**LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 18.02.2020 - L 16 KR 253/18**

**RID 20-02-79**

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

**SGB V § 33 I**

**Leitsatz:** Es besteht grundsätzlich kein Anspruch auf Versorgung mit einem **Behindertenbegleithund** gegen die gesetzliche Krankenversicherung.

Der Kl. wurde im Jahre 2011 als viertes von sechs Kindern einer alkoholkranken Mutter geboren. Diese hatte während der Schwangerschaft in erheblichen Mengen Alkohol konsumiert und Hilfen zur Stabilisierung der Lebenssituation nicht angenommen. Nach der Geburt wurde der Kl. in Obhut genommen und lebt seither bei seinen jetzigen

Pflegeeltern. Aufgrund des Alkoholkonsums während der Schwangerschaft besteht bei dem Kl. ein „Fetales Alkoholsyndrom“ (FAS) mit Entwicklungsverzögerung, allgemeine Muskelhypotonie, taktil vestibuläre Unreife, Hirnnervenstörung und Sprach- und Entwicklungsverzögerung. Der Pflegegrad III ist zuerkannt. Das FAS wirkt sich nach den Angaben der behandelnden Kinderorthopädin K. u.a. in Form von Zappeligkeit, Logorrhoe, starken Bewegungsimpulsen und Vermeidungsstrategien aus. **SG Stade**, Urt. v. 14.05.2018 - S 29 KR 168/17 - verurteilte die Bekl., die Kosten für die Ausbildung eines Behindertenbegleithundes in Umsetzung der Verordnung der Fachärztin K. zu übernehmen. Das **LSG** wies die Klage ab.

## 5. Echthaarperücke zum vereinbarten Vertragspreis

**SG Frankfurt a. M., Urteil v. 16.01.2020 - S 14 KR 687/17**

**RID 20-02-80**

*Berufung anhängig: LSG Hessen - L 8 KR 31/20 -  
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris*  
**SGB V §§ 12 I, 13 III, 27, 33**

**Leitsatz:** Zur Frage, ob die Krankenkasse mit der Übernahme der **vertraglich vereinbarten Preise** (§ 33 Abs. 7 SGB V) ihre Leistungspflicht erfüllt.  
Das **SG** wies die Klage ab.

## VI. Rehabilitation/Häusliche Krankenpflege/Fahrkosten

Nach BSG, Urt. v. 07.05.2020 - **B 3 KR 4/19 R** - ist das **Anziehen von Kompressionsstrümpfen** mit dem von Thrombosestrümpfen nicht gleichzusetzen. Welcher Leistungsträger den Anspruch auf Behandlungspflege zu erfüllen hatte, richtet sich entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen nach dem Aufgabenprofil, der Zweckrichtung, der personellen und sächlichen Ausstattung der **Einrichtung**. Das LSG wird daher unter Beiladung des Trägers der Einrichtung feststellen müssen, ob die der Klägerin verordnete Hilfe beim Anziehen der Kompressionsstrümpfe unter Berücksichtigung ihrer gesundheitlichen Einschränkungen und der Kompressionsklasse noch vom vorhandenen Personal des Wohnheims zu erbringen war, oder ob diese nur durch medizinisch bzw pflegerisch ausgebildetes Personal fachgerecht erfolgen konnte.

### 1. Rehabilitationsfähigkeit: Versicherter im Wachkoma

**SG München, Urteil v. 12.09.2019 - S 15 KR 1484/18**

**RID 20-02-81**

*www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris*  
**RehaRL §§ 9, 10**

Eine **Rehabilitationsfähigkeit** ist nicht gegeben, wenn ein im **Wachkoma** liegender Versicherter weder in der somatischen noch in der psychischen Verfassung ist, eine notwendige **Eigenmotivation** aufzubringen.

Das **SG** wies die Klage ab.

### 2. Häusliche Krankenpflege

a) Medizinische Behandlungspflege in ambulant betreuter Wohngemeinschaft

**LSG Bayern, Urteil v. 20.08.2019 - L 5 KR 404/19**

**RID 20-02-82**

*Revision anhängig: B 3 KR 2/20 R*  
*www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris*

**SGB V §§ 13 III, 37; SGB I § 32**

Parallelverfahren zu LSG Bayern, Urt. v. 20.08.2019 - L 5 KR 403/19 - RID 20-01-90, Revision anhängig: B 3 KR 14/19 R

**Leitsatz:** 1. Eine **ambulante Wohngruppe** ist grundsätzlich ein geeigneter Ort zur Erbringung häuslicher Krankenpflege (HKP).

2. Das Konzept der **Gesamtverantwortung** einer Einrichtung der Eingliederungshilfe, einschließlich der Pflicht auf Erbringung einfacher HKP-Leistungen (vgl. BSG, Urt. v. 28.2.2015 - B 3 KR 11/14 R - BSGE 118, 122 = SozR 4-2500 § 37 Nr. 13), ist nicht auf ambulante Wohngruppen zu übertragen.

3. **Privatrechtliche Betreuungsverträge** dürfen die Erbringung von Pflege- und HKP-Leistungen ausschließen.

*SG Landshut*, Urt. v. 18.06.2019 - S 4 KR 9/19 - RID 19-03-117 verurteilte die Bekl., die Kl. von den Kosten der häuslichen Krankenpflege für den Zeitraum vom 22.10.2018 bis 31.12.2018 in Höhe von 315,22 € freizustellen sowie an die Kl. 1.882,40 € zu bezahlen, das **LSG** wies die Berufung zurück.

b) Betreuung im Kindergarten durch ausgebildetes Krankenpflegepersonal

**SG München, Beschluss v. 23.04.2020 - S 15 KR 393/20 ER**

**RID 20-02-83**

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

**SGB V § 37 II 1**

Leidet eine Versicherte unter einem **Dravet-Syndrom** (auch: Schwere frühkindliche myoklonische Epilepsie; frühe infantile epileptische Enzephalopathie) und besteht die Gefahr lebensgefährdender Komplikationen, die nur mit einer krankenpflegerischen Betreuung verhindert werden können, dann besteht ein Anspruch auf eine Betreuung im **Kindergarten** durch ausgebildetes **Krankenpflegepersonal**.

Das **SG** verpflichtete die Ag., aufgrund ärztlicher Verordnung v. 19.02.2020 ab Zustellung dieser Entscheidung bis zur rechtskräftigen Entscheidung über den Widerspruch gegen den Bescheid vom 09.03.2020 für die Ast. Leistungen der Behandlungssicherungspflege (spezielle Krankenbeobachtung) durch ausgebildete Kinderkrankenschwestern bzw. -pfleger im Umfang von 25 Stunden pro Woche bis zur Wiederöffnung des Kindergartens der Ast., ab Wiederöffnung des Kindergartens im Umfang von 47 Stunden pro Woche zu erbringen. Im Übrigen wies es den Antrag ab.

### 3. Haushaltshilfe als Satzungsleistung

**LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 11.03.2020 - L 9 KR 4/17**

**RID 20-02-84**

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

**SGB V §§ 13 III, 38**

Sieht die **Satzung** der Krankenkasse vor, dass Versicherte, wenn diese häusliche Krankenpflege erhalten oder wenn Haushaltshilfe nach ärztlicher Bescheinigung wegen einer Erkrankung, die die Weiterführung des Haushalts unmöglich macht, notwendig ist und eine im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann, dann reicht eine **ärztliche Bescheinigung** ohne Vordruck aus.

Eine akute, unfallbedingte Verschlimmerung einer Krankheit, nämlich der chronischen Schmerzerkrankung als bestehender Vorerkrankung, kann die **Übernahme weiterer Haushaltshilfe** rechtfertigen.

*SG Berlin*, Urt. v. 02.12.2016 - S 36 KR 417/14 - wies die Klage ab, das **LSG** verurteilte die Bekl., der Kl. die Kosten für die selbst beschaffte Haushaltshilfe in der Zeit vom 01.02.2013 bis zum 23.06.2013 in Höhe von 7.713 € zu erstatten.

#### 4. Kosten der Betreuung bei einer ambulanten Behandlung

**LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 24.04.2020 - L 4 KR 3890/17**

**RID 20-02-85**

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

**SGB V §§ 11 III, 37**

**Leitsatz:** 1. Die Krankenkasse ist regelmäßig nicht verpflichtet, die Personalkosten für die **Begleitung eines Betreuers** des Versicherten bei dessen **ambulanter Strahlentherapie** zu übernehmen, wenn die Begleitung allein aufgrund der (hier nicht behandelten) Grunderkrankung (Persönlichkeitsstörung mit Aggressivität) notwendig ist.

2. Die Erstattung von Personalkosten kommt auch nicht unter dem Gesichtspunkt der sog. „**Stellvertreterleistung**“ in Betracht.

3. Voraussetzung der **Genehmigungsfiktion** des § 13 Abs. 3a SGB V ist, dass der Versicherte zumindest subjektiv von der Erforderlichkeit der Leistung ausgehen und auf das Ergehen einer Genehmigung vertrauen durfte.

*SG Reutlingen*, Urt. v.07.09.2017 - S 6 KR 5282/14 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

#### 5. Rettungsfahrt zum Krankenhaus: Ambulante Behandlung

**SG Detmold, Urteil v. 05.11.2019 - S 5 KR 460/16**

**RID 20-02-86**

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

**SGB V §§ 60, 61**

Die Krankenkasse muss die Kosten der **Rettungsfahrt** zum **Krankenhaus** abzüglich der Zuzahlung durch den Versicherten übernehmen, auch wenn im Anschluss an die Rettungsfahrt zunächst eine **ambulante Behandlung** stattgefunden hat, sich aber aus dem Einsatzprotokoll des Rettungsdienstes eindeutig ergibt, dass die Fahrt mit dem Ziel einer Behandlung in der Notaufnahme durchgeführt worden ist. Das Fehlen einer Verordnung schließt die Geltendmachung des Anspruchs nicht grundsätzlich aus. Insb. ist der Versicherte nicht verpflichtet, für die Verordnung der Transportleistung zu sorgen.

Das *SG* verurteilte die Bekl., dem Kl. die Kosten für den am 24.12.2015 durchgeführten Transport mit dem Rettungstransportwagen in Höhe von 415,18 € zu erstatten.

#### VII. Beziehungen zu Krankenhäusern

Nach BSG, Urt. v. 17.12.2019 - **B 1 KR 19/19 R** - SozR 4-5562 § 9 Nr. 15 sind nach der **DKR 1001I Spontanatmungsstunden in der Periode der Entwöhnung auch dann als Beatmungsstunden berücksichtigungsfähig**, wenn der Patient bei seiner Entlassung ganz oder teilweise auf maschinelle Beatmung angewiesen bleibt, ein voller Entwöhnungserfolg also bis zur Entlassung nicht eintritt.

#### 1. Vergütungsanspruch/Fälligkeit

a) Prüfverfahrensvereinbarung: Umfang der angeforderten Unterlagen

**LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 21.01.2020 - L 11 KR 1437/19**

**RID 20-02-87**

*Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 18/20 B*

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

**SGB V § 275 Ie; KHG § 17c II; PrüfV 2015/2016 § 7 II**

**Leitsatz:** 1. Bei § 7 Abs. 2 Satz 3 PrüfV 2014 handelt es sich um eine Frist, die einer **materiell-rechtlichen Ausschlussfrist** entspricht (siehe bereits LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 17.04.2018 - L 11 KR 936/17 - RID 18-03-131).

2. Die Frist gilt nur für Unterlagen, deren **Vorlage** der **MDK** gemäß § 7 Abs. 2 Satz 2 PrüfV 2014 konkret verlangt hat.

3. Eine im Anforderungsschreiben des MDK verwendete Formulierung, die auf die **Vorlage nicht näher bezeichneter Unterlagen** abzielt („Sollten Sie bei der Durchsicht Ihrer Unterlagen feststellen, dass die angeforderten Unterlagen die für die Begutachtung notwendigen Unterlagen nicht oder nicht vollständig enthalten, so fügen Sie bitte alle Dokumente bei, die zur Klärung der Frage beitragen können.“) schließt die Vorlage von Unterlagen durch das Krankenhaus, die der MDK nicht konkret verlangt hat, nach Ablauf der im Anforderungsschreiben gesetzten Frist nicht aus.

*SG Karlsruhe*, Urt. v. 21.03.2019 - S 7 KR 542/17 - verurteilte die Bekl. zur Zahlung von 22.867,36 € nebst Zinsen, das *LSG* wies die Berufung zurück.

b) Stationäre Behandlung bei erhöhtem OP-Risiko wegen Untergewichts

**SG Detmold, Urteil v. 21.12.2018 - S 24 KR 1031/17**

**RID 20-02-88**

*Berufung anhängig: LSG Nordrhein-Westfalen - L 10 KR 106/19 -  
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris  
SGB V §§ 39, 109*

Auch wenn es sich bei einer Operation um eine Leistung handelt, die nach dem Vertrag für ambulantes Operieren im Krankenhaus (AOP-Vertrag) sowohl **ambulant als auch stationär** erbracht werden kann, kann eine stationäre Behandlung medizinisch wegen des erheblichen **Untergewichts** der Versicherten mit einem nicht zu unterschätzenden **Komplikationsrisiko** erforderlich sein.

Das *SG* verurteilte die Bekl., an die Kl. 1.934,26 € nebst Zinsen zu zahlen.

c) Stationäre Behandlung: Äußere Wendung bei Beckenendlage

**LSG Hamburg, Urteil v. 19.12.2019 - L 1 KR 62/18**

**RID 20-02-89**

*Revision anhängig: B 1 KR 2/20 R  
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris  
SGB V §§ 39, 109*

Eine **Aufenthaltsdauer** der Versicherten in der Klinik von **knapp 6 Stunden** schließt eine vollstationäre Behandlung nicht von vornherein aus, denn eine 24-stündige Mindestaufenthaltsdauer des Patienten im Krankenhaus oder ein Aufenthalt über Nacht ist hierfür nicht Voraussetzung. Bei der Abgrenzung einer nicht operativen stationären Behandlung von einer ambulanten Behandlung im Krankenhaus kommt es entscheidend darauf an, ob der Patient die Infrastruktur des Krankenhauses – also insb. die typische intensive ärztliche Betreuung sowie die Hilfe von jederzeit verfügbarem Pflegepersonal – in Anspruch genommen hat (BSG, Urt. v. 28.02.2007 - B 3 KR 17/06 R - SozR 4-2500 § 39 Nr. 8, juris Rn. 17 f.). Das ist der Fall bei einer **äußeren Wendung bei Beckenendlage**, bei welcher durch äußere Manipulation am Bauch der Schwangeren manuell versucht wird, das Kind in die „richtige“ Geburtsposition, also die Schädellage, zu wenden, was ein potentiell mit hohen Risiken behafteter Vorgang ist, der in niedergelassenen Arztpraxen aus diesem Grund nicht durchgeführt wird.

*SG Hamburg*, Urt. v. 24.05.2018 - S 2 KR 1285/15 - gab der Klage statt, das *LSG* wies die Berufung zurück und korrigierte den Zinsanspruch.

**Parallelverfahren:**

**LSG Hamburg, Urteil v. 19.12.2019 - L 1 KR 43/18**

**RID 20-02-90**

*Revision anhängig: B 1 KR 1/20 R*

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

d) Stationäre Behandlung: Objektive Beweislast

**SG München, Gerichtsbescheid v. 23.03.2020 - S 15 KR 1533/18**

**RID 20-02-91**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

**SGB V §§ 39, 275 I c**

Die objektive **Beweislast** für die Einwendung, eine stationäre Behandlung sei nicht erfolgt, trägt die Krankenkasse. Die bloße Behauptung, dass die Kürze der Dauer des Aufenthalts gegen diese Annahme sprechen würde, ist kein Beweis.

Das **SG** verurteilte die Bekl., an die Kl. 1.460,18 € nebst Zinsen zu zahlen.

e) Entfernung von Osteosynthesematerial: Ambulante Leistung

**SG Detmold, Urteil v. 12.03.2019 - S 5 KR 258/16**

**RID 20-02-92**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

**SGB V §§ 27, 39 I, 109 IV 3, 115b I; KHG § 17b I 1; KHEntgG §§ 7 I 1 Nr. 1, 9 I Nr. 1**

Eine **Entfernung von Osteosynthesematerial** ist als stationäre Leistung eines Krankenhauses grundsätzlich dann nicht erforderlich, wenn diese Leistung stattdessen auch durch niedergelassene Vertragsärzte ambulant erbracht werden kann. Eine Erforderlichkeit aufgrund weiterer Erkrankungen muss sich aus der Patientendokumentation ergeben.

Das **SG** wies die Klage ab.

f) Mindestmenge: Widerlegungsentscheidung und aufschiebende Wirkung einer Klage

**LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 10.03.2020 - L 9 KR 389/19 B ER**

**RID 20-02-93**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

**SGB V § 136b; SGG § 86b I**

**Leitsatz:** 1. Das Regelungskonzept von § 136b Abs. 4 SGB V in Verbindung mit § 5 Abs. 5 Mm-R sieht keine positive, die Qualität eines Verwaltungsaktes besitzende **Entscheidung** über die bestehende **Berechtigung** zur Leistungserbringung vor.

2. Im Falle einer „Widerlegungsentscheidung“ nach § 136b Abs. 4 Satz 6 SGB V ist daher die isolierte **Anfechtungsklage** hinreichend rechtsschutzintensiv.

3. Missachten die Kassenverbände die **aufschiebende Wirkung** der gegen die nicht für sofort vollziehbar erklärte Widerlegungsentscheidung erhobenen Klage, liegt ein Fall faktischer Vollziehung vor, der zur Feststellung der aufschiebende Wirkung der Klage führt.

**SG Cottbus**, Beschl. v. 07.10.2019 - S 37 KR 421/19 ER - entschied, dass die Ast. im Rahmen des einstweiligen Rechtsschutzes vorläufig berechtigt wird, Stammzelltransplantationen gemäß Ziffer 5 der Anlage zur Mindestmengenregelung für die Kalenderjahre 2019 und 2020 zu erbringen. Das **LSG** stellte fest, dass die Klagen (S 12 KR 266/19 und S 37 KR 420/19) gegen die Bescheide der Ag. v. 21.12.2018 u. v. 21.08.2019 aufschiebende Wirkung entfalten. Den weiter gehenden Antrag auf Gewährung vorläufigen Rechtsschutzes wies es zurück.



g) Mindestmenge: Prognose für nächstes Kalenderjahr

**SG Braunschweig, Urteil v. 21.01.2020 - S 54 KR 399/19**

**RID 20-02-94**

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

**SGB V § 136b**

**Leitsatz:** 1. Wenn ein Krankenhaus die **Mindestmenge** nach der Anlage der Mindestmengenregelung des GBA (Mm-R) im **vorausgegangenem Kalenderjahr** erreicht hat, spricht für sie die Regelvermutung des § 136b Abs. 4 Satz 4 SGB V, wonach aufgrund berechtigter regelmäßiger Erwartungen voraussichtlich auch im nächsten Kalenderjahr die erforderliche Mindestmenge erreicht wird. Wegen dieser gesetzlichen Regelvermutung sind an die Begründung der erheblichen Zweifel an der **Prognose** (§ 136b Abs. 4 Satz 6 SGB V) höhere Ansprüche zu stellen, als wenn die Regelvermutung nicht greift.

2. Die Vorgaben der Mm-R gehen dem **SGB V** nicht vor.

3. Der im Sozialrecht geltende **Amtsermittlungsgrundsatz** ist im Streit um das Vorliegen der Voraussetzungen der Mindestmengenregelung nicht suspendiert.

4. Das **Gebot der Fairness** im Umgang miteinander dürfen die Beteiligten nicht aus dem Auge verlieren.

Das **SG** stellte fest, dass am Klinikum der Kl. die Mindestmengenregelung für die Leistung „Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus“ für das Kalenderjahr 2020 erfüllt ist.

h) Versorgungsauftrag des Krankenhauses: Keine rückwirkende Änderung (Cochlea-Implantat)

**LSG Sachsen, Urteil v. 25.09.2019 - L 1 KR 142/14**

**RID 20-02-95**

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

**SGB V §§ 108, 109; KHG § 8; KHEntgG § 8 I 4**

**Leitsatz:** 1. Der **Versorgungsauftrag** von zugelassenen Krankenhäusern kann **rückwirkend** weder eingeschränkt noch erweitert werden.

2. Ein **Feststellungsbescheid** gemäß § 8 Abs. 1 Satz 3 KHG kann zwar krankenhausesplanungsrechtlich Rückwirkung entfalten; krankensicherungsrechtlich kann durch ihn der Zulassungsstatus eines Plankrankenhauses und damit dessen Versorgungsauftrag jedoch nicht rückwirkend geändert werden.

**SG Leipzig**, Urt. v. 08.04.2014 - S 27 KR 130/13 - verurteilte die Bekl., an die Kl. 27.865,33 € nebst Zinsen zu zahlen, das **LSG** wies die Berufung zurück.

i) Extrakorporale Photopherese

**SG Detmold, Urteil v. 27.02.2020 - S 5 KR 542/13**

**RID 20-02-96**

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

**SGB V §§ 2, 28 I, 39, 137c**

Die **Extrakorporale Photopherese** (ECP) kann nicht ambulant erbracht werden kann und bedarf einer stationären Krankenhausbehandlung.

Für die ECP besteht eine ausreichende, auf Indizien gestützte, nicht ganz fernliegende Aussicht auf Heilung oder wenigstens auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf eines **Bronchiolitis obliterans Syndroms** (BOS).

Zwischen den Beteiligten ist im Rahmen der Klage und Widerklage die Vergütung für die stationäre Durchführung von insgesamt 38 Zyklen einer zellbasierten immunmodulierenden Therapie (Extrakorporale Photopherese) umstritten. Das **SG** verurteilte die Bekl. und Widerkl., an die Kl. und Widerbekl. 45.777,63 € nebst Zinsen zu zahlen, und wies die Widerklage ab.

## 2. GBA-Feststellung: Neben Gesamtbericht auch standortbezogene Qualitätsberichte

**LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 22.01.2020 - L 1 KR 126/17 KL**

**RID 20-02-97**

*Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 20/20 B*

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

**SGB V i.d.F. bis 2015 § 137 III 1 Nr. 4**

Der **Standortbegriff** im Sinne von § 2 II der Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser ist nicht anders oder enger zu verstehen, als er in dem Berliner Krankenhausplan gebraucht wird. Die Verpflichtung zur Abgabe **standortbezogener Unterberichte** besteht unabhängig von etwaigen betrieblichen Strukturen wie Zusammenschlüssen von an verschiedenen Orten gelegenen Einrichtungen zu einem Krankenhaus. Allein maßgeblich ist die Ausweisung von Standorten in der Krankenhausplanung.

Das *LSG* wies die Klage ab.

## 3. Schadensersatz wegen pflichtwidriger Verlegung

**SG Duisburg, Urteil v. 14.02.2020 - S 44 KR 379/17**

**RID 20-02-98**

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

**KHG § 17b; BGB § 280**

Ein Rückgriff auf § 280 BGB ist nicht durch etwaig abschließende Regelungen der FPV 2016 verwehrt. Die Vorschriften des BGB über **Schadensersatz** wegen **Pflichtverletzung** sind trotz der Regelungen in der FPV 2016 entsprechend anwendbar. Die Regelungen im BGB über den Schadensersatz sind auch mit der Stellung der Krankenhäuser im Versorgungssystem des SGB V vereinbar (BSG, Urt. v. 12.11.2013 - B 1 KR 22/12 R - BSGE 115, 11 = SozR 4-2500 § 69 Nr. 9 Rn. 12). Die bekl. Krankenhausträgerin hat durch die Verlegung des Versicherten in das aufnehmende Krankenhaus eine ihr gegenüber der kl. Krankenkasse bestehende Pflicht verletzt. Die Bekl. war im Zeitpunkt der Verlegung zur Erbringung der Leistung der geriatrischen Komplexbehandlung des Versicherten verpflichtet. Diese Verpflichtung ergibt sich aus dem Versorgungsauftrag der Bekl.

Das *SG* verpflichtete die bekl. Krankenhausträgerin, an die kl. Krankenkasse einen Betrag i.H.v. 3.553,65 € nebst Zinsen zu zahlen.

## 4. Fallpauschalen

a) Begriffe „Krankheit“ und „Symptom“ (Obesitas-Hypoventilationssyndrom)

**LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 24.04.2020 - L 4 KR 3159/18**

**RID 20-02-99**

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

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

**Leitsatz:** 1. Bei der Abrechnung von Krankenhausbehandlung nach Fallpauschalen sind für die Hauptdiagnose im Sinne der DKR D002f die **Begriffe „Krankheit“ und „Symptom“** allein nach den Abrechnungsvorschriften zu bestimmen, nicht nach einem außerhalb der Abrechnungsbestimmungen liegenden Maßstab im Sinne eines besonders qualifizierten medizinisch-wissenschaftlichen Verständnisses des Krankheitsgeschehens (BSG, Urt. v. 20.03.2018 - B 1 KR 25/17 R - SozR 4-5562 § 9 Nr. 11, juris).

2. Nach dem Regelungssystem von DKR D002f und ICD-10 ist von einem „**Symptom**“ auszugehen, wenn dieses im Kapitel XVIII ICD-10 (Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind) erfasst ist. Dagegen handelt es sich im Sinne der Abrechnungsvorschriften um eine „**Krankheit**“, wenn die entsprechende Diagnose in einem als solchen bezeichneten „Krankheiten“-Kapitel erfasst wird, auch wenn dieser nach qualifiziertem medizinisch-wissenschaftlichem Verständnis wiederum eine weitere Krankheitsursache zugrunde liegt.

3. Zu verschlüsseln ist der Kode für die spezifische Erkrankung (DKR S. XVII).

*SG Freiburg*, Urt. v. 18.07.2018 - S 2 KR 5336/15 - verurteilte die Bekl., der Kl. 2.903,77 € zzgl. Zinsen zu zahlen. Das *LSG* wies die Klage ab.

b) Intensivmedizinische Komplexbehandlung: „Intensivstation“

**SG Osnabrück, Urteil v. 13.01.2020 - S 46 KR 367/17**

**RID 20-02-100**

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

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

Sind die Mindestmerkmale des OPS 8-980 **Intensivmedizinische Komplexbehandlung** (Basisprozedur) für das Abrechnungsjahr 2013 auf einer „**Inter-mediate Care-Station**“ erfüllt, dann ist die Abrechnungsfähigkeit gegeben. Es handelt sich dann um eine „**Intensivstation**“. Es kann nicht sein, dass eine im gewissen Rahmen willkürliche Stationsbezeichnung über die Kodierbarkeit einer Leistung entscheidet. Dieses hätte zur Konsequenz, dass Leistungserbringer gezwungen würden, die Bezeichnung ihrer Abteilungen hinsichtlich der Abrechnungsbestimmungen und nicht im Sinne eines optimierten Betriebsablaufs und einer optimalen Patienten-Kommunikation auszugestalten.

Die Beteiligten streiten um die Berücksichtigung des OPS 8-980.21 (Intensivmedizinische Komplexbehandlung) während eines zweiten Aufenthaltes einer Fallzusammenführung vom 12.04.2013-28.05.2013. Das *SG* verurteilte die Bekl., an die Kl. 25.981,35 € zzgl. zu zahlen.

c) Intensivmedizinische Komplexbehandlung und Intermediate Care Station (ICS)

**LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 21.11.2019 - L 5 KR 621/17**

**RID 20-02-101**

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

**OPS Codes 8-980**

Eine **intensivmedizinische Komplexbehandlung** i.S.d. OPS Codes 8-980 kann ausschließlich auf einer Intensivstation erfolgen (vgl. BSG, Urt. v. 28.02.2007 - B 3 KR 17/06 R - SozR 4-2500 § 39 Nr. 8). Eine Behandlung auf einer **Intermediate Care Station** reicht nicht aus.

*SG Duisburg*, Urt. v. 04.08.2017- S 17 KR 134/13 - verurteilte die bekl. Krankenträgerin, an die kl. Krankenkasse 14.271,23 € nebst Zinsen zu zahlen, das *LSG* wies die Berufung zurück.

d) Beatmung (DRG E40C): Phasen der Spontanatmung

**LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 04.10.2018 - L 16 KR 751/14**

**RID 20-02-102**

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

**SGB V §§ 39 I, 109 IV 3**

Die Abrechenbarkeit der DRG E40C setzt u.a. voraus, dass die Patienten **mehr als 24 Stunden beatmet** werden. Maßgeblich sind nur die Zeiten der tatsächlichen Beatmung mittels BIPAP (Biphasic Positive Airway Pressure). **Beatmungsfreie Intervalle**, durch die sich erst eine Beatmungszeit von mehr als 24 Stunden ergibt, sind nur im Rahmen einer hier nicht bestehenden Entwöhnungssituation berücksichtigungsfähig.

**SG Aachen**, Urt. v. 02.12.2014 - S 13 KR 121/14 - RID 15-01-128 wies die Klage der Krankenkasse ab, das **LSG** verurteilte die Bekl., an die Kl. 4.406,97 € nebst Zinsen zu zahlen. **BSG**, Beschl. v. 14.10.2019 - B 1 KR 85/18 B - juris wies die Nichtzulassungsbeschwerde als unzulässig zurück.

e) Halbstündige Transportentfernung/§ 301 Abs. 2 S. 4 bzw. 6 SGB V n.F.

**SG München, Gerichtsbescheid v. 30.03.2020 - S 15 KR 2433/18**

**RID 20-02-103**

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

**SGB V § 301**

**OPS 8-98b** „Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls“ ist durch DIMDI vom 03.12.2018 klargestellt worden. Die **halbstündige Transportentfernung** (Zeit zwischen Rettungstransportbeginn und Rettungstransportende) definiert die Zeit, die der Patient im Transportmittel verbringt. **BSG**, Urt. v. 19.06.2018 - B 1 KR 39/17 R - SozR 4-5562 § 9 Nr. 10 ist nicht zu folgen. Nach zutreffender wortlautgetreuer Auslegung ist bereits nach alter Fassung der OPS 8-981/8-98b unter Transportentfernung die Zeit zu verstehen, die der Patient im Transportmittel verbringt. Die Klarstellung ist insoweit lediglich die Auslegung, die nach der ständigen BSG-Rspr. naheliegt und dieser Rechtsprechung am ehesten gerecht wird.

**§ 301 II 4 bzw. 6 SGB V n.F.** war hier nicht entscheidungserheblich und ist im Übrigen nicht verfassungswidrig.

Das **SG** wies die Klage ab.

f) Reoperation/Relaparotomie

**SG Dessau-Roßlau, Urteil v. 17.10.2019 - S 21 KR 333/14**

**RID 20-02-104**

*Rechtskräftig*

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

**SGB V § 109**

Nach Abschnitt P013d DKR 2010 ist bei der Wiedereröffnung eines Operationsgebietes insb. zur Behandlung einer Komplikation zunächst zu prüfen, ob die durchgeführte Operation mit Wiedereröffnung des Operationsgebietes im OPS durch einen spezifischen Kode im betreffenden Organkapitel kodiert werden kann. Gibt es keinen spezifischen Kode, dann ist die durchgeführte Operation zusammen mit einem Zusatzkode wie z.B. 5-983 „**Reoperation**“ für die Reoperation anzugeben. Demnach war wegen Komplikationen durchgeführte Reoperation auch als solche zu kodieren, nicht aber als Laparotomie mit Drainage.

OPS 5-541.2 (**Relaparotomie**) kann nicht kodiert werden, wenn eine Laparotomie im OP-Bericht nicht beschrieben wird. Die Bezeichnung des Wechsels des VAC-Verbandsystems als „Bauchschnitt“ ist mit dem Wortlaut nicht vereinbar. Dies gilt ebenso für OPS 5-541.3 (Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums: Second-Look-Laparotomie, programmierte Laparotomie).

Streitig ist, ob der OPS 5-541.1 (Laparotomie mit Drainage), 5-541.2 (Relaparotomie) und 5-541.3 (Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums: Second-Look-Laparotomie, programmierte Laparotomie) zu kodieren sind. Das **SG** wies die Klage ab.

g) Reoperation/Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe

**SG Dessau-Roßlau, Urteil v. 17.10.2019 - S 21 KR 342/14**

**RID 20-02-105**

*Rechtskräftig*

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

**SGB V §§ 106a, 109 IV**

Nach Abschnitt P013d DKR 2012 ist bei der Wiedereröffnung eines Operationsgebietes insbesondere zur Behandlung einer Komplikation zunächst zu prüfen, ob die durchgeführte Operation mit Wiedereröffnung des Operationsgebietes im OPS durch einen spezifischen Kode im betreffenden Organkapitel kodiert werden kann. Gibt es keinen spezifischen Kode, dann ist die durchgeführte Operation zusammen mit einem Zusatzkode wie z.B. 5-983 „**Reoperation**“ für die Reoperation anzugeben, nicht aber als **Relaparatomie**.

Die Änderung des OPS 5-543.1 in den OPS 5-543.x ist zutreffend, weil nach dem OP-Bericht nicht das **Mesenterium**, sondern das Ligamentum falciforme entfernt wurde.

Neben dem VAC-Wechsel (OPS 5-916.a3) sind **OPS 5-542.0** (Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Bauchwand: Exzision) und **5-543.3** (Exzision und Destruktion von peritonealem Gewebe: Destruktion) nicht gesondert zu kodieren nach Abschnitt P001f DKR 2012.

Streitig ist, ob die Operations- und Prozedurenschlüssel (OPS) 5-541.2 (Relaparotomie), 5-542.0 (Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Bauchwand: Exzision), 5-543.1 (Exzision und Destruktion von peritonealem Gewebe: Mesenteriumresektion) und 5-543.3 zu kodieren sind. Das SG wies die Klage ab.

h) Off-Label-Use: Gabe von Rituximab bei Polyarthrit

**LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 27.02.2020 - L 1 KR 216/16**

**RID 20-02-106**

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

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

Zur Behandlung einer hochaktiven **Polyarthrit** stand im Jahr 2009 der zulassungsgerechte Einsatz von **Rituximab als Kombipräparat mit MTX** zur Verfügung. Eine *Off-Label-Therapie* war medizinisch nicht begründet. Das Zusatzentgelt ZE82.09 (Gabe von Rituximab, parenteral, 950 mg bis unter 1050 mg) konnte bei einer alleinigen Gabe von Rituximab nicht abgerechnet werden.

*SG Potsdam*, Urt. v. 14.03.2016- S 15 KR 312/12 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

i) Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots bei der Gabe von Thrombozytenkonzentraten

**LSG Sachsen, Urteil v. 18.12.2019 - L 1 KR 527/17**

**RID 20-02-107**

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

**SGB V §§ 12 I, 109 IV 3, 112 II 1 Nr. 1, 275 Ic, 301 I; KHG § 17b**

**Leitsatz:** 1. Das Gericht kann die volle Überzeugung von der **Unwirtschaftlichkeit** einer Krankenhausbehandlung auch ohne **Patientenakte** gewinnen, etwa auf der Grundlage eines Grundsatzgutachtens des MDK in Verbindung mit dem nach § 301 SGB V übermittelten Datensatz des Krankenhauses.

2. Zur Unwirtschaftlichkeit der Behandlung mit **Apherese-Thrombozytenkonzentraten** statt mit Pool-Thrombozytenkonzentraten.

*SG Chemnitz*, Urt. v. 07.06.2017 - S 38 KR 383/16 - verurteilte die Bekl., an die Kl. 741,35 €nebst Zinsen zu zahlen. Das *LSG* wies die Klage ab.

j) Erforderlichkeit der Gabe von ATK (ZE84.02-ATK)

**SG München, Gerichtsbescheid v. 20.02.2020 - S 15 KR 4333/18**

**RID 20-02-108**

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

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

Das Zusatzentgelt ZE84.02-ATK setzt nicht nur voraus, dass tatsächlich ATK verabreicht wird, sondern dass diese Behandlung auch dem Wirtschaftlichkeitsgebot genügt, weil sie erforderlich ist. Etwaige in der Literatur formulierten Bedenken gegen die Rechtsfigur des „**fiktiven wirtschaftlichen Alternativverhaltens**“ teilt das Gericht nicht.

Vorliegend greift das Prüfreime der **Auffälligkeitsprüfung** und nicht das der sachlich-rechnerischen Richtigkeitsprüfung. Der für die Auslegung des Auftrags maßgebliche wirkliche Wille lässt sich dem Prüfauftrag (nach dem insoweit zunächst relevanten Empfängerhorizont des MDK als Erklärungsadressaten) als auch der Prüfanzeige des MDK (nach dem insoweit alleine relevanten Empfängerhorizont des Krankenhauses als einzige Erklärungsadressatin) entnehmen (ebenso *SG München*, Gerichtsbes. v. 09.01.2018 - S 44 KR 1423/17 -, S. 7). Wird die nähere Prüfung des objektiven Empfängerhorizonts von der Krankenkasse vereitelt, da diese weder die Prüfanzeige noch den Prüfauftrag vorlegt, ist sie mit der Behauptung, dass eine sachlich-rechnerische Richtigkeitsprüfung vorliegt, objektiv beweisbelastet.

Die **Erforderlichkeit der Gabe von ATK** statt des Poolpräparats ist eine medizinische **Einzelfallentscheidung** des Krankenhauses, die nicht abstrakt widerlegt werden kann.

Das **SG** verurteilte die Bekl., an die Kl. 818,11 €nebst Zinsen zu zahlen.

k) Z-Diagnosen/Prophylaktische Antibiotikabehandlung

**LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 22.01.2020 - L 5 KR 3874/17**

**RID 20-02-109**

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

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

**Leitsatz:** 1. **Z-Diagnosen** des ICD-10-Katalogs können als **Nebendiagnosen** im Sinne der Deutschen Kodierrichtlinien kodiert werden.

2. Kann die Diagnose einer **Infektion des Neugeborenen** am Ende des stationären Aufenthalts sicher ausgeschlossen werden, ist keine Verdachtsdiagnose, sondern die prophylaktische Antibiotikagabe (Z29.21) zu kodieren.

3. Die **Dauer der Antibiotikagabe** von fünf Tagen steht der Annahme einer prophylaktischen Therapie nicht entgegen.

*SG Karlsruhe*, Urt. v. 11.09.2017 - S 3 KR 1394/17 - verurteilte die Bekl., der Kl. 4.061,83 €zzgl. Zinsen zu zahlen, das **LSG** wies die Berufung zurück.

l) Keine Kodierung des Sekundärkodes B95.6! zum Primärkode Z22.3

**LSG Sachsen, Urteil v. 30.10.2019 - L 1 KR 197/15**

**RID 20-02-110**

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

**SGB V §§ 109 IV 3, 301 II 4; KHG § 17b; KHEntG §§ 7 S. 1 Nr. 1, 9 I 1 Nr. 1**

**Leitsatz:** 1. Der Sekundärkode B95.6! darf nur dann kodiert werden, wenn *Staphylococcus aureus* die **Ursache einer infektiösen Erkrankung** ist. Eine Besiedlung mit diesem Keim allein reicht hierfür nicht aus.

2. Der **Kode Z22.3** (Keimträger anderer näher bezeichneter bakterieller Krankheiten, Keimträger bakterieller Krankheiten durch Meningokokken, Staphylokokken, Streptokokken) kann nicht als Primärkode zum Sekundärkode B95.6! in Ansatz gebracht werden.

*SG Dresden*, Gerichtsbb. v. 16.07.2015 - S 18 KR 704/13 - verurteilte die Bekl., an die Kl. 1.217,75 €zu zahlen. Das **LSG** wies die Klage ab.

## VIII. Beziehungen zu Leistungserbringern und Arzneimittelherstellern

### 1. Schiedsstelle: Jahrestherapiekosten der Vergleichstherapie

a) Nutzenbewertung Mirabegron

**LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 27.01.2020 - L 9 KR 514/15 KL**

**RID 20-02-111**

*Revision zugelassen*

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

**SGB V §§ 35a, 130b**

**Leitsatz:** Wenn der GBA in einem Beschluss nach § 35a SGB V für die Jahrestherapiekosten der **Vergleichstherapie** für einen oder mehrere Wirkstoffe nur **Kostenspannen** beschreibt, darf die Schiedsstelle aus der Kostenspanne der Jahrestherapiekosten der preiswertesten Vergleichstherapie ein streng

**arithmetisches Mittel** bilden oder bestimmte **Gewichtungen** vornehmen. Der Nutzenbewertungsbeschluss ist in einem solchen Fall selbst auf Konkretisierung durch die Vertragsparteien angelegt. Er gibt einen Rahmen vor und belässt den Partnern der Erstattungsvereinbarung einen Spielraum.

Das **LSG** wies die Klage ab.

b) Nutzenbewertung Dimethylfumarat

**LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 27.01.2020 - L 9 KR 82/19 KL**

**RID 20-02-112**

*Revision anhängig: B 3 KR 3/20 R*  
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris  
**SGB V §§ 35a, 130b**

**Leitsatz:** Es ist der **Schiedsstelle** nach § 130b Abs. 5 SGB V nicht verwehrt, die **Jahrestherapiekosten** der zweckmäßigen **Vergleichstherapie** abweichend von der Angabe im Nutzenbewertungsbeschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses anzusetzen, wenn diese Jahrestherapiekosten sich in der Zeit nach dem Nutzenbewertungsbeschluss durch Hinzutreten weiterer Arzneimittel mit demselben Wirkstoff geändert haben und die Jahrestherapiekosten des neu hinzutretenden Arzneimittels zwischen den Beteiligten unstreitig sind; es widerspräche der Grundidee des AMNOG, später hinzutretende generische oder diesem vergleichbare kostengünstigere Arzneimittel mit demselben Wirkstoff nicht in die Preisbildung einzubeziehen.

Das **LSG** wies die Klage ab.

## 2. Hilfsmittelerbringer

a) Aufnahme in Hilfsmittelverzeichnis: Überprüfung der CE-Kennzeichnung/Konformitätserklärung

**LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 27.11.2019 - L 9 KR 504/16**

**RID 20-02-113**

*Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 3 KR 10/20 B*  
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris  
**SGB V § 139; MPG § 6; EWGRL 42/93**

**Leitsatz:** 1. § 139 Abs. 5 SGB V bewirkt eine **Beweiserleichterung** zur Straffung des Verfahrens.

2. Die **Überprüfung** der formalen Rechtmäßigkeit der **CE-Kennzeichnung** durch den Spitzenverband Bund hat sich nicht nur darauf zu beschränken, ob die CE-Kennzeichnung vorliegt. Sie darf die Nachweise, die in einer technischen Dokumentation i.S. des Anhangs VII der Richtlinie 93/42 EWG zu führen sind, heranziehen, wenn die Konformitätserklärung(en) Zweifel erwecken.

3. Zur formalen Rechtmäßigkeitserklärung gehört, dass sich die **Konformitätserklärung** dem Medizinprodukt eindeutig zuordnen lässt.

Die Kl. stellt u.a. konfektionierte spezielle Schuhe für Diabetiker unter dem Markennamen LucRo® her. Die Schuhe sollen aufgrund der besonderen Form und Ausstattung sowie Verwendung eines atmungsaktiven Innenfutters aus Alcantara (Microfaser) Fuß-, insbesondere Druckverletzungen (Ulcer) vorbeugen, die bei an Diabetes erkrankten Menschen im Rahmen des diabetischen Fußsyndroms auftreten. Die Kl. beehrte erfolglos die Aufnahme eines speziellen Hausschuhs für Diabetiker in das Hilfsmittelverzeichnis. **SG Berlin**, Urt. v. 28.09.2016 - S 211 KR 827/13 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

b) Festbetragsfestsetzung für Einlagen



## LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 11.03.2020 - L 1 KR 178/17 KL

RID 20-02-114

Revision anhängig: B 3 KR 4/20 R

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 35, 36, 126, 127; GG Art. 3 I, 12; SGG § 96

Die Grundsätze für die **Arzneimittelfestbetragsfestsetzung** lassen sich wegen der erheblichen Unterschiede der Regelungsmaterien nur bedingt auf den gerichtlichen Prüfungsmaßstab im Rahmen von § 36 SGB V übertragen.

Soweit im Rahmen dieses eigenen **Dienst- und Werksleistungsanteils** betriebswirtschaftliche Überlegungen und Berechnungen in die Kalkulation einfließen, muss sich die gerichtliche Überprüfung auf die Nachvollziehbarkeit und Widerspruchsfreiheit der hierfür vom Bekl. gegebenen Begründung beschränken.

Die Versorgung soll sich per se auf **zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungen** ausreichender Qualität beschränken, §§ 36 III, 35 V 1 SGB V. Dass die Festbeträge dies nicht leisten, kann nur ein Versicherter rügen (vgl. für Hörgeräte: BSG, Urt. v. 17.12.2009 - B 3 KR 20/08 R - BSGE 105, 170 = SozR 4-2500 § 36 Nr. 2, juris Rn. 30).

Im Streit ist der Beschluss des Festbetragsgruppensystems und der Festbeträge für Einlagen gemäß § 36 SGB V des bekl. Spitzenverbands Bund der Krankenkassen v. 22.03.2017. Die Kl. zu 1) und 4) sind Orthopädie-Schuhbetriebe, der Kl. zu 2) ist der Zentralverband für Orthopädie-Schuhtechnik, die Kl. zu 3), 5) und 6) sind Landesinnungen für Orthopädie-Schuhtechnik. Das **LSG** wies die Klagen ab.

## IX. Angelegenheiten der Krankenkassen

### 1. Keine elektronische Gesundheitskarte bei ruhendem Leistungsanspruch

#### SG Berlin, Beschluss v. 18.03.2020 - S 56 KR 275/20 ER

RID 20-02-115

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 15, 16, 291, 291b

**Leitsatz:** Krankenkassen sind derzeit noch nicht verpflichtet, für Versicherte mit **ruhendem Leistungsanspruch** eine elektronische Gesundheitskarte auszustellen. Die Herausgabe von Berechtigungsscheinen verstößt in diesem Fall nicht gegen geltendes Recht (entgegen SG Wiesbaden, Urt. v. 31.10.2018 - S 2 KR 241/17 - RID 19-03-141; entgegen LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 18.07.2017 - L 9 KR 274/17 B ER - RID 17-03-221).

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

### 2. Frist zur Vorlage der gutachtlichen Stellungnahme des MDK

#### LSG Bayern, Beschluss v. 19.02.2020 - L 5 KR 36/20 B ER

RID 20-02-116

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 275, 275c; KHG § 17c

**Leitsatz:** Der Antrag im Beschwerdeverfahren auf **Feststellung**, dass der erstinstanzliche Beschluss **wirkungslos** ist, ist dem Sozialgerichtsverfahren fremd.

Die Beteiligten streiten um die rechtzeitige Erstellung von Gutachten über Krankenhausabrechnungen bis spätestens zwei Wochen vor Ablauf der in § 8 Sätze 3 und 4 Prüfverfahrensvereinbarung vom 03.02.2016 geregelten Ausschlussfrist von elf Monaten. **SG München**, Beschl. v. 16.01.2020 - S 59 KR 3754/19 ER - RID 20-01-125 lehnte den Antrag der Krankenkasse auf Erlass einer einstweiligen Anordnung gegen den MDK ab, das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

### 3. Rechtzeitige Vorlage der gutachtlichen Stellungnahme des MDK

**LSG Bayern, Beschluss v. 05.03.2020 - L 5 KR 84/20 B ER**

**RID 20-02-117**

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

**SGB V § 275 I Nr. 1, Ic**

**Leitsatz:** Im gesetzlichen System der Krankenhausabrechnungsprüfung hat eine Krankenkasse einen Anspruch gegenüber dem MDK auf fristgerechte Erledigung der erteilten Prüfaufträge (§§ 275 Abs. 1, Abs. 1c SGB V i.V.m. PrüfV).

**SG München**, Beschl. v. 18.02.2020 - S 29 KR 197/20 ER - lehnte den Antrag der Krankenkasse auf einstweiligen Rechtsschutz ab, das **LSG** verpflichtete den Ag. (MDK), die Abrechnungsprüfaufträge unter den Fallnummern 10071828, 4052466 und 10303738 den gesetzlichen Anforderungen entsprechend fristgerecht zu erledigen, und wies im Übrigen die Beschwerde zurück.

### 4. Spitzenverband Bund der Krankenkassen: Pauschale Aufwandsvergütung an BZgA

**LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 22.01.2020 - L 1 KR 127/16 KL**

**RID 20-02-118**

*Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 A 1/20 B*

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

**SGB V a.F. §§ 20a III u. IV, 217f I 4; SGB IV § 37 I 1**

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen war nach § 20a III 4 SGB V verpflichtet, an die **Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung** (BZgA) für die Ausführung des Auftrags nach § 20a III 1 SGB V eine **pauschale Vergütung** zu zahlen. Dem steht ein **Recht auf Selbstverwaltung** nicht entgegen. Ein konkreter Bestand von Selbstverwaltungsaufgaben ist verfassungsrechtlich nicht vorgesehen. Dem Gesetzgeber kommt hinsichtlich der Überlassung von Selbstverwaltungsspielräumen oder der Rücknahme bereits übertragener Aufgaben ein erheblicher Gestaltungsspielraum zu. Der Schwerpunkt der Selbstverwaltung liegt insoweit bei der internen Organisation, bei der Durchführung der Verwaltung und dem Finanzwesen. Dieser Kernbereich der Selbstverwaltungskompetenz wird durch § 20a III u. IV 4 SGB V nicht verletzt.

Die Beteiligten streiten im Rahmen einer Aufsichtsklage über die Rechtmäßigkeit eines Ersatzvornahmebescheids. Im Streit ist insb. die Verpflichtung des Kl., Leistungen der BZgA zu vergüten. Das **LSG** wies die Klage ab.

## X. Verfahrensrecht

### 1. Keine Klagebefugnis ohne ablehnende Verwaltungsentscheidung (Zuzahlungsfreie Versorgung)

**LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 21.01.2020 - L 5 KR 3041/18**

**RID 20-02-119**

*Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 9/20 B*

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

**SGB V §§ 60, 61; SGG §§ 54 I 2, 55**

Die **Rechtsschutzgarantie** des Art. 19 IV 1 GG erfordert es nicht, eine unmittelbare Klagemöglichkeit gegen die **untergesetzlichen Normen** (Hilfsmittel-Richtlinie und Behandlungsrichtlinie-Zahnärzte des GBA) zu eröffnen. Dem Kl. ist es vielmehr zumutbar, die begehrten Leistungen bei der Bekl. zu beantragen, eine Entscheidung abzuwarten und die Rechtsnormen (ggf.) inzident im Rahmen der gegen eine ablehnende **Verwaltungsentscheidung** eröffneten Rechtsbehelfe zur Überprüfung zu stellen.

*SG Ulm*, Urt. v. 08.08.2018 - S 12 KR 545/18 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

### 2. Unterlassen einer „unechten“ notwendigen Beiladung

**LSG Sachsen, Beschluss v. 24.02.2020 - L 9 KR 662/17 NZB**

**RID 20-02-120**

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

**SGB V § 60 I 3; SGG §§ 75 II Alt. 2, 144 II Nr. 3**

**Leitsatz:** 1. Das Unterlassen einer „unechten“ notwendigen Beiladung (§ 75 Abs. 2 2. Alt. SGG) kann einen Verfahrensfehler i. S. v. § 144 Abs. 2 Nr. 3 SGG begründen.

2. Bei der **Verfahrensmangelprüfung** ist generell auf die materiell-rechtliche Rechtsauffassung des vorinstanzlichen Gerichts (iudex a quo) abzustellen, auch wenn diese offensichtlich verfehlt sein sollte.

3. Hat sich das vorinstanzliche Gericht eingehend mit der Frage des Bestehens eines alternativen Anspruchs gegenüber einem **anderen Versicherungsträger** befasst - und diese verneint -, liegt in der **nicht erfolgten Beiladung** dieses Versicherungsträgers kein Verfahrensfehler i. S. v. § 144 Abs. 2 Nr. 3 SGG; die vorinstanzliche Entscheidung kann dann nicht auf der nicht erfolgten Beiladung beruhen.

*SG Chemnitz*, Gerichtsb. v. 12.09.2017 - S 38 KR 2793/15 - wies die Klage auf Verurteilung der Bekl. zur Kostenübernahme für die drei ärztlich verordneten Krankenförderungen ab, das *LSG* wies die Beschwerde des Kl. gegen die Nichtzulassung der Berufung zurück.

## XI. Bundessozialgericht (BSG)

### 1. Neue Heilmittel (Podologische Behandlung): Prüfung durch GBA

**BSG, Urteil v. 17.12.2019 - B 1 KR 18/19 R**

**RID 20-02-121**

BSGE = SozR 4-2500 § 138 Nr. 3 = NZS 2020, 299 = KrV 2020, 74

**Leitsatz:** 1. Versicherte haben verfassungskonform grundsätzlich nur Anspruch auf verordnete **neue Heilmittel**, deren therapeutischen Nutzen der Gemeinsame Bundesausschuss mit Empfehlungen für die Sicherung der Qualität der Leistungserbringung anerkannt hat.

2. Die gesetzes- und verfassungskonforme Prüfung eines neuen Heilmittels durch den Gemeinsamen Bundesausschuss ist ein hinreichender Sachgrund, Versicherten **bis zum Prüfende** Versorgung mit dem geprüften Heilmittel zu verweigern.

## 2. Vorsorgemaßnahme für Mütter: Kinder als Begleitkinder

**BSG, Urteil v. 28.05.2019 - B 1 KR 4/18 R**

**RID 20-02-122**

BSGE = SozR 4-2500 § 24 Nr. 1 = NZS 2019, 906 = KHE 2019/37

**Leitsatz:** 1. Versicherte Mütter haben gegen ihre Krankenkasse Anspruch auf eine beantragte **Mutter-Kind-Maßnahme mit Kinderbegleitung**, wenn sie der medizinischen Vorsorge bedürfen und die Mitnahme der Begleitkinder den Zweck der Maßnahme nicht gefährdet.

2. Der Anspruch auf eine Mutter-Kind-Maßnahme setzt nicht voraus, dass **Begleitkinder versichert** sind.

## 3. Genehmigungsfiktion für vor 26.02.2013 gestellte Anträge

**BSG, Urteil v. 27.08.2019 - B 1 KR 14/19 R**

**RID 20-02-123**

SozR 4-2500 § 13a Nr. 1 = ZMGR 2019, 303 = KHE 2019/54

**Leitsatz:** Entscheidet eine Krankenkasse nicht fristgerecht über einen Leistungsantrag eines Berechtigten, **gilt** die Leistung nur als **genehmigt**, wenn die **Antragstellung** ab Inkrafttreten des Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten erfolgte.

## 4. Beziehungen zu Krankenhäusern

a) Neue Behandlungsmethode

aa) Einwilligung in experimentelle Behandlung (Fremd-allogene Stammzelltransplantation)

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

**RID 20-02-124**

SozR 4-2500 § 2 Nr. 14 = NZS 2020, 342

**Leitsatz:** 1. Behandelt ein **Krankenhaus** einen Versicherten bei grundrechtsorientierter Leistung **kurativ**, obwohl die **palliative Behandlung** einen zeitlich größeren Überlebensvorteil eröffnet, hat es gegen die Krankenkasse keinen Vergütungsanspruch.

2. Für den Anspruch eines Krankenhauses gegen eine Krankenkasse auf Vergütung einer **unkonventionellen Behandlung** eines Versicherten mit hohem Mortalitätsrisiko muss konkret feststehen, dass, durch wen genau und wie es ihn über die abstrakten und konkret-individuellen Chancen, Risiken und die Risikoabwägung **aufgeklärt** hat.

bb) Klinische Studie und Vergütungsanspruch (Stammzelltransplantation)

**BSG, Urteil v. 08.10.2019 - B 1 KR 4/19 R**

**RID 20-02-125**

SozR 4-2500 § 12 Nr. 16 = KRS 2020, 124

**Leitsatz:** Behandelt ein Krankenhaus einen Versicherten bei grundrechtsorientierter Leistung **außerhalb einer klinischen Studie**, obwohl die Behandlung in einer klinischen Studie geeigneter ist, hat es aufgrund des Wirtschaftlichkeitsgebots gegen die Krankenkasse keinen **Vergütungsanspruch**.

cc) Vergütungsanspruch (Lungenvolumenreduktion mittels Implantation von Coils)

**BSG, Urteil v. 08.10.2019 - B 1 KR 2/19 R**

**RID 20-02-126**

*Az. beim BVerfG: 1 BvR 2896/19*  
SozR 4-5562 § 6 Nr. 3 = KRS 2020, 117

**Leitsatz:** Behandelt ein **Krankenhaus** einen Versicherten stationär weder entsprechend dem Qualitätsgebot noch den Anforderungen grundrechtsorientierter Leistungsauslegung, hat es trotz preisrechtlicher Vereinbarung einer Entgelthöhe gegen dessen Krankenkasse keinen **Vergütungsanspruch**.

b) Schlussrechnung und Korrekturbedarf: Verwirkung/Heranziehung von Unterlagen

**BSG, Urteil v. 19.11.2019 - B 1 KR 10/19 R**

**RID 20-02-127**

SozR 4-2500 § 109 Nr. 80 = KrV 2020, 82

**Leitsatz:** 1. Stellt das Krankenhaus der Krankenkasse eine **Schlussrechnung** mit ins Auge springendem Korrekturbedarf, hindert dies den Eintritt der **Verwirkung**.

2. Die von der Krankenkasse gewählte **Prüftiefe** der Krankenhausabrechnung bestimmt, welche Erkenntnisquellen dafür maßgeblich sind, ob ein ins Auge springender **Korrekturbedarf** der Schlussrechnung besteht.

c) Nachreichen von Behandlungsunterlagen

**BSG, Urteil v. 19.11.2019 - B 1 KR 33/18 R**

**RID 20-02-128**

SozR 4-2500 § 109 Nr. 77 = KrV 2020, 86

**Leitsatz:** 1. Ein Krankenhaus ist im Vergütungsstreit nicht gehindert, erkennbar ergänzte **Behandlungsunterlagen nachzureichen**, wenn weder Gesetzes- noch Vertragsrecht entgegenstehen.

2. Das Tatsachengericht hat den **Beweiswert** von Behandlungsunterlagen jeweils im Einzelfall und insbesondere bei nachträglichen Änderungen ohne plausiblen Kontext kritisch zu bewerten.

d) Implantierung einer modularen Endoprothese

**BSG, Urteil v. 08.10.2019 - B 1 KR 35/18 R**

**RID 20-02-129**

SozR 4-5562 § 9 Nr. 14

**Leitsatz:** Ein Krankenhaus durfte 2013 den **Zusatzkode für die Implantation einer modularen Hüft-Endoprothese** kodieren und ein Zusatzentgelt fordern, wenn bei knöcherner Defektsituation die gelenkbildende Implantatkomponente aus zwei metallenen Modulen und einer die mechanische Bauteilsicherheit herstellenden metallenen Verbindungsschraube bestand und eine wirtschaftlichere Prothesenversorgung aus medizinischen Gründen nicht möglich war.

e) Verweildauer: Anschlussheilbehandlung wegen Kapazitätsproblemen

**BSG, Urteil v. 19.11.2019 - B 1 KR 13/19 R**

**RID 20-02-130**

BSGE = SozR 4-2500 § 76 Nr. 6 = KrV 2020, 17 = GesR 2020, 163

**Leitsatz:** 1. Ein Krankenhaus hat Anspruch auf **Notfallvergütung**, wenn es Versicherte stationär versorgt, weil sie zwar nicht mehr der Krankenhausbehandlung, wohl aber stationärer medizinischer Reha bedürfen, sie aber nicht erhalten, obwohl ambulante Behandlung nicht ausreicht.

2. Erbringt ein Krankenhaus rechtmäßig einem Versicherten **stationäre medizinische Reha-Notfallbehandlung**, hat es Anspruch auf Krankenhausvergütung gegen den zuständigen Reha-Träger.

f) Anspruch gegen Krankenhaus auf Erstattung geleisteter Umsatzsteuer

**BSG, Urteil v. 09.04.2019 - B 1 KR 5/19 R**

**RID 20-02-131**

BSGE = SozR 4-2500 § 129a Nr. 2 = GesR 2019, 662 = HFR 2019, 1011 = KHE 2019/32

**Leitsatz:** 1. Eine Krankenkasse kann nach ergänzender Vertragsauslegung vom Krankenhaus **Erstattung** geleisteter **Umsatzsteuer** auf die Herstellungskosten von ambulant an Versicherte abgegebenen Arzneimittelzubereitungen verlangen, wenn diese nach späterer Ansicht der Steuerverwaltung umsatzsteuerfrei sind und das Krankenhaus die Umsatzsteuer risikolos von der Steuerverwaltung zurückverlangen kann.

2. Tritt ein Krankenhaus im Wege des **unechten Factorings** den um die Umsatzsteuer überhöhten Vergütungsanspruch an ein Krankenhaus-Abrechnungszentrum ab, richtet sich der vertragliche Rückzahlungsanspruch der Krankenkasse gegen das Krankenhaus.

3. Der **Lauf** des **Zinsanspruchs** einer gesetzlich von dem Eintritt der Rechtshängigkeit ab zu verzinsenden Geldschuld beginnt mit dem nachfolgenden Tag.

## 5. Angelegenheiten der Krankenkassen

a) Satzungsregelung: Zusätzliche Leistungen nur bei ungekündigter Mitgliedschaft

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

**RID 20-02-132**

SozR 4-2500 § 11 Nr. 5 = GesR 2019, 594 = NZS 2019, 739 = KrV 2019, 202

**Leitsatz:** Krankenkassen dürfen die Gewährung von **zusätzlichen Satzungsleistungen** nicht an eine **ungekündigte Mitgliedschaft** knüpfen.

b) Geltendmachung von Wettbewerbsansprüchen durch Krankenkassenverband

**BSG, Urteil v. 30.07.2019 - B 1 KR 16/18 R**

**RID 20-02-133**

BSGE = SozR 4-2500 § 4 Nr. 3 = NZS 2019, 937 = KrV 2019, 252

- Leitsatz:** 1. Ein **Krankenkassenverband** kann in gewillkürter Prozessstandschaft **wettbewerbsrechtliche Ansprüche** seiner Mitglieder einklagen, wenn seine Satzung ihn hierzu ermächtigt.
2. Überschreitet eine Krankenkasse bei der **Mitgliederwerbung** ihren Aufgabenkreis als Körperschaft des öffentlichen Rechts, haben andere Krankenkassen das Recht, Unterlassung zu fordern.
3. **Deutsches Recht** darf europarechtskonform zwingende Anforderungen an das Verhalten der Krankenkassen regeln, die über die gemeinschaftsrechtlich gebotene Umsetzung von dem Verbraucherschutz dienenden Richtlinien hinausgehen.

c) Rückstellungen wegen Haftungsrisiko bei Schließung anderer Betriebskrankenkassen

**BSG, Urteil v. 08.10.2019 - B 1 A 2/19 R**

**RID 20-02-134**

SozR 4-2400 § 77 Nr. 1

- Leitsatz:** 1. Eine Krankenkasse darf **Rückstellungen** in der Jahresrechnung aufgrund ungewisser Verpflichtungen oder für einen nach dem Haushaltsjahr liegenden künftigen Zeitraum nur aufgrund einer besonders geregelten Rechtfertigung buchen.
2. Eine Betriebskrankenkasse darf Verpflichtungen aus **Umlagen für Haftungsfälle** für geschlossene Krankenkassen nur buchen, wenn die Umlage bereits durch Umlagebescheid des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen angefordert wurde.

d) Arbeitsgemeinschaft von Krankenkassen: Erteilung von Auskünften

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

**RID 20-02-135**

SozR 4-2400 § 89 Nr. 9 = KrV 2020, 21 = AG 2020, 180

- Leitsatz:** Ein Zusammenschluss von Krankenkassen zu einer **Arbeitsgemeinschaft** in der Rechtsform der **Aktiengesellschaft** kann sich aufsichtsbehördlichen Auskunftsverlangen nicht aufgrund aktienrechtlicher Verschwiegenheitspflichten entziehen.

e) Erstattungsanspruch einer unzuständigen Krankenkasse

**BSG, Urteil v. 30.07.2019 - B 1 KR 15/18 R**

**RID 20-02-136**

SozR 4-2500 § 85 Nr. 89

- Leitsatz:** 1. Zahlt eine Krankenkasse einer Kassenzahnärztlichen Vereinigung **Gesamtvergütung** unter Einbeziehung eines bei einer anderen Krankenkasse Versicherten, hat sie keinen Anspruch auf **Erstattung** gegen die andere **Krankenkasse**.
2. Die Verurteilung einer Kassenzahnärztlichen Vereinigung als **Beigeladene** ist ausgeschlossen.
3. Kann das Gericht das streitige Rechtsverhältnis gegenüber dem Kläger und einem Beigeladenen, der einen Prozessantrag gestellt hat, nach der konkreten Prozesslage nur einheitlich entscheiden, können ihnen als kostenpflichtigem Teil die **Prozesskosten** als Gesamtschuldner auferlegt werden.

f) Vorstandsvergütung

**BSG, Urteil v. 30.07.2019 - B 1 A 2/18 R**

**RID 20-02-137**

SozR 4-2400 § 35a Nr. 6 = KrV 2019, 256

**Leitsatz:** 1. Die Aufsichtsbehörde muss die Vereinbarung einer in der Höhe gestaffelten **Vergütung** für einen **Krankenkassenvorstand** genehmigen, wenn sie sich in ihrer relativen Angemessenheit im Korridor des Vertretbaren hält.

2. Die Aufsichtsbehörde darf eine in der Höhe aufgrund **dynamischer Verweisung** flexible Vorstandsvergütung einer Krankenkasse nur genehmigen, wenn die Anpassung durch feste Obergrenzen gedeckelt ist und sich diese in ihrer relativen Angemessenheit im Korridor des Vertretbaren halten.

**6. Verfahrensmangel: Bestellung eines besonderen Vertreters für nicht prozessfähigen Beteiligten**

**BSG, Beschluss v. 17.12.2019 - B 1 KR 73/18 B**

**RID 20-02-138**

SozR 4-1500 § 56a Nr. 1

**Leitsatz:** 1. Eine nicht isoliert gerichtlich angreifbare **behördliche Verfahrenshandlung** ist jede behördliche Maßnahme, die im Zusammenhang mit einem schon begonnenen und noch nicht abgeschlossenen Verwaltungsverfahren steht und der Vorbereitung einer regelnden Sachentscheidung dient.

2. Hat das Rechtsmittelgericht Zweifel an der **Prozessfähigkeit eines Klägers**, muss es einen besonderen Vertreter bestellen, wenn das Rechtsmittel des Klägers nicht offensichtlich haltlos ist.



## C. ENTSCHEIDUNGEN ANDERER GERICHTE

### I. Ärztliches Berufsrecht

#### 1. Ruhen der Approbation

##### a) Wahnhafte Störung

**VG Regensburg, Beschluss v. 24.04.2020 - RN 5 S 20.622**

**RID 20-02-139**

juris  
**BÄO §§ 3 I 1 Nr. 3, 6 I Nr. 2**

Eine Ärztin, die an einer **wahnhaften Störung** (ICD 10: F22.0) leidet und infolge der sich inhaltlich auf ihre ärztliche Tätigkeit beziehenden Wahnsymptomatik und der eng damit verbundenen kognitiven Beeinträchtigungen nicht mehr ständig im Vollbesitz ihrer geistigen Kräfte und in jeder Hinsicht so präsent ist, um jederzeit die ordnungsgemäße und sachgerechte Behandlung ihrer Patientinnen zu gewährleisten, genügt nicht den gesundheitlichen Anforderungen des Arztberufs.

##### b) Alkoholsucht

**VGH Bayern, Beschluss v. 02.03.2020 - 21 CS 19.1736**

**RID 20-02-140**

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

Die **Alkoholsucht** eines Arztes als solche begründet regelmäßig die Annahme, dass er zur Ausübung seines Berufs in gesundheitlicher Hinsicht zumindest vorübergehend nicht geeignet ist. Der zwanghaft hohe und regelmäßige Genuss von Alkohol rechtfertigt die Besorgnis, dass der Arzt seine Tätigkeit unter dem Einfluss des Suchtmittels ausübt und so unweigerlich die **Gesundheit seiner Patienten** erheblich gefährdet. Wegen des suchttypischen Krankheitsbildes ist eine rasche Verhaltensänderung nicht zeitgerecht zu erwarten, so dass die weitere Ausübung des ärztlichen Berufs ein Risiko darstellt, das im öffentlichen Gesundheitsinteresse nicht hingenommen werden kann.

##### c) Anordnung der sofortigen Vollziehung bei Alkoholabhängigkeit

**VG Bayreuth, Beschluss v. 22.02.2019 - B 4 S 18.734**

**RID 20-02-141**

juris  
**ZHG §§ 2, 5; VwGO § 80 V**

Bei der Diagnose einer **Alkoholabhängigkeit** mit dadurch bedingter kognitiver Störung kann das Ruhen der Approbation angeordnet werden. Kann der (Zahn-)Arzt nicht glaubhaft darlegen, bis zum Abschluss des Hauptsacheverfahrens auf die Behandlungen eigener Patienten zu verzichten, liegt eine erhebliche und konkrete **Gefahr für Patienten** vor, wenn diese durch den in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des Zahnarztberufs ungeeigneten (Zahn-)Arzt behandelt würden.

## 2. Strafrecht

a) Werbung für den Abbruch der Schwangerschaft

**LG Gießen, Urteil v. 12.12.2019 - 4 Ns-406 Js 15031/15**

**RID 20-02-142**

juris  
**StGB § 219a**

**Leitsatz:** Auch nach der Gesetzesänderung vom März 2019 und unter Berücksichtigung der Ausnahmeregelung des § 219a Abs. 4 StGB sind **Hinweise auf einer ärztlichen Homepage** zu den angewandten Behandlungsmethoden unter detaillierter Beschreibung der Methoden und Darstellung des Ablaufs der Behandlung in der Praxis tatbestandsmäßig im Sinne von § 219a Abs. 1 Nr. 1 StGB.

b) Röntgenarzt: Persönliche Untersuchung des Patienten vor Untersuchung

**LG Saarbrücken, Urteil v. 19.11.2019 - 2 KLS 5/18**

**RID 20-02-143**

juris  
**StGB § 263 I, III Nr. 1**

Wird eine **rechtfertigende Indikation** vor der Untersuchung eines Patienten nicht gestellt, so werden die radiologischen Leistungen (CT- und Röntgenbereich) unter Verstoß gegen § 23 I RöV bzw. § 80 I StrlSchV erbracht (hier: Zeitraum I/13 bis III/14, Schaden: 268.196,84 €).

**Erforderlich** ist die Feststellung eines Arztes mit der erforderlichen Fachkunde im Strahlenschutz, dass das Ziel der Untersuchung den gesundheitlichen Nutzen gegenüber dem Strahlenrisiko bei dem konkreten Patienten überwiegt. Bei der hierzu erforderlichen Abwägung hat der Arzt auch zu überprüfen, ob andere Verfahren mit vergleichbarem gesundheitlichen Nutzen, die mit keiner oder einer geringeren Strahlenexposition verbunden sind, im konkreten Fall für den Patienten zur Verfügung stehen. Die Stellung der rechtfertigenden Indikation ist nur dann zulässig, wenn die **persönliche Untersuchung des Patienten jedenfalls vor Untersuchung vor Ort möglich** war (vgl. § 23 Abs. 1 S. 5 RöV). Diese Voraussetzungen liegen nicht vor, wenn der Arzt mit den zur Stellung der rechtfertigenden Indikation notwendigen Informationen **in der Regel erst nach der Durchführung der Untersuchung überhaupt in Berührung** kommt, er eine rechtfertigende Indikation vor Durchführung der Untersuchung also gar nicht stellen kann.

Das **LG** verurteilte den Angeklagte wegen Betruges in sieben Fällen zu einer Gesamtfreiheitsstrafe von einem Jahr, deren Vollstreckung zur Bewährung ausgesetzt wurde.

## 3. Teilnahme am vertrags-/zahnärztlichen Notdienst

**OLG Hamm, Urteil v. 29.01.2020 - I-11 U 83/19**

**RID 20-02-144**

**BGB § 839; HeilBerG NRW § 30 I Nr. 2**

Nach rechtskräftiger **Zulassungsentziehung** ist ein Zahnarzt weder berechtigt noch verpflichtet, am vertragszahnärztlichen Notdienst der KZV teilzunehmen. Einer Entscheidung hierüber bedarf es nicht, weil kein Mitgliedschaftsverhältnis besteht.

Nach **Wiederzulassung** zur vertragszahnärztlichen Versorgung besteht kein Anspruch auf Teilnahme am **vertragszahnärztlichen Notdienst**, soweit dies eine **eigene Praxis** voraussetzt, der Zahnarzt aber eine solche nicht betreibt. Einer förmlichen Entscheidung über die Nichttheranziehung bedarf es nicht, lediglich für die Heranziehung. Dies gilt auch für den **Notdienst der LZÄK**.

Ein **Schadensersatzanspruch** nach § 839 BGB setzt voraus, dass gegen die Nichtberücksichtigung zum Notdienst Rechtsmittel eingelegt werden.

#### 4. Wahlbewerber für Kammerwahl: Adressdaten der Wahlberechtigten

**OVG Niedersachsen, Beschluss v. 15.04.2020 - 8 ME 36/20**

**RID 20-02-145**

juris

**HKG Niedersachsen §§ 17, 85a; BMG § 50 I; BWahlG § 49**

**Leitsatz:** Es besteht kein subjektives Recht der **Wahlbewerber** für die Kammerversammlung der Niedersächsischen Zahnärztekammer auf Übermittlung der **Adressdaten der Wahlberechtigten** zum Zwecke der Wahlwerbung oder auf fehlerfreie Ermessensausübung hinsichtlich der Übermittlung.

## II. Arzthaftung

### 1. Bundesgerichtshof (BGH)

a) Sekundäre Darlegungslast der Behandlungsseite (Hygieneverstoß)

**BGH, Beschluss v. 18.02.2020 - VI ZR 280/19**

**RID 20-02-146**

juris

**ZPO § 138; BGB § 823; GG Art. 103 I**

**Leitsatz:** Im Arzthaftungsprozess wird die erweiterte - sekundäre - **Darlegungslast** der **Behandlungsseite** ausgelöst, wenn die primäre Darlegung des Konfliktstoffs durch den Patienten den insoweit geltenden maßvollen Anforderungen genügt und die Vermutung eines fehlerhaften Verhaltens der Behandlungsseite aufgrund der Folgen für ihn gestattet, während es dieser möglich und zumutbar ist, den Sachverhalt näher aufzuklären. Letzteres wird bei der Behauptung eines **Hygieneverstoßes** regelmäßig der Fall sein. Für das Auslösen der sekundären Darlegungslast ist nicht Voraussetzung, dass der Patient konkrete Anhaltspunkte für einen Hygieneverstoß vorträgt (Fortführung Senat, Beschluss vom 25. Juni 2019 - VI ZR 12/17, NJW-RR 2019, 1360).

b) Wirtschaftliche Information des Patienten: Neue Behandlungsmethode

**BGH, Urteil v. 28.01.2020 - VI ZR 92/19**

**RID 20-02-147**

juris

**BGB § 630c**

**Leitsatz:** 1. Die in § 630c Abs. 3 Satz 1 BGB kodifizierte Pflicht des Behandlers zur **wirtschaftlichen Information des Patienten** soll den Patienten vor finanziellen Überraschungen schützen und ihn in die Lage versetzen, die wirtschaftliche Tragweite seiner Entscheidung zu überschauen. Sie zielt allerdings nicht auf eine umfassende Aufklärung des Patienten über die wirtschaftlichen Folgen einer Behandlung.

2. Der Arzt, der eine **neue, noch nicht allgemein anerkannte Behandlungsmethode** anwendet, muss die Möglichkeit in den Blick nehmen, dass der private Krankenversicherer die dafür erforderlichen Kosten nicht in vollem Umfang erstattet.
3. Die **Beweislast** dafür, dass sich der Patient bei ordnungsgemäßer Information über die voraussichtlichen Behandlungskosten gegen die in Rede stehende medizinische Behandlung entschieden hätte, trägt nach allgemeinen Grundsätzen der Patient. Eine Beweislastumkehr erfolgt nicht.

c) Aufklärungsanforderungen bei Lebendorganspende

**BGH, Urteil v. 11.02.2020 - VI ZR 415/18**

**RID 20-02-148**

juris  
**BGB §§ 280 I, 823 I; TPG § 8**

**Leitsatz:** Der Einwand, der unter Verstoß gegen § 8 Abs. 2 Satz 1 und 2 TPG inhaltlich nicht ordnungsgemäß aufgeklärte Lebendorganspender wäre auch im Falle ordnungsgemäßer Aufklärung mit der Organentnahme einverstanden gewesen (**Einwand des rechtmäßigen Alternativverhaltens**), ist nicht beachtlich, weil dies dem Schutzzweck der gesteigerten Aufklärungsanforderungen des § 8 TPG widerspräche (Bestätigung Senatsurteil vom 29. Januar 2019 - VI ZR 495/16, NJW 2019, 1076 Rn. 40 ff.).

d) Substantiierungslast im Regressprozess gegen den medizinischen Sachverständigen

**BGH, Beschluss v. 30.01.2020 - III ZR 91/19**

**RID 20-02-149**

juris  
**BGB § 839a**

**Leitsatz:** Die im Interesse des klageführenden Patienten anerkannte Herabsetzung der **Substantiierungslast** im Arzthaftungsprozess kann nicht auf den Regressprozess gegen den **medizinischen Sachverständigen** nach § 839a BGB übertragen werden. Der Regresskläger ist hier - ebenso wie bei der Klage gegen andere Sachverständige - gehalten, schlüssig darzulegen, dass der Beklagte mindestens grob fahrlässig ein unrichtiges gerichtliches Gutachten erstattet hat.

e) Schadensersatzpflicht für Kosten der Begleitpersonen des Geschädigten auf Urlaubsreise

**BGH, Urteil v. 10.03.2020 - VI ZR 316/19**

**RID 20-02-150**

juris  
**BGB §§ 249 I, 823 I, 843 I**

**Leitsatz:** Zur Verpflichtung des Schädigers, die Kosten einer verletzungsbedingt erforderlichen Begleitung des Geschädigten durch **Betreuungspersonen** zu ersetzen (hier: behinderungsbedingte Mehrkosten einer Reise nach Gran Canaria).

## 2. Behandlungsfehler

a) Sauerstoffunterversorgung vor der Geburt

**OLG Oldenburg, Urteil v. 13.11.2019 - 5 U 108/18**

**RID 20-02-151**

juris  
**BGB § 823**

Einem 8-jährigen Mädchen, das als Folge einer Sauerstoffunterversorgung vor der Geburt einen schweren Hirnschaden erlitten hat, sind 500.000 € **Schmerzensgeld** zuzusprechen und der Vermögensschaden zu ersetzen, der ihr aus den Kunstfehlern anlässlich ihrer Geburt entstanden ist oder zukünftig entstehen wird.

Das Mädchen hat als Folge einer **Sauerstoffunterversorgung vor der Geburt** einen schweren Hirnschaden erlitten; sie ist schwerstbehindert und wird Zeit ihres Lebens immer auf fremde Hilfe angewiesen sein. Zu der Schädigung war es gekommen, weil ca. 45 Minuten vor der Entbindung die Herzfrequenz des Kindes sehr stark abgefallen war (sog. Bradykardie); in diesem Zeitraum zeichnete indessen das CTG (sog. Wehenschreiber) für ca. 10 Minuten keinen Herzschlag auf, weder den des Kindes noch den der Mutter; als nach 10 Minuten im CTG ein Herzschlag mit normgerechter Frequenz wieder erfasst werden konnte, hielten die Ärzte dies für den Herzschlag des Kindes in der Annahme, es habe sich wieder erholt. Tatsächlich handelte es sich allerdings um den Herzschlag der Mutter. Als man den Irrtum später bemerkte, war die Kl. durch die Sauerstoffunterversorgung bereits erheblich geschädigt. Dieses Vorgehen stellt einen **groben Behandlungsfehler** da.

b) Hüftgelenksendoprothese: Einwilligung/Grober Behandlungsfehler

**OLG Naumburg, Urteil v. 05.12.2019 - 1 U 31/17**

**RID 20-02-152**

juris  
**BGB §§ 253, 823 I; ZPO § 276 I**

**Leitsatz:** 1. Stellt der Patient dem Arzt **Fragen**, die für seine **Einwilligung** in den operativen Eingriff von Bedeutung sind, so hat der Arzt diese wahrheitsgemäß zu beantworten. Dies betrifft insbesondere auch die **Routine und Erfahrung des behandelnden Orthopäden** im Hinblick auf die geplante Operation (hier Implantation einer zementfreien Hüftgelenksendoprothese).

Erklärt der Operateur auf eine solche Frage, derartige Operationen gehörten zum **Tagesgeschäft**, wird dem Patienten ein falscher Eindruck mit der Folge der Unwirksamkeit seiner Einwilligung vermittelt, wenn in der betroffenen Klinik operative Hüftbehandlungen nicht häufig vorgenommen werden.

2. Die standardgerechte Versorgung des Patienten mit einer **Hüftgelenksendoprothese** verlangt, dass durch das Ineinandergreifen der verschiedenen Komponenten die Funktion und Stabilität der Prothese und möglichst eine übereinstimmende Beinlänge zur Sicherstellung von Alltagskompetenz in Form von Beweglichkeit mit gewissen Gehstrecken gesichert werden. Stellt der Operateur bei der intraoperativen Stabilitätskontrolle eine so nicht zu tolerierende **Luxationstendenz** des künstlichen Gelenks fest und entscheidet er sich dennoch ohne nachvollziehbaren Grund zur festen Implantation der von ihm gewählten Prothesenkomponenten, handelt es sich um einen **groben Behandlungsfehler**.

c) Orthopädischer Belegarzt: Neurologische Untersuchung nach Wirbelsäulenoperation

**OLG Naumburg, Urteil v. 08.10.2019 - 1 U 123/18**

**RID 20-02-153**

juris  
BGB §§ 253, 823 I, 831; ZPO § 286 I

**Leitsatz:** Der **orthopädische Belegarzt** ist nach dem medizinischen Standard im vertraglichen Behandlungsverhältnis verpflichtet, den Patienten am ersten Tag nach einer **Wirbelsäulenoperation** (hier: Laminektomie) **neurologisch zu untersuchen**. Unterbleibt diese Untersuchung bzw. wird sie verspätet durchgeführt, hat der Belegarzt diesen **Befunderhebungsfehler** auch dann zu vertreten, wenn er sich darauf verlassen hat, dass die Stationsärzte des Krankenhauses die Untersuchung im Zusammenhang mit der postoperativen Betreuung des Patienten durchführen.

d) Übersehen einer angegebenen Verdickung in der Brust

**OLG Dresden, Urteil v. 21.04.2020 - 4 U 1346/19**

**RID 20-02-154**

juris  
BGB §§ 630a, 630h

**Leitsatz:** 1. Der Vorwurf, der Arzt habe eine von einer Patientin in ihrer Brust angegebene Verdickung bei der Untersuchung übersehen und keine weitergehende Diagnostik angeordnet, betrifft nicht die **Befunderhebung**, sondern ist als **Diagnoseirrtum** zu beurteilen.  
2. Die **Beweislast** für einen Verstoß gegen eine Pflicht zur **therapeutischen Sicherungsaufklärung** trägt der Patient.

e) Bemessung des Schmerzensgeldes

**OLG Oldenburg, Urteil v. 18.03.2020 - 5 U 196/18**

**RID 20-02-155**

juris  
BGB § 253

**Leitsatz:** 1. Im Falle schwerster und dauerhafter Schädigungen, die der Geschädigte in jungen Jahren bewusst erlebt und von denen anzunehmen ist, dass sie ihn lebenslang in der Lebensführung erheblich beeinträchtigen werden, kann ein **Schmerzensgeld** von 800.000 € angemessen sein.  
2. Dass Bewusstsein um den Verlust der bisherigen Lebensqualität und die voraussichtlich lebenslange Dauer der Schädigungen sind maßgebliche Gesichtspunkte bei der **Bemessung des Schmerzensgeldes**.  
3. Schmerzensgelder, die wegen Verlustes der Persönlichkeit zugesprochen sind, taugen nicht als Referenzmaßstab für Fälle, in denen der Geschädigte ohne jede intellektuelle Einschränkung die Leiden und den Verlust lebenslang bewusst erlebt.

f) Verjährung von Ansprüchen aus Arzthaftung

**OLG Braunschweig, Beschluss v. 28.02.2020 - 9 U 31/19**

**RID 20-02-156**

juris  
BGB §§ 195, 199, 204, 280, 630a, 823 I

- Leitsatz:** 1. Hat ein Patient bzw. sein Bevollmächtigter bereits die naheliegende Erkenntnismöglichkeit aus ihm vorliegenden Informationen oder sogar schon die gebildete Überzeugung, ein bestimmter Behandlungs- oder Risikoaufklärungsfehler liege schadenskausal vor, reicht das als erforderliche **Kenntnis** für den Beginn der Verjährungsfrist im Rahmen der Arzthaftung aus; auf besonderes medizinisches Fachwissen kommt es nicht an.
2. Die wertende Kenntnis der Abweichung vom ärztlichen Standard gehört – ebenso wie das vollständige medizinische Verstehen des vorliegend angezeigten Behandlungskonzeptes – gerade nicht zum zur Kenntniserlangung erforderlichen Grundwissen des Patienten. Ausreichend ist vielmehr die **positive Kenntnis** (oder grob fahrlässige Unkenntnis) der Tatsachen, aus denen der Patient mit einer Parallelwertung in der Sphäre des medizinischen Laien erkennen kann, dass eine Abweichung vom medizinischen Standard vorlag, die zum Schaden geführt hat; die in der Literatur vereinzelt vertretene Auffassung, ohne positives, einen Behandlungsfehler bejahendes Gutachten laufe die Verjährung stets nicht, ist deshalb abzulehnen.
3. Spricht der Rechtsanwalt des Patienten in einem Forderungsschreiben bereits hinreichend deutlich an, dass ein **Behandlungsfehler** vorliege, ist regelmäßig die für den Verjährungsbeginn erforderliche Kenntnis gegeben.
4. Wenn dem vom Patienten beauftragten Rechtsanwalt die Behandlungsunterlagen, aus denen alle erforderlichen Einzelheiten ersichtlich sind, zur **Einsichtnahme** zur Verfügung gestellt worden sind, beginnt die Verjährungsfrist unabhängig von dem Umstand zu laufen, ob der Rechtsanwalt die Akten auch tatsächlich einsieht.
5. Auch im Rahmen der für Verjährungsumstände grundsätzlich bei der beklagten Partei liegenden Darlegungs- und Beweislast trifft den Kläger die **sekundäre Darlegungslast** für solche Umstände, die womöglich seine Kenntnis von den anspruchsbegründenden Tatsachen verhindert oder beeinflusst haben, weil es sich insoweit gegebenenfalls um in seiner Sphäre liegende Umstände handelte.
6. Der Arzt schuldet im Rahmen der **Einwilligungsaufklärung** eine Information über die Risiken einer ordnungsgemäßen Behandlung. Diese Aufklärungspflicht erstreckt sich damit nicht auf etwaige Behandlungsfehler.
7. Der Umstand, dass sich ein Kläger zur Einzahlung des Kostenvorschusses einer Rechtsschutzversicherung bedient, befreit ihn und seinen Prozessbevollmächtigten nicht davon, von sich aus dafür Vorsorge zu treffen, dass der **Prozesskostenvorschuss** alsbald nach Eingehen der Zahlungsaufforderung eingezahlt werden wird und damit die Klagezustellung baldmöglichst veranlasst werden kann.

g) Zahnärzte: Zahnimplantate/Schmerzensgeld/Nachbesserungsrecht

**OLG Dresden, Urteil v. 14.01.2020 - 4 U 1562/19**

**RID 20-02-157**

juris  
**BGB §§ 630a ff.**

- Leitsatz:** 1. Für die infolge eines **Behandlungsfehlers** notwendige Entfernung und Neueinsetzung zweier **Zahnimplantate** ist ein **Schmerzensgeld** von 3.000,00 € ausreichend.
2. Dem Zahnarzt steht grundsätzlich nach der fehlerhaften Eingliederung von Zahnersatz ein **Nachbesserungsrecht** zu, das Ansprüche auf materiellen oder immateriellen Schadenersatz ausschließt.
3. Eine solche Nachbesserung ist allerdings **unzumutbar**, wenn die zahnärztliche Leistung **vollständig unbrauchbar** ist; dies ist auch dann der Fall, wenn ihr Verbleib mit einem dauerhaft deutlich erhöhten Entzündungsrisiko verbunden wäre.



### 3. Aufklärung/Einwilligung

#### a) Aufklärung und Häufigkeitsdefinitionen

**OLG Dresden, Beschluss v. 04.11.2019 - 4 U 1388/19**

**RID 20-02-158**

juris  
**BGB §§ 630a ff.**

**Leitsatz:** 1. Für konkrete Anhaltspunkte, die in einem Arzthaftungsverfahren Zweifel an der **erstinstanzlichen Tatsachenfeststellung** begründen, genügt es nicht, wenn der Patient der medizinischen begründeten Auffassung eines Sachverständigen lediglich seine abweichende Auffassung gegenüberstellt.  
2. Die **Aufklärung** über die Wahrscheinlichkeit eines Risikos vor einer ärztlichen Behandlung ist nicht an den in Beipackzetteln für Medikamente verwendeten Häufigkeitsdefinitionen auszurichten (Anschluss an BGH, Urteil vom 29. Januar 2019 - VI ZR 117/18).

b) Aufklärung am Operationstag bei ambulanten Eingriffen (Koloskopie)

**OLG Dresden, Urteil v. 16.03.2020 - 4 U 2626/19**

**RID 20-02-159**

juris  
**BGB §§ 630a, 630e, 630h, 823 I, 831**

**Leitsatz:** Bei **ambulanten Eingriffen** genügt eine **Aufklärung am Operationstag**, sofern dem Patienten die Entscheidung überlassen bleibt, ob er den Eingriff durchführen lassen will. Bei einer ambulant durchgeführten **Koloskopie** ist die Aufklärung auch dann noch als rechtzeitig anzusehen, wenn sie erst erfolgt, nachdem der Patient die zur Vorbereitung erforderliche medikamentöse Darmreinigung bereits abgeschlossen hat.

c) Anästhesist vor orthopädischer Operation: Herzmedikation

**OLG Dresden, Beschluss v. 16.04.2020 - 4 U 2369/19**

**RID 20-02-160**

juris  
**BGB §§ 630a, 630h**

**Leitsatz:** 1. Vor einer orthopädischen Operation schuldet der **Anästhesist** keine **Aufklärung** über die allgemeinen Risiken eines dem Patienten bereits langjährig verschriebenen Herzmedikaments.  
2. Ist es medizinisch nicht geboten, diese Medikation im Hinblick auf die anstehende Operation abzusetzen, ist die Aufklärung auch nicht auf ein solches **Absetzen** zu erstrecken.

d) Risiko der schweren Behinderung des Kindes

**OLG Karlsruhe, Urteil v. 19.02.2020 - 7 U 139/16**

**RID 20-02-161**

juris  
**BGB § 288; ZPO § 288; Beratungsg § 12 I**

Eltern eines schwer behinderten Kindes haben einen Anspruch auf **Schadenersatz**, wenn die behandelnden Ärzte über das im Rahmen einer pränatalen Diagnostik festgestellte **Risiko der schweren Behinderung** nicht aufgeklärt haben und erwiesen ist, dass die Mutter die Schwangerschaft abgebrochen hätte und dies gemäß § 218a StGB gerechtfertigt gewesen wäre.

e) Kortisoninjektion in Kniegelenk

**OLG Hamm, Urteil v. 31.01.2020 - 26 U 47/19**

**RID 20-02-162**

juris  
**BGB §§ 280, 823**

**Leitsatz:** 1. Eine zweite **Kortisoninjektion** muss nicht zwingend als behandlungsfehlerhaft gewertet werden, auch wenn die zeitliche **Soll-Vorgabe des Medikamentenherstellers** nicht eingehalten wird.

Dabei muss der Arzt eine Abwägung zwischen dem erhöhten Infektionsrisiko und der Beschwerdelinderung vornehmen. Vor einer solchen Behandlung muss der Patient auf die **gesteigerten Risiken hingewiesen** werden.

2. Bei mangelnder Aufklärung trägt der Patient die **Beweislast** dafür, dass die Kniegelenksinfektion durch die konkrete Injektion verursacht worden ist.

f) Idiopathische thrombozytopenische Purpura

**OLG Oldenburg, Urteil v. 27.03.2019 - 5 U 112/18**

**RID 20-02-163**

juris

**BGB §§ 276 II, 630a, 823 I**

**Leitsatz:** 1. Ist ein Kleinkind an einer idiopathischen thrombozytopenischen Purpura (ITP) erkrankt, genügt der Behandler seiner Pflicht zur ordnungsgemäßen **Sicherungsaufklärung** durch einen Hinweis auf die Gefahr einer Hirnblutung nicht; vielmehr muss er explizit auf die Gefahr einer Hirnblutung infolge etwaiger Bagatelltraumata hinweisen.

2. Diese Pflicht besteht auch, wenn die **Kindeseltern als Ärzte** medizinisch vorgebildet sind.

3. Ist dieser Hinweis unterblieben, streitet die **Vermutung aufklärungsgerechten Verhaltens** dafür, dass die Eltern im Falle eines Bagatelltraumas das Kind unverzüglich in eine Klinik gebracht hätten.

g) Operative Intervention bei Chronischer Pankreatitis

**OLG Dresden, Beschluss v. 13.01.2020 - 4 U 2339/19**

**RID 20-02-164**

juris

**BGB §§ 630a; ZPO § 286**

**Leitsatz:** 1. Die Darlegungs- und Beweislast für den Kausalverlauf nach einer unzureichenden Alternativaufklärung liegt beim Patienten.

2. Eine unterbliebene **Aufklärung** über die Alternative einer Operation statt eines konservativen Vorgehens ist für einen Schaden nur dann **kausal**, wenn pflichtgemäßes Handeln den Eintritt des Schadens verhindert hätte, was zur sicheren Überzeugung des Gerichts feststehen muss.

h) Übersendung eines Arztbriefes: Überwachung des Zugangs

**OLG Karlsruhe, Urteil v. 11.03.2020 - 7 U 10/19**

**RID 20-02-165**

juris

**BGB §§ 630a, 630b, 630c**

**Leitsatz:** 1. Die postalische **Übersendung eines Arztbriefes** stellt ein gängiges Mittel zur Aufrechterhaltung des Informationsflusses dar. Es ist nicht zumutbar, sich bei jedem Arztbrief zu vergewissern, dass dieser ankommt. Anders verhält es sich nur, wenn aus früheren Fällen Probleme bei der Zustellung bekannt sind oder wenn ein **hochpathologischer Befund** mitzuteilen ist, der weitere zeitnahe Behandlungsschritte erforderlich macht.

2. Der **Zweck des Krebsregistergesetzes** besteht darin, eine für die wissenschaftliche Krebsforschung nötige Datenbasis zu schaffen, nicht in einer therapeutischen Behandlungsoptimierung.

### Anhang I: BSG - Anhängige Revisionen Vertragsarztrecht

Stand: 20.05.2020. Die Angaben „Aktenzeichen“, „Termin“ und „Rechtsfrage“ sowie über die Vorinstanz (Gericht und Aktenzeichen) beruhen auf der Veröffentlichung des BSG (Anhängige Rechtsfragen des 6. Senats – <http://www.bundessozialgericht.de>).

Sachgebiet	Aktenzeichen:	Rechtsfrage	Vorinstanz	RID
<b>Honorarverteilung</b>				
Wachstumsmöglichkeit von Ärzten mit anteiligem Versorgungsauftrag	B 6 KA 12/19 R	Verstößt eine Regelung des Honorarverteilungsmaßstabs einer Kassenärztlichen Vereinigung (hier: im Jahr 2013) gegen höherrangiges Recht, die Ärzten mit halben Versorgungsauftrag anders als Ärzten mit vollem Versorgungsauftrag Wachstumsmöglichkeiten über den Fachgruppendurchschnitt hinaus vollständig verwehrt?	<i>LSG Schleswig-Holstein</i> , Urt. v. 15.01.2019 - L 4 KA 57/16 -	19-02-08
Benachteiligung von Teilzeitärzten durch Honorarobergrenze	B 6 KA 4/20 R	Verstößt eine Regelung im Rahmen des Honorarverteilungsmaßstabes einer Kassenärztlichen Vereinigung zum Regelleistungsvolumen gegen höherrangiges Recht, wenn sie die Honorierung der mit anteiligem Versorgungsauftrag zugelassenen Ärzte im Vergleich zu Ärzten mit vollem Versorgungsauftrag einschränkt?  Rechtsfrage 20.05.2020 Vorinstanz: Schleswig-Holsteinisches Landessozialgericht, L 4 KA 56/17, 01.10.2019 Verstößt eine Regelung des Honorarverteilungsmaßstabs einer Kassenärztlichen Vereinigung (hier: im Jahr 2013) gegen höherrangiges Recht, die Ärzten mit anteiligem Versorgungsauftrag anders als Ärzten mit vollem Versorgungsauftrag Wachstumsmöglichkeiten über den Fach LSG Schleswig-Holstein, Urteil v. 01.10.2019 - L 4 KA 56/17 RID	<i>LSG Schleswig-Holstein</i> , Urt. v. 01.10.2019 - L 4 KA 55/17 -	20-02-1
	B 6 KA 5/20 R	Verstößt eine Regelung des Honorarverteilungsmaßstabs einer Kassenärztlichen Vereinigung (hier: im Jahr 2013) gegen höherrangiges Recht, die Ärzten mit anteiligem Versorgungsauftrag anders als Ärzten mit vollem Versorgungsauftrag Wachstumsmöglichkeiten über den Fachgruppendurchschnitt hinaus einschränkt?	<i>LSG Schleswig-Holstein</i> , Urt. v. 01.10.2019 - L 4 KA 56/17 -	20-02-2
Honorarzuschlag für Jobsharing-Praxen	B 6 KA 32/19 R	Sind Regelungen zur Honorarverteilung, die einen 10%igen Honorarzuschlag für Berufsausübungsgemeinschaften und für Arztpraxen mit angestellten Ärzten (sogenannte BAG-Zuschlag) vorsehen, auch auf Job-Sharing-Praxen zu beziehen?	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 16.01.2019 - L 12 KA 21/18 -	20-01-10 NZB
RLV: BAG mit Nuklearmedizinern und Radiologen	B 6 KA 30/19 R B 6 KA 31/19 R	Verstößt die Entscheidung einer Kassenärztlichen Vereinigung bei der Festsetzung des Regelleistungsvolumens für eine radiologische Berufsausübungsgemeinschaft gegen höherrangiges Recht, wenn sie für Nuklearmediziner eine eigene Facharztgruppe bildet und bei den Fachärzten für Diagnostische Radiologie darauf abstellt, ob ein CT bzw. MRT vorgehalten wird? Zur Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten oder zur Annahme eines Härtefalls bei der Festsetzung des Regelleistungsvolumens für eine radiologische Berufsausübungsgemeinschaft.	<i>LSG Schleswig-Holstein</i> , Urt. v. 04.06.2019 - L 4 KA 41/16 - - L 4 KA 42/16 -	20-01-1 20-01-2
	B 6 KA 29/19 R	Verstößt die Entscheidung einer Kassenärztlichen Vereinigung bei der Festsetzung des Regelleistungsvolumens für eine radiologische Berufsausübungsgemeinschaft gegen höherrangiges Recht, wenn sie für Nuklearmediziner eine eigene Facharztgruppe bildet und bei den Fachärzten für Diagnostische Radiologie darauf abstellt, ob ein CT bzw. MRT vorgehalten wird?	<i>LSG Schleswig-Holstein</i> , Urt. v. 04.06.2019 - L 4 KA 12/17 -	20-01-5

QZV: Praxisbesonderheit nur bei strukturell abweichender Patientenschaft (Akupunktur)	B 6 KA 10/19 R <b>Termin:</b> 13.05.2020	Zu den Voraussetzungen für die Anerkennung einer Praxisbesonderheit im Rahmen qualifikationsgebundener Zusatzvolumen (QZV) - hier: strukturelle Besonderheiten der Patientenschaft.	<i>LSG Niedersachsen-Bremen,</i> Urt. v. 12.12.2018 - L 3 KA 56/15 -	19-02-5
Abrechnung von Anästhesien bei Abrechnung der MKG-Operation über KZV	B 6 KA 28/19 R	Ist ein als Vertragsarzt niedergelassener Anästhesist berechtigt, anästhesiologische Leistungen auch dann nach Abschnitt 31.5.3 EBM-Ä 2008 abzurechnen, wenn der grundsätzlich zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene MKG-Chirurg seine Leistung nicht über die Kassenärztliche sondern über die Kassenzahnärztliche Vereinigung abrechnet?	<i>LSG Schleswig-Holstein,</i> Urt. v. 18.06.2019 - L 4 KA 43/17	19-04-3
Konvergenzregelung: Ungleichbehandlung/Honorarsteigerung	B 6 KA 4/19 R	Zu den Anforderungen an die Ausgestaltung einer Härtefallregelung eines Honorarverteilungsmaßstabs (hier: Konvergenzzahlungen im Zusammenhang mit den geänderten Vergütungsregelungen für Speziallaborleistungen des Abschnitts 32.3 EBM-Ä 2008) und den rechtlichen Grundlagen hierfür.	<i>LSG Hamburg,</i> Urt. v. 18.10.2018 - L 5 KA 33/17 -	19-01-9
Konvergenzregelung (KV Schleswig-Holstein)	B 6 KA 21/18 R <b>Termin:</b> 30.10.2019	Ist die Bestimmung in einer Honorarverteilungsvereinbarung, nach der einem in Einzelpraxis niedergelassenen Vertragsarzt in der Aufbauphase kein festes Regelleistungsvolumen auf der Grundlage der Fallzahl des Vorjahresquartals, sondern lediglich eine von der aktuellen Fallzahl abhängige Obergrenze zuzuweisen ist, mit dem Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit vereinbar?	<i>LSG Schleswig-Holstein,</i> Urt. v. 23.01.2018 - L 4 KA 22/16 -	19-01-8 NZB
KV Schleswig-Holstein: Ergänzungsvereinbarung zum HVV v. 03.04.2009	B 6 KA 20/19 R B 6 KA 26/19 R Revisionen zurückgenommen	Verstößt die Bestimmung in einer Honorarverteilungsvereinbarung, nach der sogenannte Wachstumsärzte von der Anwendung einer Konvergenzregelung für die Vereinheitlichung der Umsetzung der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen nach § 87b Absatz 2 und 3 SGB V basierend auf dem Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung vom 15.1.2009 ausgeschlossen sind, gegen höherrangiges Recht?	<i>LSG Schleswig-Holstein,</i> Urt. v. 05.02.2019 - L 4 KA 69/15 - Urt. v. 04.06.2019 - L 4 KA 4/16 -	19-03-2  19-04-9
Vergütung ambulanter Notfallbehandlungen im Krankenhaus (2008)	B 6 KA 67/17 R <b>Termin:</b> 03.04.2019	Verstoßen die vom Bewertungsausschuss erlassenen Neuregelungen für die Vergütung von Leistungen im Notfalldienst im Jahr 2008 gegen höherrangiges Recht?	<i>LSG Bayern,</i> Urt. v. 08.02.2017 - L 12 KA 85/15 -	17-02-25 NZB
Unzulässigkeit einer Globalzession/Vollstreckungsschutz	B 6 KA 10/18 R <b>Termin:</b> 11.12.2019	Steht die Mitteilung des Finanzamts als Pfändungsgläubiger, zugunsten des Schuldners einen bestimmten Betrag der Einkünfte aus vertragszahnärztlicher Tätigkeit pfandfrei zu belassen, einem Beschluss des Vollstreckungsgerichts nach § 850i ZPO gleich, sodass der von der Kassenzahnärztlichen Vereinigung erklärten Aufrechnung mit Gegenforderungen ein Aufrechnungsverbot entgegensteht?	<i>LSG Rheinland-Pfalz,</i> Urt. v. 24.05.2018 - L 5 KA 38/17 -	18-03-9

### Arzt-/Psychotherapeutenregister

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

Physikalische und Rehabilitative Medizin: Sonographieleistungen	B 6 KA 19/19 R	Ist ein Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin berechtigt, Sonographieleistungen gegenüber einer Kassenärztlichen Vereinigung abzurechnen?	<i>LSG Saarland,</i> Urt. v. 12.04.2019 - L 3 KA 4/16 -	19-03-16
Belegarzt: Entfernung zwischen Wohnung und Praxis	B 6 KA 6/20 R	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.	<i>LSG Bayern,</i> Urt. v. 22.01.2020 - L 12 KA 10/19 -	20-02-12
Vorbereitungsassistenten in MVZ	B 6 KA 1/19 R <b>Termin:</b> 12.02.2020	Dürfen in einem MVZ, in dem nur ein Vertragsarzt (als zahnärztlicher Leiter) und im Übrigen nur angestellte Zahnärzte tätig sind, mehr als ein Vorbereitungsassistent beschäftigt werden?	<i>SG Düsseldorf,</i> Urt. v. 05.12.2018 - S 2 KA 77/17 -	19-01-26

#### Sachlich-rechnerische Berichtigung

Zeitbezogene Plausibilitätsprüfung:	B 6 KA 9/18 R	Ist bei einem in Vollzeit angestellten Arzt in einem Medizinischen Versorgungszentrum	<i>LSG Bayern,</i>	18-03-11
-------------------------------------	---------------	---	--------------------	----------

Quartalsarbeitszeitprofil bei Teilzeitanstellung	<b>Termin:</b> 30.10.2019	bei einem Quartalsarbeitszeitprofil von über 780 Stunden (390 Stunden bei 0,5 angestelltem Arzt) eine ordnungsgemäße Leistungserbringung nicht mehr gewährleistet? Gilt die Regelung des § 32 Ärzte-ZV auch bei einer Vertretung innerhalb eines Medizinischen Versorgungszentrums?	Urt. v. 17.01.2018 - L 12 KA 123/16 -	
Ultraschalluntersuchungen bei ambulanten Operation	B 6 KA 24/18 R <b>Termin:</b> 13.05.2020	Schließt Nr 8 der Präambel zu Abschnitt 31.2.1 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen (juris: EBM-Ä 2008) die Abrechnung der während einer ambulanten Operation am Gefäßsystem (Nr 31202 ff EBM-Ä) durchgeführten Ultraschalluntersuchungen (Nr 33072 EBM-Ä) sowie weiterer ambulanter Operationen, die innerhalb eines Zeitraums von drei Tagen bei demselben Patienten, aber in anderen Operationsbereichen vorgenommen werden, aus?	<b>SG Düsseldorf</b> , Urt. v. 27.06.2018 - S 14 KA 266/17 -	19-03-11
„Kombinationsnarkose mit Maske“ nach Nr. 31822 EBM (Katarakt-Operation)	B 6 KA 15/19 R B 6 KA 24/19 R	Kann die Gebührenordnungsposition 31822 des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen (juris: EBM-Ä 2008) in Fällen einer Vollnarkose zur Durchführung einer Retrobulbäranästhesie im Zusammenhang mit einer Kataraktoperation abgerechnet werden?	<b>LSG Hessen</b> , Urt. v. 20.02.2019 - L 4 KA 58/16 - - L 4 KA 3/16 -	19-02-16 19-03-10
Nr. 86516 der Onkologie-Vereinbarung (Zuschlag zu den Kostenpauschalen)	B 6 KA 14/19 R	Kann der Zuschlag nach Ziffer 86516 Anhang 2 der Onkologie-Vereinbarung ("Zuschlag ... für die intravenös und/oder intraarteriell applizierte zytostatische Tumortherapie ...") abgerechnet werden, wenn Bisphosphonate intravenös und/oder intraarteriell und anschließend eine zytostatische Therapie oral appliziert wird? Welche rechtlichen Maßstäbe gelten für die Auslegung von Vergütungsbestimmungen, die nicht vom Bewertungsausschuss beschlossen, sondern in einer Anlage zum Bundesmantelvertrag (hier: Onkologie-Vereinbarung) vereinbart worden sind?	<b>LSG Baden-Württemberg</b> , Urt. v. 14.11.2018 - L 5 KA 4616/17 -	19-01-20 NZB
Postoperativer Bereitschaftsdienst anästhesistischer BAG u. unvorhergesehene Inanspruchnahme	B 6 KA 13/19 R	Ist die Gebührenordnungsposition 01100 EBM-Ä 2008 (unvorhergesehene Inanspruchnahme des Vertragsarztes durch einen Patienten) abrechenbar, wenn der Patient das vom Vertragsarzt vorgehaltene Angebot einer Inanspruchnahme während eines Bereitschaftsdienstes annimmt?	<b>LSG Bayern</b> , Urt. v. 31.10.2018 - L 12 KA 93/17 -	19-02-15
Grenzen einer Notfall-Erstversorgung: Einzelfallprüfung/Nachholung des Vortrags	B 6 KA 6/19 R <b>Termin:</b> 13.05.2020	Unterliegt die Ermittlung der ordnungsgemäßen Leistungsabrechnung im Verwaltungsverfahren der quartalsgleichen sachlich-rechnerischen Berichtigung einer Stufung von Mitwirkungspflichten des Leistungserbringers einerseits und der Amtsermittlungspflicht der Kassenärztlichen Vereinigung andererseits und genügt eine Kassenärztliche Vereinigung dem Untersuchungsgrundsatz nicht, wenn sie bei einer Rechnungslegung durch das abrechnende Krankenhaus, die den Abrechnungsrichtlinien entspricht, bei Notfallbehandlungen die Vergütung von Laborleistungen regelwerkstechnisch absetzt, ohne im Einzelfall zu ermitteln?	<b>LSG Hessen</b> , Urt. v. 19.12.2018 - L 4 KA 20/15 -	19-01-13
Sprechstundenbedarf: Sachlich-rechnerische Richtigstellung durch KV	B 6 KA 23/18 R <b>Termin:</b> 11.12.2019	Sind gesamtvertragliche Regelungen wirksam, die die Zuständigkeit für die Richtigstellung der Verordnung von Sprechstundenbedarf der Kassenärztlichen Vereinigung übertragen oder besteht eine ausschließliche Zuständigkeit der Prüfungsgremien?	<b>LSG Baden-Württemberg</b> , Urt. v. 18.04.2018 - L 5 KA 792/16 -	18-02-25 NZB
<b>Wirtschaftlichkeitsprüfung/Regress</b>				
Nichtbeachtung von Therapiehinweisen (Forsteo/Wirkstoff Teriparatid)	B 6 KA 23/19 R <b>Termin:</b> 11.09.2019	Darf wegen Nichtbeachtung von Therapiehinweisen (hier: zum Wirkstoff Teriparatid) ein Arzneikostenregress nach Einzelfallprüfung festgesetzt werden, wenn für denselben Zeitraum die Arzneimittelverordnungen auch im Rahmen einer Richtgrößenprüfung auf Wirtschaftlichkeit überprüft werden?	<b>LSG Schleswig-Holstein</b> , Urt. v. 20.02.2018 - L 4 KA 11/15 -	18-03-62 NZB
Doppelte Regressfestsetzung	B 6 KA 15/18 R <b>Termin:</b> 11.09.2019	Dürfen Arzneikostenregresse wegen unzulässigen Verordnungen und solche wegen Überschreitung der Richtgrößen für denselben Zeitraum kombiniert werden?	<b>LSG Schleswig-Holstein</b> , Urt. v. 20.02.2018 - L 4 KA 8/15 -	18-04-15
Berücksichtigung von Zweitmeinungsverfahren	B 6 KA 21/19 R B 6 KA 22/19 R	Müssen die Prüfungsgremien bei der Einzelfallprüfung von Verordnungen kostenintensiver Arzneimittel (hier: Wirkstoffe Adalimumab, Etanercept beziehungsweise Infliximab) ein	<b>LSG Schleswig-Holstein</b> , Urt. v. 20.02.2019	19-03-20 19-03-21

	<b>Termin:</b> 11.09.2019	positives Votum hinsichtlich einzelner Patienten im Rahmen eines nach der Prüfvereinbarung vorgesehenen, aber erst für spätere Zeiträume durchgeführten Zweitmeinungsverfahrens bei ihrer Entscheidungsfindung berücksichtigen?	- L 4 KA 10/15 - - L 4 KA 13/15 -	
Hemmung der Verjährung bei Kenntnisnahme des Antrags	B 6 KA 7/18 R Erledigung 10/2019 durch Klagerücknahme	Zur Hemmung der vierjährigen Verjährungsfrist bei Feststellung eines sonstigen Schadens im Sinne von § 48 Absatz 1 BMV-Ä.	<b>SG Mainz</b> , Urt. v. 31.01.2018 - S 8 KA 266/15 -	18-03-36
BAG mit MKG-Chirurgen	B 6 KA 2/19 R B 6 KA 3/19 R <b>Termin:</b> 13.05.2020	Zur Bildung der Vergleichsgruppe bei der statistischen Wirtschaftlichkeitsprüfung einer fachübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaft von Zahnärzten sowie Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen.	<b>SG Marburg</b> , Urt. v. 05.12.2018 - S 12 KA 127/18 - - S 12 KA 201/18 -	19-01-43 19-01-44
BAG mit MKG-Chirurgen/Wahlfeststellung	B 6 KA 25/19 R <b>Termin:</b> 13.05.2020	Zur Bildung der Vergleichsgruppe bei der statistischen Wirtschaftlichkeitsprüfung einer fachübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaft von Zahnärzten sowie Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen. Zur Zulässigkeit einer sogenannten Wahlfeststellung in Fällen in denen neben einer Unwirtschaftlichkeit (Wirtschaftlichkeitsprüfung) auch eine Unrichtigkeit der Honorarabrechnung (sachlich-rechnerische Richtigstellung) in Betracht kommt.	<b>SG Marburg</b> , Urt. v. 05.06.2019 - S 12 KA 387/18 WA	19-03-28
Rechtskraftwirkung eines Urteils/Klagefrist	B 6 KA 1/20 R	Zur Rechtskraftwirkung eines Urteils, mit dem ein Regressbescheid des Beschwerdeausschusses aufgehoben worden ist, wenn in der Begründung des Urteils zum Ausdruck gebracht worden ist, dass das Gericht den vom Kläger erhobenen Einwänden nur zum Teil folgt. Wann läuft die Frist zur Erhebung einer Klage ab, wenn die Behörde den Kläger unrichtig dahin belehrt hat, dass der Bescheid nach § 96 SGG Gegenstand eines anhängigen Klageverfahrens geworden sei?	<b>LSG Berlin-Brandenburg</b> , Urt. v. 13.11.2019 - L 7 KA 40/17 -	20-01-27

### Zulassung und Ermächtigung

Bedarfsplanung für Pathologen	B 6 KA 3/20 R	Verstoßen die Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 6.9.2012 und 20.12.2012 insoweit gegen höherrangiges Recht, als sie auch für Pathologen eine Bedarfsplanung vorsehen?	<b>SG Magdeburg</b> , Urt. v. 18.12.2019 - S 1 KA 10/15 -	
Auswahlentscheidung: Räumliche Verteilung/Geräteausstattung	B 6 KA 11/19 R <b>Termin:</b> 13.05.2020	Ist in einem Zulassungsverfahren nach Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen im Rahmen einer Auswahlentscheidung neben einem Antrag auf Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung auch der Antrag einer Berufsausübungsgemeinschaft auf Genehmigung der Anstellung eines Arztes zu berücksichtigen? Ist bei Berücksichtigung des Antrags einer Berufsausübungsgemeinschaft auf Genehmigung der Anstellung eines Arztes hinsichtlich der Auswahlkriterien auf die Ärzte der Berufsausübungsgemeinschaft oder die Person des anzustellenden Arztes abzustellen?	<b>LSG Schleswig-Holstein</b> , Urt. v. 12.06.2018 - L 4 KA 46/17 -	19-02-34 NZB
Nachfolgebesetzung: Beschränkung einer Sonderbedarfszulassung	B 6 KA 27/19 R	Gilt die Beschränkung einer Sonderbedarfszulassung auf den Ausnahmetatbestand „tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen“ bei einer Nachfolgebesetzung fort?	<b>LSG Bayern</b> , Urt. v. 26.06.2019 - L 12 KA 22/18 -	19-04-28
Nachbesetzungsverfahren	B 6 KA 20/18 R <b>Termin:</b> 12.02.2020	Kann ein Vertragsarzt die Verletzung subjektiver Rechte geltend machen, wenn während eines Nachbesetzungsverfahrens gemäß § 103 Abs 4 SGB V die (Mit-)Bewerber die Genehmigung zur Verlegung eines Vertragsarztsitzes an den Vertragsarztsitz des Praxisabgebers und die Genehmigung zur überörtlichen gemeinsamen Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit vor der eigentlichen Nachfolgeentscheidung erhalten?	<b>SG Gelsenkirchen</b> , Urt. v. 20.04.2018 - S 16 KA 8/17 -	19-01-48
Rücknahme des Antrags auf Nachbesetzung	B 6 KA 19/18 R <b>Termin:</b> 12.02.2020	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	<b>SG Gelsenkirchen</b> , Urt. v. 20.04.2018 - S 16 KA 7/17 -	19-01-49

		erfolglos ist?		
Erledigung des Nachbesetzungsverfahrens nach Zurücknahme des Antrags	B 6 KA 8/19 R	Erledigt sich ein Nachbesetzungsverfahren, wenn der Praxisabgeber nach der Entscheidung des Zulassungsausschusses zur Durchführung des Verfahrens den Antrag auf Nachbesetzung seines Vertragsarztsitzes zurücknimmt?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 14.11.2018 - L 11 KA 91/16 -	19-02-38
Nachbesetzungsverfahren bei Zulassungsentziehung wegen Nichtausübung	B 6 KA 14/18 R <b>Termin:</b> 30.10.2019	Kann nach Entziehung der Zulassung eines Vertragsarztes im Umfang eines halben Versorgungsauftrags wegen Nichtausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit ein Nachbesetzungsverfahren durchgeführt werden?	<i>SG Berlin</i> , Urt. v. 13.06.2018 - S 83 KA 997/16 -	18-03-45
Sonderbedarfszulassung: Zumutbare Wege/Anliegender Planungsbereich	B 6 KA 2/20 R	Kann für die Frage, ob im Rahmen einer spezialfachärztlichen Versorgung (hier: Innere Medizin mit Schwerpunkt Hämatologie und Onkologie) ein besonderer Versorgungsbedarf besteht, auf zumutbare Weise über 25 km und die Versorgung durch Ärzte in anliegenden Planungsbereichen bzw Raumordnungsregionen abgestellt werden?	<i>SG Marburg</i> , Urt. v. 15.01.2020 - S 12 KA 230/18 -	20-01-32
Verlegung einer genehmigten Anstellung in anderes MVZ unterschiedlicher Rechtsträger	B 6 KA 16/19 R B 6 KA 17/19 R B 6 KA 18/19 R	Kann die Anstellungsgenehmigung für einen Arzt in einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) zu einem MVZ, das von einer anderen juristischen Person des Privatrechts betrieben wird, verlegt werden?	<i>SG Hamburg</i> , Urt. v. 17.04.2019 - S 27 KA 81/18 - - S 27 KA 82/18 - - S 27 KA 83/18 -	19-03-35 19-03-37 19-03-36
Herausgabe einer Bürgschaftsurkunde nach Gesellschafterwechsel	B 6 KA 2/18 R <b>Termin:</b> 11.09.2019	Kann der Gesellschafter einer GmbH, die ein medizinisches Versorgungszentrum betreibt, nach seinem Ausscheiden aus der Gesellschaft im Rahmen eines Gesellschafterwechsels die Rückgabe einer von ihm dem Zulassungsausschuss vorgelegten Bürgschaftsurkunde verlangen und gegebenenfalls unter welchen Voraussetzungen?	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urt. v. 08.11.2017 - L 3 KA 109/15 -	18-01-36

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

Abschläge nach § 95d SGB V: Auslegung des Begriffs „Honorarberichtigungen“ in Vergütungsverb.	B 6 KA 5/19 R	Steht dem öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch der Krankenkasse gegen die Kassenzahnärztliche Vereinigung auf Rückzahlung von Gesamtvergütungsanteilen aufgrund von Honorarkürzungen gegenüber Vertragszahnärzten wegen Verletzung der Fortbildungspflicht die Regelung in einer Vergütungsvereinbarung entgegen, nach der die zu zahlende Gesamtvergütung zur Berücksichtigung von Honorarberichtigungen um einen pauschalen Prozentsatz gemindert wird?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 10.10.2018 - L 11 KA 6/18 -	19-01-64
Genehmigungsvorbehalte für humangen. Leistungen im EBM	B 6 A 1/19 R	Ist der Bewertungsausschuss befugt, im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen die Abrechenbarkeit humangenetischer Leistungen von einer vorherigen Genehmigung durch die zuständige Krankenkasse abhängig zu machen?	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 10.04.2019 - L 7 KA 35/16 KL -	19-03-43
GBA: Erprobung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	B 6 KA 17/18 R <b>Termin:</b> 11.09.2019	Ist der Hersteller eines diagnostischen Tests von der Weigerung des GBA, eine positive Empfehlung für diesen Test als Untersuchungsmethode im Sinne des § 135 Absatz 1 SGB V abzugeben, in eigenen Rechten betroffen? Welche Anforderungen sind an den Nachweis des Nutzens im Sinne des § 135 Absatz 1 Satz 1 SGB V zu stellen? Welche Anforderungen sind an die Feststellung eines Erprobungspotentials im Sinne des § 137e SGB V zu stellen?	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 27.06.2018 - L 7 KA 46/14 KL -	18-03-56
Hausarztzentrierte Versorgung: Pflicht zur Selbsterbringung des Allgemeinlabors	B 6 KA 25/18 R <b>Termin:</b> 12.02.2020	Stellt die in einem (Selektiv-)Vertrag über die hausarztzentrierte Versorgung (HzV) festgelegte Pflicht der an der HzV teilnehmenden (Haus-)Ärzte, Leistungen des Allgemeinlabors (Abschnitt 32.2 EBM-Ä 2008) bei nach Qualifikation/Ausstattung möglicher Selbsterbringung selbst vorzunehmen, einen Eingriff in (Zulassungs-)Statusrechte bzw in die Berufsausübungsfreiheit der nur auf Überweisung zur vertragsärztlichen Leistungserbringung befugten Laborärzte dar?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 14.11.2018 - L 5 KA 3686/16 -	19-01-66

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

Kostenanteile/Beitragsklassen	B 6 KA 12/18 R	Verstößt die Regelung des § 3 Absatz 1 Satz 1 EHV (juris: ErwHVGrS HE) gegen	<i>LSG Hessen</i> , Urt. v. 11.04.2018	18-03-61
-------------------------------	----------------	--	--	----------



(Quartale III/12-II/13)	B 6 KA 16/18 R B 6 KA 7/19 R B 6 KA 9/19 R <b>Termin:</b> 11.12.2019	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?	- 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 -	18-03-62 19-02-48 19-02-49
-------------------------	---	--	---	----------------------------------

**Sonstiges/Verfahrensrecht**

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

Stand: 20.05.2020. Die Angaben „Aktenzeichen“, „Termin“ und „Rechtsfrage“ sowie über die Vorinstanz (Gericht und Aktenzeichen) beruhen auf der Veröffentlichung des BSG (Anhängige Rechtsfragen des 1. bzw. 3. Senats – <http://www.bundessozialgericht.de>).

Sachgebiet	Aktenzeichen:	Rechtsfrage	Vorinstanz	RID
<b>Ärztliche Behandlung</b>				
Fußhebersystem zur Sicherung des Erfolges einer Krankenbehandlung/Neue Behandlungsmethode	B 3 KR 12/19 R	Wie ist bei Hilfsmitteln, die mehreren Versorgungszielen im Sinne des § 33 Absatz 1 Satz 1 SGB V dienen, das vorrangige Versorgungsziel im Hinblick auf § 13 Absatz 3a Satz 9 SGB V zu ermitteln? Dient ein elektronisches Fußhebersystem bei neurologisch bedingter Fußheberschwäche (vorrangig) dem Versorgungsziel der Sicherung des Erfolges 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?	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , Urt. v. 08.11.2018 - L 5 KR 21/18 -	19-01-98 NZB
Satzungsregelung zur künstlichen Befruchtung	B 1 KR 7/19 R <b>Termin:</b> 17.12.2019	Verstößt eine Satzungsregelung zur künstlichen Befruchtung im Rahmen des Zusatzangebots nach § 11 Absatz 6 SGB V gegen höherrangiges Recht, wenn diese nicht unmissverständlich deutlich macht, dass ein Versuch nicht als die durch Embryonentransfer abgeschlossene Maßnahme definiert wird, sondern bereits mit der Verordnung hormonstimulierender Medikamente beginnt?	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 15.01.2019 - L 5 KR 94/18 -	19-02-64
Nichtärztliche Elektroepilation nach geschlechtsangleichender Behandlung	B 1 KR4/20 R	Ist eine Krankenkasse verpflichtet, nach einer geschlechtsangleichenden Behandlung bei Transsexualität die Kosten für eine Elektroepilation der grauen und weißen Barthaare durch eine Kosmetikerin/Elektrologin zu übernehmen, wenn die begehrte Leistung durch einen Vertragsarzt nicht erbracht wird?	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urt. v. 17.03.2020 - L 16 KR 462/19 -	20-02-54
<b>Kostenerstattung</b>				
Kostenbeteiligung zur Entfernung von Brustimplantaten	B 1 KR 37/18 R <b>Termin:</b> 27.08.2019	Ist die Regelung des § 52 Absatz 2 SGB V, wonach die Krankenkasse Versicherte, die sich eine Krankheit durch eine medizinisch nicht indizierte ästhetische Operation, eine Tätowierung oder ein Piercing zugezogen haben, in angemessener Höhe an den Kosten zu beteiligen hat, verfassungsgemäß?	<i>SG Berlin</i> , Urt. v. 05.11.2018 - S 81 KR 1075/18 -	19-01-101
Genehmigungsfiktion: Kostenerstattungsanspruch für Behandlung im EU-Ausland	B 1 KR 21/19 R Termin: 26.05.2020	Findet die Regelung der Genehmigungsfiktion nach § 13 Absatz 3a SGB V Anwendung auf Ansprüche, die unmittelbar auf eine Geldleistung gerichtet sind und gilt dies auch für Kostenerstattungsansprüche nach § 13 Absatz 4 SGB V bei denen von vornherein eine ärztliche Behandlung im EU-Ausland beantragt wird?	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 14.03.2019 - L 4 KR 558/17 -	19-03-85
Genehmigungsfiktion: Zurücknahme	B 3 KR 13/19 R	Unter welchen Voraussetzungen kann eine fiktive Genehmigung nach § 13 Absatz 3a Satz 6 SGB V zurückgenommen werden?	<i>LSG Saarland</i> , Urt. v. 25.09.2019 - L 2 KR 49/18 -	20-01-76
In-vitro-Fertilisations-Behandlungen und Altersgrenze	B 1 KR 8/19 R <b>Termin:</b> 27.08.2019	Erfasst die Genehmigungsfiktion nach § 13 Absatz 3a SGB V auch medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft nach § 27a SGB V nach Überschreitung der Altersgrenze?	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 05.09.2018 - L 4 KR 705/17 -	19-02-70
Zahnersatz: Kein Anspruch auf	B 1 KR 9/19 R	In welchem Umfang erfasst die Genehmigungsfiktion nach § 13 Absatz 3a SGB V	<i>LSG Baden-Württemberg</i> ,	18-03-101

Übernahme auch des Eigenanteils	<b>Termin:</b> 27.08.2019	Leistungen für Zahnersatz im Sinne des § 55 SGB V?	Urt. v. 15.05.2018 - L 11 KR 373/18 -	NZB
Genehmigungsfiktion: Arzneimittel im Rahmen eines Off-Label-Use	B 1 KR 9/18 R <b>Termin:</b> 26.05.2020	Begründet eine mit Ablauf der Frist eingetretene Genehmigungsfiktion einen Naturalleistungsanspruch des Versicherten auf die Versorgung mit einem Arzneimittel im Rahmen des Off-label-use?	<b>LSG Rheinland-Pfalz,</b> Urt. v. 15.02.2018 - L 5 KR 218/17 -	18-02-97
Genehmigungsfiktion: Leistung vor Fristablauf	B 1 KR 3/20 R	Ist ein Anspruch auf Kostenerstattung für eine in einer privatärztlichen Gemeinschaftspraxis vorgenommenen Liposuktion im Rahmen der Genehmigungsfiktion ausgeschlossen, wenn sich eine Versicherte diese Leistung nicht erst nach Ablauf der Frist beschafft hat, nach der die Fiktion eingetreten ist?	<b>LSG Sachsen-Anhalt,</b> Urt. v. 20.02.2020 - L 6 KR 12/18 -	
Genehmigungsfiktion: Zurücknahme	B 3 KR 14/18 R	Unter welchen Voraussetzungen kann eine fiktive Genehmigung nach § 13 Absatz 3a Satz 6 SGB V zurückgenommen werden?	<b>SG Düsseldorf,</b> Urt. v. 28.06.2018 - S 8 KN 1459/17 KR -	18-04-44
Zurücknahme einer fiktiven Genehmigung	B 3 KR 6/19 R	Finden die Regelungen der §§ 44 SGB X auf die fingierte Genehmigung eines Hilfsmittels (hier: Kompressionstherapiegerät) Anwendung?	<b>LSG Schleswig-Holstein,</b> Urt. v. 14.02.2019 - L 5 KR 163/16 -	19-03-86

### Stationäre Behandlung

### Auslandskrankenbehandlung

### Arzneimittel

Allogene Stammzelltherapie im Off-Label-Use bei Mantelzelllymphom	B 1 KR 20/19 R <b>Termin:</b> 19.03.2020	Ist eine nach einem relativ groben Untersuchungsmaßstab rezidivfreie Krebserkrankung (Mantelzelllymphom) bei der aufgrund "schlummernder" Krebszellen die große Wahrscheinlichkeit besteht, dass diese in ein Rezidiv in Form eines sich dann schnell entwickelten, unumkehrbaren und im Ergebnis tödlichen Prozesses umschlägt, wertungsmäßig mit einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlichen Erkrankung vergleichbar?	<b>LSG Hamburg,</b> Urt. v. 28.03.2019 - L 1 KR 125/17 -	19-03-122
---	---	--	--	-----------

### Hilfsmittel/Heilmittel

Therapiedreirad-Tandem	B 3 KR 7/19 R <b>Termin:</b> 07.05.2020	Unter welchen Voraussetzungen ist ein Therapiedreirad nach § 33 Absatz 1 Satz 1 SGB V insbesondere nach dessen zweiter Variante: "Zur Vorbeugung einer drohenden Behinderung" zu gewähren?	<b>LSG Niedersachsen-Bremen,</b> Urt. v. 23.04.2018 - L 4 KR 148/17 -	19-03-107 NZB
Uhr mit Alarmfunktion	B 3 KR 15/19 R	Vorinstanz: Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen, L 16 KR 182/18, 17.09.2019 Sind die Kosten einer GPS-Uhr mit Alarmfunktion von der gesetzlichen Krankenversicherung bei einem geistig behinderten Heranwachsenden mit Weglauftendenz und Orientierungslosigkeit im Rahmen der Hilfsmittelversorgung zu übernehmen?	<b>LSG Niedersachsen-Bremen,</b> Urt. v. 17.09.2019 - L 16 KR 182/18 -	19-04-65

### Häusliche Krankenpflege/Haushaltshilfe

Häusliche Krankenpflege in Einrichtung der Eingliederungshilfe	B 3 KR 4/19 R <b>Termin:</b> 07.05.2020	Zum Anspruch auf häusliche Krankenpflege als Behandlungspflege (hier: Anziehen von Kompressionsstrümpfen der Klasse II) in einer Einrichtung der Eingliederungshilfe.	<b>LSG Sachsen-Anhalt,</b> Urt. v. 31.01.2018 - L 6 KR 56/17 -	19-03-114 NZB
Häusliche Krankenpflege in ambulanter Wohngruppe	B 3 KR 14/19 R	Hat eine Versicherte Anspruch auf häusliche Krankenpflege zum Verabreichen von Medikamenten, wenn sie in einer ambulanten Wohngruppe betreut wird?	<b>LSG Bayern,</b> Urt. v. 20.08.2019 - L 5 KR 403/19 -	20-01-90
	B 3 KR 1/20 R	Hat eine Versicherte Anspruch auf häusliche Krankenpflege (hier: Verabreichen von Medikamenten, Blutzuckermessung sowie An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen), wenn sie in einer ambulanten Wohngruppe betreut wird?	<b>LSG Bayern,</b> Urt. v. 20.08.2019 - L 5 KR 402/19 -	20-01-91
	B 3 KR 2/20 R	Hat eine Versicherte Anspruch auf häusliche Krankenpflege (hier: Verabreichen von Medikamenten und Blutzuckermessung), wenn sie in einer ambulanten Wohngruppe betreut wird?	<b>LSG Bayern,</b> Urt. v. 13.02.2020 - L 5 KR 404/19 -	20-02-82

### Fahrkosten

### Zuzahlung

**Rehabilitationsmaßnahmen**

**Krankenhauskosten**

Stationäre Behandlung und kurze Aufenthaltsdauer	B 1 KR 1/20 R B 1 KR 2/20 R Revisionen zurückgenommen	Liegt eine stationäre Krankenhausbehandlung auch dann vor, wenn im Hinblick auf (in ca. 5-10% der Fälle auftretende) Komplikationen intensivmedizinische Interventionsmöglichkeiten vorgehalten werden müssen, die dann im konkreten Fall tatsächlich aber nicht benötigt werden und der Patient bereits nach sechs Stunden wieder aus dem Krankenhaus entlassen wird (hier: Äußere Wendung bei Beckenendlage des Fötus mit der Notwendigkeit eines Kaiserschnitts innerhalb von 20 Minuten beim Auftreten von Komplikationen)?	<i>LSG Hamburg</i> , Urt. v. 19.12.2019 - L 1 KR 43/18 - - L 1 KR 62/18 -	20-02-90  20-02-89
Einwilligung in experimentelle Behandlung (Fremd-allogene Stammzelltransplantation)	B 1 KR 3/19 R B 1 KR 4/19 R <b>Termin:</b> 08.10.2019	Zu den Voraussetzungen einer wirksamen Einwilligung in eine experimentelle Behandlung mit hohem Mortalitätsrisiko und deren Ermittlung im Rechtsstreit.	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 23.02.2018 - L 4 KR 1055/15 - - L 4 KR 1056/15 -	19-01-149 19-01-150 NZB
Überschneidungen zwischen Prüfregimen	B 1 KR 12/19 R <b>Termin:</b> 19.11.2019 Zurücknahme	Findet die Prüfverfahrenvereinbarung - PrüfvV (juris: PrüfvVbg) auf Prüfverfahren Anwendung, bei denen zunächst die sachlich-rechnerische Richtigkeit der Krankenhausrechnung und erst in einem zweiten Schritt die Wirtschaftlichkeit der Krankenhausbehandlung überprüft wird?	<i>LSG Hessen</i> , Urt. v. 08.11.2018 - L 1 KR 425/17 -	19-02-103 NZB
Fallzusammenführung: Zweistufige Prüfung	B 1 KR 6/19 R <b>Termin:</b> 19.11.2019	Liegt eine Beurlaubung im Sinne des § 1 Absatz 7 Satz 5 FPV 2012 vor, wenn der Patient aus der vollstationären Krankenhausbehandlung entlassen wurde, um die Ergebnisse der endgültigen Histologie abzuwarten, die dann zu einer Wiederaufnahme geführt haben?	<i>LSG Hamburg</i> , Urt. v. 15.11.2018 - L 1 KR 68/18 -	19-02-107
Fallzusammenführung mit drittem Krankenhausaufenthalt	B 1 KR 22/19 R	Steht ein zwischenzeitlicher anderweitiger Krankenhausaufenthalt der Zusammenführung der Falldaten zweier Krankenhausaufenthalte nach § 2 Absatz 2 der Fallpauschalenvereinbarung 2015 entgegen?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 23.07.2019 - L 11 KR 4533/18 -	19-04-94
Spontanatmungsstunden und Beatmungszeit	B 1 KR 19/19 R <b>Termin:</b> 17.12.2019	Sind Spontanatmungsstunden auch dann als Beatmungszeit abzurechnen, wenn der Entwöhnungsversuch bis zur Entlassung des Patienten nicht zu einer stabilen respiratorischen Situation geführt hat?	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 12.03.2019 - L 5 KR 202/18	19-03-135
Ist suprapubischer Verweilkatheter Implantat?	B 1 KR 26/18 R Termin: 26.05.2020 omV	Ist ein suprapubischer Blasenkatheter eine Prothese, Implantat oder Transplantat im Sinne von ICD-10-GM (2009) T83.5?	<i>LSG Sachsen</i> , Urt. v. 27.10.2017 - L 1 KR 252/13 -	18-01-119 NZB
Prozedur „Multimodale Schmerztherapie“	B 1 KR 25/19 R	Darf ein Krankenhaus die Prozedur "Multimodale Schmerztherapie" (Nr 8-918 OPS 2014) nur kodieren, wenn die Behandlung unter Einbeziehung eines Facharztes für Psychiatrie, Psychotherapie, für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder eines Psychologischen Psychotherapeuten durchgeführt wurde oder genügt die Einbeziehung eines Psychologen mit der Erlaubnis der Heilkunde auf dem Gebiet der Psychotherapie nach § 1 Absatz 1 des Heilpraktikergesetzes (HeilprG)?	<i>LSG Sachsen</i> , Urt. v. 10.04.2019 - L 1 KR 170/16 -	
Tracheobronchoskopie	B 1 KR 27/19 R Erledigt durch Anerkenntnis	Ist die Durchführung einer Bronchoskopie unter Verwendung eines mit Metallspiralen verstärkten Schlauches (Bronchoflexitubus), durch den das flexible Bronchoskop in die Luftröhre geführt wird, nach dem OPS-Kode 1-620.00 oder 1-620.10 zu kodieren?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 05.11.2019 - L 11 KR 2308/18	20-01-105
Kodierung einer Nebendiagnose	B 1 KR 16/19 R	Setzt die Kodierung einer Nebendiagnose (hier: ICD-10 T81.4 neben der Hauptdiagnose ICD-10 M00.86) nach den DKR 2011 eine Begleiterkrankung voraus, die einen weiteren therapeutischen oder sonstigen relevanten Versorgungsaufwand erfordert?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 24.01.2019 - L 5 KR 213/18 -	19-03-132
Fallzusammenführung: Verlegung	B 1 KR 8/20 R	Setzt eine Verlegung neben dem Zeitpunkt (innerhalb von 24 Stunden) voraus, dass der Patient weiter krankenhausbearbeitungsbedürftig ist?	<i>LSG Schleswig-Holstein</i> , Urt. v. 23.08.2018 - L 5 KR 88/15 -	19-03-128 NZB

Rituximab als Zusatzentgelt im Off-Label-Use bei autoimmuno-logischem Schleimhautpemphigoid	B 1 KR 22/18 R <b>Termin:</b> 19.03.2020	Hat ein Krankenhaus Anspruch auf Vergütung des Zusatzentgeltes ZE82.14 für die zulassungsüberschreitende Anwendung ("off-label-use") von Rituximab im Rahmen stationärer Behandlung, wenn die behandelte Krankheit zwar nicht unmittelbar lebensbedrohlich ist, aber aufgrund einer krankheitsbedingten erheblichen Sepsisgefahr jederzeit in einen mit einiger Wahrscheinlichkeit unumkehrbaren und im Ergebnis tödlichen Prozeß umschlagen kann?	<b>LSG Hamburg,</b> Urt. v. 03.05.2018 - L 1 KR 19/16 -	18-03-147
Erstattung bereits geleisteter Aufwandspauschalen	B 1 KR 15/19 R  B 1 KR 23/19 R B 1 KR 24/19 R	Hat ein Krankenhaus Aufwandspauschalen für vor dem 1.7.2014 abgeschlossene Behandlungsfälle der Krankenkasse zu erstatten, wenn die MDK-gestützte Prüfung der Krankenkasse die sachlich-rechnerische Richtigkeit der Krankenhausabrechnungen betraf?	<b>LSG Nordrhein-Westfalen,</b> Urt. v. 13.12.2018 - L 5 KR 738/16 - <b>LSG Bayern,</b> Urt. v. 28.03.2019 - L 4 KR 6/18 - - L 4 KR 8/18 -	19-02-125  19-04-108 19-04-107

**Ambulante Versorgung**

Kosten des Sprechstundenbedarfes: Einstrahlende Krankenkasse	B 1 KR 26/19 R (alt: B 3 KR 16/19 R)	Ist eine als Landesverband gemäß § 207 Absatz 4 SGB V handelnde Krankenkasse befugt, in einem Gesamtvertrag die Kostenbeteiligung der einstrahlenden Krankenkassen an den ihr als Landesverband auferlegten Kosten des Sprechstundenbedarfes zu regeln?	<b>LSG Berlin-Brandenburg,</b> Urteil v. 30.08.2019 - L 9 KR 344/16 -	20-01-124
--	--------------------------------------	---	---	-----------

**Weitere Leistungserbringer/Arzneimittelhersteller**

Apotheken: Zulässigkeit einer produktneutralen Verordnung von Impfstoffen	B 3 KR 5/17 R <b>Termin:</b> 20.12.2018	Sind Apotheker im Falle einer produktneutralen Verschreibung von Impfstoffen ohne Nennung der Bezeichnung des Impfstoffs durch Vertragsärzte verpflichtet, anhand von Informationsmaterial der Krankenkassen rabattierte Impfstoffe auszuwählen und abzugeben?	<b>LSG Baden-Württemberg,</b> Urt. v. 24.01.2017 - L 11 KR 4746/15 -	17-02-195
Vereinbarung über Abschlag bei Abgabe von Zytostatika	3 KR 6/17 R <b>Termin:</b> 20.12.2018	Gestattet § 129 Abs 5 S 1 SGB 5 eine vertragliche Regelung über die Abrechnung von in Apotheken hergestellten Zytostatika auf Landesebene oder sind diese Regelungen nach § 129 Abs 5 S 3 SGB 5 ausschließlich der einzelvertraglichen Ebene vorbehalten?	<b>LSG Berlin-Brandenburg,</b> Urt. v. 07.12.2016 - L 9 KR 333/13 -	17-02-192
Ausländische Versandapotheke und Umsatzsteuer	B 3 KR 19/17 R <b>Termin:</b> 05.12.2019	Zur umsatzsteuerrechtlichen Behandlung von Arzneimittellieferungen einer Apotheke aus einem anderen EU-Land an die Mitglieder inländischer gesetzlicher Krankenkassen.	<b>LSG Rheinland-Pfalz,</b> Urt. v. 06.07.2017 - L 5 KR 105/16 -	17-04-140
Pharmazeutische Unternehmer: Maßgebliche Spitzenorganisation auf Bundesebene	B 3 KR 16/18 R <b>Termin:</b> 08.08.2019	Ist der Verband der Arzneimittelimporteure Deutschlands e.V. eine für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildete maßgebliche Spitzenorganisation der pharmazeutischen Unternehmer auf Bundesebene im Sinne von § 130b Absatz 5 Satz 1 SGB V?	<b>LSG Berlin-Brandenburg,</b> Urt. v. 24.05.2018 - L 9 KR 303/15 KL -	18-04-71
Schiedsstelle: Jahrestherapiekosten der Vergleichstherapie (Nutzenbewertung Dimethylfumarat)	B 3 KR 3/20 R	Ist es der Schiedsstelle nach § 130b Abs 5 SGB V verwehrt, die Jahrestherapiekosten der zweckmäßigen Vergleichstherapie abweichend von der Angabe im Nutzenbewertungsbeschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses anzusetzen, wenn diese Jahrestherapiekosten sich in der Zeit nach dem Nutzenbewertungsbeschluss durch Hinzutreten weiterer Arzneimittel mit demselben Wirkstoff geändert haben und die Jahrestherapiekosten des neu hinzugegetretenen Arzneimittels zwischen den Beteiligten unstrittig sind?	<b>LSG Berlin-Brandenburg,</b> Urt. v. 27.01.2020 - L 9 KR 82/19 KL -	20-02-112
Hörgeräteakustiker: Versorgungsanzeige	B 3 KR 8/19 R	Hat ein Hörgeräteakustiker gegenüber der Krankenkasse einen Anspruch auf Vergütung für die Versorgung eines Versicherten mit Hörgeräten, wenn die nach den vertraglichen Regelungen des einschlägigen auf Grundlage von § 127 SGB V geschlossenen Versorgungsvertrags erforderliche Versorgungsanzeige vor Beginn des Anpassungsprozesses unterblieben ist?	<b>LSG Rheinland-Pfalz,</b> Urt. v. 27.06.2019 - L 4 KR 55/18 -	19-04-110
	B 3 KR 8/20 R	Zum Vergütungsanspruch des Hörgeräteakustikers für die Versorgung von Versicherten mit Hörgeräten, wenn die Versorgungsanzeige der Krankenkasse entgegen der	<b>LSG Nordrhein-Westfalen,</b> Urt. v. 27.06.2019	

		vertraglichen Regelung des Versorgungsvertrages nach § 127 SGB V nicht vor der Versorgung zugegangen ist.	- L 16 KR 541/18 -	
Abrechnung durch Hebammengemeinschaften	B 3 KR 7/18 R B 3 KR 8/18 R B 3 KR 9/18 R B 3 KR 10/18 R B 3 KR 11/18 R <b>Termin:</b> 05.12.2019	Zur Abrechnung von Leistungen der Hebammenhilfe durch Hebammengemeinschaften.	<b>LSG Bayern</b> , Ur. v. 01.03.2018 - L 4 KR 498/17 - - L 4 KR 348/17 - - L 4 KR 479/17 - - L 4 KR 497/17 - - L 4 KR 499/17 -	18-03-155 18-03-159 18-03-158 18-03-157 18-03-156

**Integrierte Versorgung**

**Krankenkassen**

Wahltarife	B 1 KR 34/18 R <b>Termin:</b> 30.07.2019	Dürfen Krankenkassen gemäß § 53 Absatz 4 Satz 1 SGB V in ihrer Satzung Wahltarifleistungen vorsehen, die Kostenerstattungsansprüche Versicherter für Leistungen im Ausland, für "Krankenhauszuzahlung", für "Ein- oder Zwei-Bett-Zimmer" im Krankenhaus, für Leistungen bei Zahnersatz, für Brillen und für kieferorthopädische Behandlungen ergänzend zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung zum Gegenstand haben?	<b>LSG Nordrhein-Westfalen</b> , Ur. v. 14.06.2018 - L 16 KR 251/14 -	18-04-76
Erstattungsanspruch nach Rentenanstellung	B 1 KR 29/18 R <b>Termin:</b> 19.03.2020	Unter welchen Voraussetzungen hat ein Rentenversicherungsträger gegen einen Krankenversicherungsträger für die Gewährung medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen Erstattungsansprüche, wenn der Versicherte nach Bewilligung der Maßnahme einen Rentenanspruch stellt?	<b>LSG Berlin-Brandenburg</b> , Ur. v. 29.06.2018 - L 1 KR 308/16 -	18-04-83
Beratungs- und Betreuungsleistungen durch Vertrag mit Beratungsunternehmen	B 1 A 3/19 R <b>Termin:</b> 08.10.2019	Dürfen Krankenkassen mit privaten Beratungsunternehmen Verträge mit dem Ziel der Kostensenkung beziehungsweise -stabilisierung schließen, in denen für Gruppen von länger erkrankten oder stationär versorgten Versicherten Betreuungs- und Beratungsleistungen erbracht werden?	<b>LSG Berlin-Brandenburg</b> , Ur. v. 27.03.2019 - L 9 KR 54/16 KL -	19-03-142
Aufwandsentschädigungen für Werbung von Mitgliedern	B 1 A 1/20 R	Darf eine Krankenkasse an Arbeitgeber oder vom Arbeitgeber beauftragtes Personal Aufwandsentschädigungen für die Werbung von Mitgliedern gewähren, an Laienwerber Aufwandsentschädigungen von mehr als 0,7% der monatlichen Bezugsgröße zahlen und gewährte Aufwandsentschädigungen nach der Anzahl der geworbenen Mitglieder staffeln?	LSG Berlin-Brandenburg, Ur. v. 27.09.2018 - L 1 KR 318/17 KL -	19-01-162 NZB

**GBA**

Unmittelbare Klage gegen Nutzenbewertungsbeschluss des GBA	B 3 KR 11/19 R	Zulässigkeit der Klage gegen einen Nutzenbewertungsbeschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA), wenn ein Erstattungsbetrag zwischen pharmazeutischen Unternehmen und dem GKV-Spitzenverband vereinbart wurde?	<b>LSG Berlin-Brandenburg</b> , Ur. v. 19.10.2018 - L 1 KR 558/15 KL -	19-01-158 NZB
--	----------------	---	--	------------------

**Sonstiges**