



BUCERIUS LAW SCHOOL
HOCHSCHULE FÜR RECHTSWISSENSCHAFT

Einführung in die Gesetzliche Krankenversicherung

DR. EVA RÜTZ, LL.M.
(PARTNERIN / LUTHER RECHTSANWALTSGESELLSCHAFT MBH)

OKTOBER 2017



Gliederung

- a. Grundlagen
- b. GKV-Viereck
- c. Vertragsarztrecht
- d. GKV-Versorgungsstärkungsgesetz
- e. Aktuelle Rechtsprechung



A. Grundlagen

I. Einleitung

➤ Gesetzliche Krankenversicherung

„Die Krankenversicherung als Solidargemeinschaft hat die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern.“ § 1 Satz 1 SGB V

- Teil des Sozialversicherungssystems und des deutschen Gesundheitssystems
- Leistungsanspruch aus Bedarf und Einkommen
- Beitragshöhe prozentual nach Bruttoeinkommen des Versicherten
(**aber:** Beitragsbemessungsgrenze)
- Für alle Leistungserbringer gilt der Versorgungsauftrag



A. Grundlagen

I. Einleitung

➤ Grundprinzipien

- *Solidaritätsprinzip*, §§ 1, 3 SGB V
- *Sachleistungsprinzip*, § 2 Abs. 2 SGB V
- *Prinzip der Selbstverwaltung* § 4 Abs. 1 SGB V
- *Prinzip der gegliederten GKV*, § 4 Abs. 2 SGB V

➤ *Versicherungspflicht in § 5 SGB V*, aber freie Versicherungswahl ab gewissem Einkommen (PKV ↔ GKV) → sog. **Beitragsbemessungsgrenze** (aktuell 57.600 Euro brutto p.a., ab 2018 59.400 Euro brutto p.a.)

➤ Nicht versicherungspflichtig sind Beamte oder Selbstständige

A. Grundlagen

I. Einleitung

- Leistungsumfang der GKV
 - Z.T. (nicht immer) geringer als bei PKV
 - Krankheiten / Heilbehandlung
 - Verhütung von Krankheiten (Prävention)
 - (Zahn-)ärztliche Behandlung (§§ 28 ff. SGB V)
 - Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln (§§ 31 ff. SGB V)
 - Häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe (§§ 37 ff. SGB V)
 - Krankenhausbehandlung (§ 39 SGB V)
 - Medizinische und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation (§§ 40 ff. SGB V)

A. Grundlagen

I. Einleitung

➤ Duales System in Deutschland



Private Krankenversicherung ↔ gesetzliche Krankenversicherung

• **Private Krankenversicherung (PKV)**

- Beitragsbemessungsgrenze (aktuell 57.600 Euro, ab 2018 59.400 Euro)
- Sonst: Pflichtmitgliedschaft in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)
- Arbeitgeberzuschuss i.H.v. 50 %
- Freiwillige Zusatzversicherung in der PKV möglich
- Auch bei Überschreitung der Beitragsbemessungsgrenze Verbleib in der PKV möglich
- Wechsel zurück in die GKV nur unter bestimmten Voraussetzungen zulässig

A. Grundlagen

I. Einleitung

➤ Duales System in Deutschland

- **Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)**

- Solidarisches System
- Umverteilungsschwierigkeiten
- Beitragssatz (abhängig von Krankenversicherung) ca. 15 % des Bruttogehaltes
- Arbeitgeberzuschuss i.H.v. 50 %
- Gekappt bei Beitragsbemessungsgrenze (s.o.)
- Anbieten von Leistungen an GKV-Patienten i.d.R. nur bei besonderer Zulassung des Leistungserbringers



A. Grundlagen

II. Hauptunterschiede zur privaten Krankenversicherung

- Äquivalenzprinzip (→ bei GKV Solidaritätsprinzip)
- Leistungsanspruch aus Alter, Geschlecht und Gesundheitsrisiko
- Leistungen können individuell vereinbart werden → bestimmt Höhe des Beitrages
- Kann Mitglieder selber auswählen, d.h. kein Kontrahierungszwang
- Rechnung wird an Privatpatienten übermittelt
- Vergütung nach GOÄ statt EBM (ambulanter Bereich)
- Im Krankenhausbereich sind die Entgelte für die allgemeinen Krankenhausleistungen grundsätzlich für alle Patienten einheitlich (unabhängig von Versichertenstatus)



A. Grundlagen

III. Ambulant ↔ stationär (Prinzip der sektoralen Trennung)

➤ Stationäre Leistungen

- Leistungen durch Krankenhäuser (Plankrankenhäuser, Universitätsklinika, Privatkrankenanstalten)
- DRG-System

➤ Ambulante Leistungen

- Niedergelassene Ärzte
- Abrechnung nach GOÄ bzw. EBM

➤ Unterschiedliche „Vergütungstöpfe“

➤ Keine Doppelvergütung

➤ Abgrenzungsschwierigkeiten

➤ Wunsch nach integrierter Versorgung / sektoraler Verzahnung



A. Grundlagen

III. Ambulant ↔ stationär

➤ Abgrenzung ambulant ↔ stationär

- Wichtig für Vergütung
 - Voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen werden über das DRG-System gem. § 17b KHG vergütet → „*durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem*“
 - Bei ambulanter Behandlung verteilen die KV die Gesamtvergütung mithilfe eines Honorarverteilungsmaßstabs an die Vertragsärzte

A. Grundlagen

III. Ambulant ↔ stationär

➤ Abgrenzung ambulant ↔ stationär

- Keine Legaldefinitionen von voll-, teilstationären und ambulanten Krankenhausbehandlungen

➤ Grundsatzentscheidung des Bundessozialgerichts (*Urteil vom 4. März 2004 – Az.: B 3 KR 4/03 R*):

- **Vollstationär**, wenn sich der zeitlich geplante Aufenthalt über einen Tag und eine Nacht erstreckt
- **Teilstationär**, wenn die Behandlung aufgrund eines spezifischen Krankheitsbildes über einen gewissen Zeitraum hinweg in einzelnen Intervallen erfolgt
- **Ambulant**, wenn der Patient keine Nacht im Krankenhaus verbringt



A. Grundlagen

IV. Kassenärztliche Vereinigungen

- Körperschaft des öffentlichen Rechts
- Interessenvertretung der **Vertragsärzte** gegenüber der KK und Überwachung der Einhaltung der Pflichten
- Gesetzliche Krankenkassen zahlen Gesamtvergütungen an Kassenärztliche Vereinigungen
- Pflichtmitgliedschaft für Vertragsärzte
- Verteilung der Gesamtvergütungen an die Vertragsärzte mithilfe eines Honorarverteilungsmaßstabs, §§ 82 Abs. 2, 85 Abs. 4 SGB V
- Haben vertragsärztliche Versorgung sicherzustellen, § 75 Abs. 1 SGB V



A. Grundlagen

V. Stationäre Behandlung

- Krankenkassen dürfen **stationäre** Behandlung nur durch die in § 108 SGB V bezeichneten, sog. *zugelassenen Krankenhäuser*, erbringen
 - Hochschulkliniken, § 108 Nr. 1 SGB V
 - Plankrankenhäuser, § 108 Nr. 2 SGB V
 - Vertragskrankenhäuser, § 108 Nr. 3 SGB V
- Für Hochschulkliniken und Plankrankenhäuser **fingiert** das Gesetz einen sog. **Versorgungsvertrag**, § 109 SGB V ↔ bei Vertragskrankenhäusern muss dieser tatsächlich abgeschlossen worden sein



A. Grundlagen

V. Stationäre Behandlung

- **Versorgungsvertrag** → Gegenstand sind die in §§ 11 ff. SGB V aufgeführten med. Sach- und Dienstleistungen, allgemeine Bedingungen und Verfahren für Leistungserbringung und deren Kontrolle
- **Hochschulkliniken**
 - Zulassung nach landesrechtlichen Vorschriften
 - Schwerpunkt medizinischer Ausbildung und Forschung
 - Werden aus landesrechtlichen Vorschriften über Hochschulbau gefördert → erhalten keine öffentliche Krankenhausförderung



A. Grundlagen

V. Stationäre Behandlung

➤ Plankrankenhäuser

- Zulassung durch die Aufnahme in den jeweiligen Krankenhausplan des Landes
- Krankenhausplan
 - Ein Instrument staatlicher Planung (Rechtsinstitut *sui generis*)
 - Zweck, Krankenhaus wirtschaftlich zu sichern → bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhaus
 - Aufnahme in Krankenhausplan durch Feststellungsbescheid

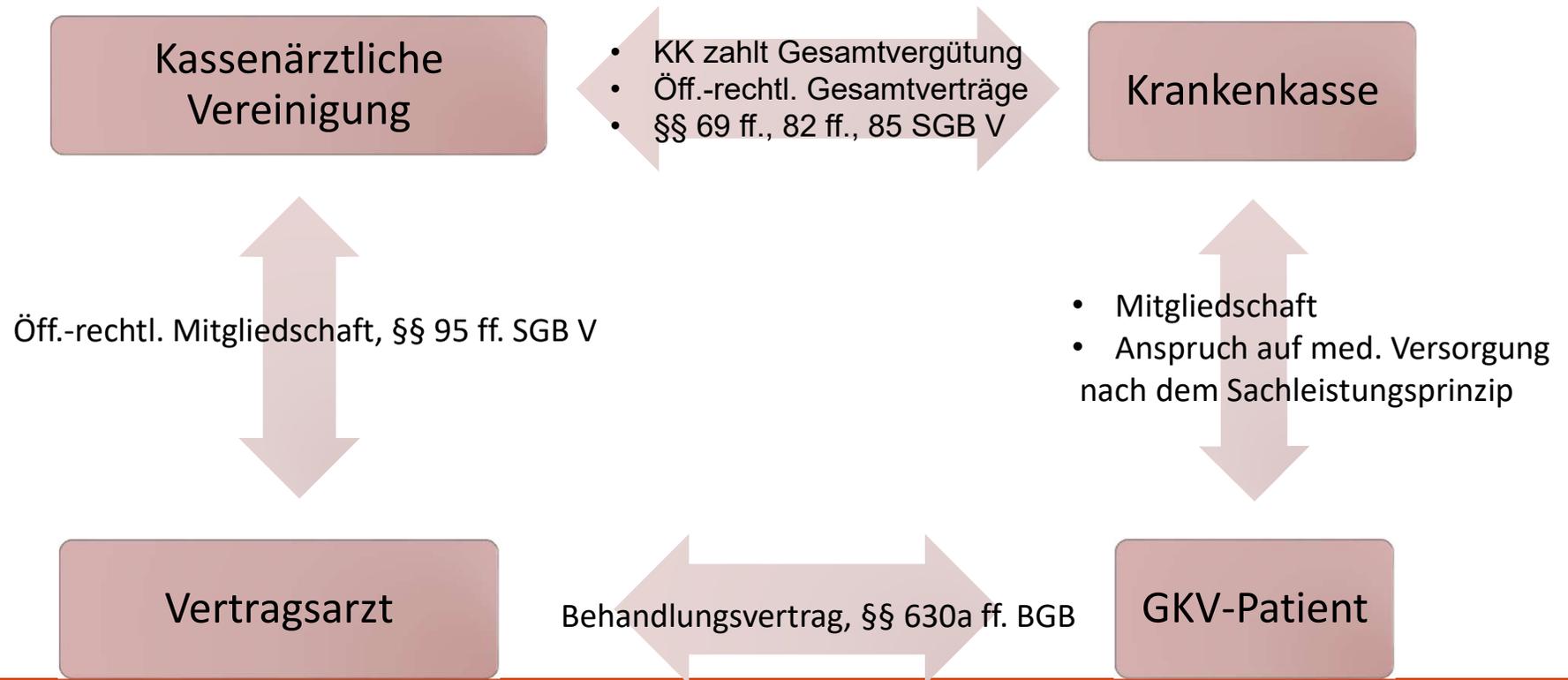


A. Grundlagen

V. Stationäre Behandlung

- Allgemeinkrankenhäuser ↔ Fachkrankenhäuser
- Anstaltskrankenhäuser ↔ Belegkrankenhäuser
 - Anstaltskrankenhaus → ärztliche Behandlung durch angestellte Krankenhausärzte und zugezogene Dritte, § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 KHEntgG
 - Belegkrankenhaus → niedergelassene Ärzte können Patienten stationär behandeln, § 121 Abs. 2 SGB V, § 18 KHEntgG

B. GKV- Viereck





B. GKV- Viereck

I. Beziehung Vertragsarzt – Patient

- Rechtsverhältnis → Behandlungsvertrag gem. §§ 630a ff. BGB
- Rechte / Pflichten
 - Behandlungsanspruch / Behandlungspflicht
 - **Keine Honorierung unmittelbar durch den Patienten (!)**

B. GKV- Viereck

II. Beziehung Patient – Krankenkasse

- Mitgliedschaft aller versicherungspflichtigen- und berechtigten Patienten, § 173 SGB V
- Sachleistungsanspruch (§ 2 Abs. 2 Satz 1 SGB V)
 - **Ausnahmen:**
 - Freiwillige Kostenerstattung, § 13 Abs. 2 SGB V
 - Kostenerstattung bei Systemversagen, § 13 Abs. 3 SGB V

B. GKV- Viereck

III. Beziehung Krankenkasse – Kassenärztliche Vereinigung

- Vereinbarung von Gesamtverträgen zur Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung, § 83 Abs. 1 SGB V
- Zahlung der Gesamtvergütung, § 85 Abs. 1 SGB V
- Zulassungs- / Berufungsausschüsse, §§ 96 Abs. 1, 97 Abs. 1 SGB V
- Gemeinsame Prüfungsstelle und Beschwerdeausschuss für Wirtschaftlichkeitsprüfungen, § 106 Abs. 4 SGB V
- Verträge nach §§ 73b, 73c SGB V (hausarztzentrierte Versorgung, besondere ambulante Versorgung)

B. GKV- Viereck

IV. Beziehung Kassenärztliche Vereinigung (KV) – Vertragsarzt

- **Pflichtmitgliedschaft** gem. § 77 Abs. 3 SGB V für
 - Vertragsärzte
 - Angestellte Ärzte bei mindestens halbtägiger Tätigkeit
 - Ermächtigte Ärzte (sind Krankenhausärzte → Durchbrechung der sog. *sektoralen Trennung*)
- Vergütungsanspruch, §§ 82 Abs. 2, 85 Abs. 4 SGB V
- Aktives und passives Wahlrecht
- Disziplinarhoheit

C. Vertragsarztrecht

I. Einleitung

- Vertragsärztliche Versorgung gliedert sich in die **hausärztliche** und die **fachärztliche** Versorgung, § 73 Abs. 1 Satz 1 SGB V
- **Vertragsarzt / Vertragszahnarzt / Vertragspsychotherapeut**
 - Arzt, der im Rahmen der GKV zur **ambulant**en Behandlung von gesetzlich versicherten Patienten zugelassen ist
 - **Pflichten:** Mitwirkung am Sicherstellungsauftrag der KV, §§ 72 ff., 95 SGB V
 - Z.B. Sicherstellung der Erreichbarkeit durch Sprechstunden, Teilnahme am Not- und Bereitschaftsdienst, etc.
- **Zulassung**, § 95 Abs. 1 SGB V durch KV
 - Approbation
 - Arztregistereintragung (Facharzt)
 - Keine entgegenstehenden Gründe, §§ 20 ff. Ärzte-ZV

C. Vertragsarztrecht

I. Einleitung

➤ Vertragsarzt / Vertragszahnarzt / Vertragspsychotherapeut

- **Disziplinarmaßnahmen** → bei schuldhaften Pflichtverstößen Androhung des Ruhens der Zulassung, Geldbußen, § 81 Abs. 5 SGB V i.V.m. den Disziplinarordnungen der KV
 - Bei groben Pflichtverletzungen auch Entzug der Zulassung möglich, § 95 Abs. 6 SGB V i.V.m. § 27 Ärzte-ZV

➤ Wirtschaftlichkeitsprüfung

- KK und KV überprüfen Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung, § 106 SGB V → „*durch Beratungen und Prüfungen*“
- Bezieht sich u.a. auf med. Indikation, Effektivität und Qualität der Leistungserbringung, § 106 Abs. 2 SGB V

C. Vertragsarztrecht

I. Einleitung

- **Plausibilitätsprüfung**, § 106a SGB V → insb. bei Auffälligkeit der sog. *Zeitprofile*
- **Vertragsarztrecht** → Normiert das Recht der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)
 - Leistungen der GKV, §§ 11 ff. SGB V
 - Leistungsbeziehungen zwischen Krankenversicherungen ↔ Leistungserbringern, §§ 69 ff. SGB V
- **Gesetze**: Insbesondere SGB V, SGB I, SGB X, SGG
- **Rechtsverordnungen**: Insbesondere Ärzte-ZV und Zahnärzte-ZV, BMV-Ä

C. Vertragsarztrecht

II. Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ)

- Erweitert den Kreis der Teilnehmer an vertragsärztlicher Versorgung → in vollem Umfang der ambulanten Versorgung und dem Zulassungsrecht ihrer Leistungserbringer unterworfen

- Frühere Regelung § 95 Abs. 1 Satz 2 SGB V:

*„[...] **fachübergreifende** ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen Ärzte, die in das Arztregister nach § 95 Abs. 2 Satz 3 Nr. 1 SGB V eingetragen sind, als Angestellte oder Vertragsärzte tätig sind.“*

- Nur fachgebietsübergreifend möglich

C. Vertragsarztrecht

II. Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ)

- Heute auch **fachgebietsidentisch** möglich, § 95 Abs. 1 Satz 2 SGB V:

„Medizinische Versorgungszentren sind ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen Ärzte, die in das Arztregister nach Absatz 2 Satz 3 eingetragen sind, als Angestellte oder Vertragsärzte tätig sind.“

- Insbesondere für Zahnärzte interessant

C. Vertragsarztrecht

II. Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ)

- MVZ kann Plan-KH als organisatorisch verselbstständigten Teil des Krankenhauses betreiben (z.B. Vorschaltambulanz, Nachsorgestation)
- Gründung durch Leistungserbringer, die durch Zulassung, Ermächtigung oder Vertrag an der med. Versorgung der Versicherten teilnehmen, § 95 Abs. 1a Satz 1 SGB V
- Gleichstellung mit Vertragsarzt, vgl. § 72 SGB V → dadurch faktisch wirtschaftliche Teilhabe Krankenhäuser als Gesellschafter der MVZ-Trägergesellschaft an der ambulanten Versorgung

D. GKV- Versorgungsstärkungsgesetz

I. Ziele des Gesetzgebers

- Sicherstellung einer flächendeckenden und gut erreichbaren medizinischen Versorgung
 - Abbau von Überversorgung („*kalte Enteignung*“)
 - Stärkung von MVZ-Strukturen
 - Anreiz zur Niederlassung in unterversorgten und strukturschwachen Gebieten
 - Förderung der hausärztlichen Ausbildung
 - Schnellerer Zugang der Versicherten zur medizinischen Versorgung
 - Erweiterung von Leistungsansprüchen
 - Zweitmeinung
 - Terminservicestellen

D. GKV- Versorgungsstärkungsgesetz

I. Ziele des Gesetzgebers

➤ Anpassung des vertragsärztlichen Vergütungsrechts

- Einmal jährlich werden von der KV Informationen über die Grundsätze und Versorgungsziele des Honorarverteilungsmaßstabes (HVM) veröffentlicht
- Förderung anerkannter Praxisnetze

➔ **Gesetz wurde am 11. Juni 2015 verabschiedet!**

D. GKV- Versorgungsstärkungsgesetz

II. Nachbesetzungsverfahren

1. Vorherige Rechtslage, § 103 SGB V

➤ 1. Stufe: „Ob“ der Ausschreibung

- Zulassungsausschuss „**kann**“ ablehnen, wenn Nachbesetzung nicht erforderlich ist (überversorgtes Gebiet, VG von 110 %)
- **Ausnahme:** Privilegierter Personenkreis (z.B. Ehegatte, Kind, BAG-Partner)
- Entschädigung in Höhe des Verkehrswertes
- In der Praxis haben Zulassungsausschüsse von Möglichkeit des Einzugs nahezu keinen Gebrauch gemacht

D. GKV- Versorgungsstärkungsgesetz

II. Nachbesetzungsverfahren

1. Vorherige Rechtslage, § 103 SGB V

➤ 2. Stufe: Auswahl des konkreten Bewerbers

- Personengebundene Kriterien
- Faktisch: Ermessensreduzierung bei Nachbesetzung in Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) (vgl. § 103 Abs. 6 SGB V „*angemessene Berücksichtigung der Interessen der verbleibenden Vertragsärzte*“)

D. GKV- Versorgungsstärkungsgesetz

II. Nachbesetzungsverfahren

2. Geltende Rechtslage, § 103 SGB V

- „**Ob**“ der Nachbesetzung (1. Stufe)
 - **Ziel:** Abbau von Überversorgung
 - „Kann“ ab Versorgungsgrad von 110 % (Überversorgung) einziehen
 - „Soll“ ab Versorgungsgrad von 140 % einziehen
- „Soll“ als gebundenes Verwaltungshandeln (sog. *intendiertes Ermessen*)
- „Soll“ wird zu „muss“, wenn Praxis erheblich unter Fachgruppendurchschnitt liegt
- **Wichtig:** Steigerung von Fallzahlen (in zulässigem Maße)

D. GKV- Versorgungsstärkungsgesetz

II. Nachbesetzungsverfahren

2. Geltende Rechtslage, § 103 SGB V

- **Ausnahme:** Versorgungsgründe sprechen **trotzdem** für Nachbesetzung
 - Besonderer lokaler / qualifikationsbezogener Versorgungsbedarf
 - Arztsitz **spezieller Fachrichtung** wird benötigt
 - Mitversorgungsaspekte
 - Versorgungsbedürfnisse von Menschen mit Behinderung (Umbau?)

D. GKV- Versorgungsstärkungsgesetz

II. Nachbesetzungsverfahren

2. Geltende Rechtslage, § 103 SGB V

- **Ausnahme:** Versorgungsgründe sprechen **trotzdem** für Nachbesetzung
 - Erhalt besonderes Versorgungsangebot von MVZ/BAG
 - Können Patienten von anderen Praxen mitversorgt werden? Wollen diese anderen Praxen das leisten?
 - Verpflichtung zur Verlegung in „schlechter versorgtes Gebiet“ (selber Planungsbereich, Köln: anderer Stadtteil?)
 - Nachfolger war mindestens fünf Jahre in unterversorgtem Gebiet tätig

D. GKV- Versorgungsstärkungsgesetz

II. Nachbesetzungsverfahren

2. Geltende Rechtslage, § 103 SGB V

- Nach wie vor Pflicht zur versorgungssituationsunabhängigen Ausschreibung bei bestimmten Personengruppen

- **Bewerberauswahl (2. Stufe)**
 - Neue Auswahlkriterien:
 - § 103 Abs. 4 Satz 5 SGB V (z.B. die berufliche Eignung, das Approbationsalter, die Dauer der ärztlichen Tätigkeit, ob der Bewerber Ehegatte, Lebenspartner oder ein Kind des bisherigen Vertragsarztes ist, usw.)

D. GKV- Versorgungsstärkungsgesetz

II. Nachbesetzungsverfahren

2. Geltende Rechtslage, § 103 SGB V

➤ **Bewerberauswahl (2. Stufe)**

- Stärkung von MVZ im Nachbesetzungsverfahren durch **§ 103 Abs. 4 Satz 10 SGB V**

„Hat sich ein medizinisches Versorgungszentrum auf die Nachbesetzung des Vertragsarztsitzes beworben, kann auch anstelle der in Satz 5 genannten Kriterien die Ergänzung des besonderen Versorgungsangebots des medizinischen Versorgungszentrums berücksichtigt werden.“

- Recht, sich auch ohne konkreten Kandidaten auf offene Versorgungssitze zu bewerben
- Keine persönlichen und fachlichen Zulassungsvoraussetzungen

D. GKV- Versorgungsstärkungsgesetz

II. Nachbesetzungsverfahren

2. Geltende Rechtslage, § 103 SGB V

- Entschädigungspflicht bei Einzug
 - „*Verkehrswert*“ = marktüblicher Preis
 - **Streitig**: Gewinnermittlung
 - **Streitig**: Erhöhungstatbestände
 - **Beachte**: Steuerrechtliche Implikationen („Aufgabe des ganzen Betriebes“)



D. GKV- Versorgungsstärkungsgesetz

II. Nachbesetzungsverfahren

➤ Auswirkungen für die Praxis

- Längerfristige Planung der Nachbesetzung
- Optimierung der Praxis vor Nachbesetzung, auch für drohenden Einzug
- Umwandlung BAG in MVZ (s.u.)?

E. Aktuelle Rechtsprechung

BSG, Urteil vom 4. Mai 2016 - B 6 KA 21/15

Sachverhalt – MVZ-Nachbesetzungsverfahren 1

- **Klägerin** = in der Rechtsform einer GmbH betriebenes Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ)
- **Beklagter** = Berufungsausschuss und beigeladenen Kassenärztlichen Vereinigung
- Antrag auf Nachbesetzung durch Dr. K mit 30 Wochenstunden (WS) von Zulassungsausschuss abgelehnt → vorher Dr. O mit 23,5 WS, schon teilweise nachbesetzt durch Dr. M mit 10 WS

E. Aktuelle Rechtsprechung

Rechtsprechung – *MVZ-Nachbesetzungsverfahren 1*

➤ **BSG, Urteil vom 4. Mai 2016 - B 6 KA 21/15**

- Nachbesetzung setzt voraus, dass sich die neue Anstellung hinsichtlich des Umfangs im Rahmen der bisherigen Besetzung hält, d.h. sie darf deren Umfang nicht überschreiten
- Nachbesetzung einer im Wege des Zulassungsverzichts an ein MVZ gebundenen Angestelltenarztstelle setzt eine dreijährige Tätigkeitsdauer des originär verzichtenden Arztes voraus
 - **Begründung:** Erst ab gewissem Zeitraum lässt sich ernsthafte Absicht erkennen, dauerhaft auf dem Sitz zu arbeiten

E. Aktuelle Rechtsprechung

BSG, Urteil vom 4. Mai 2016 - B 6 KA 28/15 R

Sachverhalt – MVZ-Nachbesetzungsverfahren 2

- **Klägerin** = in der Rechtsform der GmbH betriebenes Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ)
- Zum 1. April 2010 reduzierte Dr. P. seine Tätigkeit auf 30 Stunden sowie zum 1. Oktober 2011 auf 20 Stunden und beendete schließlich seine Tätigkeit zum 30. September 2012 ganz
- Bei der ersten Reduzierung von 40 auf 30 Wochenstunden sowie bei der Beendigung der Tätigkeit von Dr. P. erteilte der Zulassungsausschuss jeweils eine Genehmigung zur Nachbesetzung
- Bei der zweiten Reduzierung des Dr. P. von 30 auf 20 Wochenstunden erteilte der Zulassungsausschuss die Genehmigung hingegen nicht

E. Aktuelle Rechtsprechung

Rechtsprechung – MVZ-Nachbesetzungsverfahren 2

➤ BSG, Urteil vom 4. Mai 2016 - B 6 KA 28/15 R

- „Gemäß § 95 Abs. 2 Satz 9 SGB V sind Anträge auf Genehmigung der Anstellung eines Arztes in einem MVZ abzulehnen, wenn bei Antragstellung für die dort tätigen Ärzte Zulassungsbeschränkungen wegen Überversorgung gemäß § 103 Abs. 1 Satz 2 SGB V angeordnet sind. Als **Ausnahme** davon ist die Anstellung im Wege der **Nachbesetzung** einer Arztstelle in einem MVZ gemäß § 103 Abs. 4a Satz 3 SGB V.“
- „Eine **Nach**-besetzung setzt nach dem Wortsinn voraus, dass die Anstellung des neuen Angestellten sich umfangsmäßig im Rahmen der bisherigen Besetzung halten muss, d.h. sie darf deren Umfang nicht überschreiten“

E. Aktuelle Rechtsprechung

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 21.9.2017 – L 16 KR 284/17

Sachverhalt – „*Teurer Zeckenbiss*“

- **Kläger** = 40-jähriger, türkischstämmiger Mann aus dem Landkreis Vechta
- Wurde einige Jahre zuvor von einer Zecke gebissen → Borreliose
- Ließ Weihnachten 2014 in der Türkei die Borreliose-Symptome behandeln
- 2015 verlangte er von seiner Krankenkasse Erstattung der Behandlung

E. Aktuelle Rechtsprechung

Rechtsprechung – „*Teurer Zeckenbiss*“

- Krankenkasse lehnte ab, da Behandlung im Inland möglich gewesen wäre → kein Notfall
 - Außerdem beantragte er vorher keine Zustimmung der Krankenkasse zur Kostenübernahme
- Kläger entgegnet, dass Ärzte in Deutschland ratlos gewesen seien
- **LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 21. September 2017 – L 16 KR 284/17**
 - Kostenerstattung grundsätzlich nur für Notfälle oder Behandlungen, die im Inland nicht leistbar seien
 - Borreliose in Deutschland gut behandelbar und vorliegend kein Notfall
 - Kläger hätte zuvor inländische Fachärzte aufsuchen müssen
 - Vorheriger Antrag wäre notwendige Grundvoraussetzung zur Leistungsgewährung gewesen, da so Beratung zu weiterführenden Facharztbehandlungen im Inland erst ermöglicht worden wären