ausfüllen kann. Dagegen kann das Zusatzbudget Teilradiologie nicht mit anderen Leistungen abgerufen werden. Nach der Systematik und dem Sinn und Zweck dieser Regelungen kann das Vorliegen einer Praxisbesonderheit bei Leistungen, die vom Zusatzbudget Teilradiologie umfasst sind, ggf. nur zu einer Erhöhung dieses Zusatzbudgets führen. Nur so ist gewährleistet, dass ein aufgrund von Praxisbesonderheiten einzuräumendes zusätzliches Honorarvolumen gerade der fachlichen Spezialisierung zugutekommt, die sie erforderlich macht; zur Subventionierung anderer Leistungen, bei denen keine Besonderheiten bestehen, ist es nicht bestimmt. [...]

<https://doi.org/10.1007/s00350-019-5262-3>

Anmerkung zu BSG, Urt. v. 16. 5. 2018 – B 6 KA 17/17 R (LSG Berlin-Brandenburg):

Bernd Zwingel

1. Nach wortlautbezogener aber auch systematischer Auslegung der einschlägigen Bestimmungen kommt das BSG vorliegend zu dem in jeder Hinsicht nachvollziehbaren Ergebnis, dass Kürzungen des BAG-Zuschlages im streitgegenständlichen Zeitraum mangels einschlägiger Regelung unzulässig waren. Weder im SGB V noch im Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses noch in den ergänzenden gesamtvertraglichen Bestimmungen ließ sich hierzu eine Bestimmung finden, zumal z. B. im Beschluss des Bewertungsausschusses v. 20. 4. 2009 als Regelungszweck des BAG-Zuschlages auch nicht „Fallzahlungsverluste“, sondern „die Förderung der vertragsärztlichen Versorgung in Berufsausübungsgemeinschaften“ angegeben war. Regelungssystematisch war beim BAG-Zuschlag – anders als bei der RLV-Fallzahlung – auch kein Vorjahresbezug feststellbar.

2. Das BSG setzt sich aber auch umfassend mit dem Regelungszweck und auch der Historie von Zuschlägen für kooperative Versorgungsformen einschließlich der hierzu ergangenen Rechtsprechung in den letzten 20 Jahren auseinander. Insofern bleibt offen, ob der Grundsatz der „strengen wortlautbezogenen Auslegung“¹ nur für Vergütungsstatbestände des EBM oder aber auch für sonstige Beschlüsse des Bewertungsausschusses nach § 87b Abs. 4 SGB V Gültigkeit beansprucht².

3. Die Erwägungen des BSG im vorliegenden Urteil sollten im Kontext seiner Parallelentscheidung³ für fachgleiche BAG gelesen werden, nachdem solchen Kooperationen der BAG-Zuschlag auch schon vor und damit unabhängig von der Änderung des Fallzahlungsmodus in Höhe von 10 % gewährt wurde. Unter Berücksichtigung des Förderungsgedankens dürften zwischen fachgleichen und fachübergreifenden BAG jedenfalls keine so tiefgreifenden Unterschiede bestehen, die eine Ungleichbehandlung beim BAG-Zuschlag rechtfertigen können. Insofern konsequent meldet das BSG auch Bedenken an, falls sich für fachübergreifende BAG ein wesentlich höherer BAG-Zuschlag als für fachgleiche BAG ergeben sollte, was in der vorliegenden Konstellation aber nicht der Fall war.

4. Allerdings hat die These, dass jedenfalls die Einführung des BAG-Zuschlages für fachübergreifende BAG in Höhe von bis zu 40 % im unmittelbaren Zusammenhang mit der Änderung des Fallzahlungsmodus zu sehen ist, einiges für sich. Denn tatsächlich wurde hierdurch gerade bei BAG/MVZ mit mehreren Fachabteilungen und einem hohen Anteil mehrfach behandelter Patienten ein sachlich im Einzelfall kaum rechtfertigbarer Honorarrückgang je-

denfalls im Ergebnis ganz oder zumindest teilweise kompensiert. Letztendlich wurde diese Verwerfung aber nicht nur von der Umstellung der Fallzahlregelung, sondern von einer grundsätzlichen Fehleinschätzung bei der Gestaltung der RLV-Systematik verursacht. Denn es kann realistisch keinen durchschnittlichen bundeseinheitlichen Fallwert geben, der den üblichen Aufwand je Patient und Quartal unabhängig von der Zahl der Praxisbesuche, der handelnden Fachgebiete, dem Einsatz von Spezialuntersuchungen etc. für den größten Teil der vertragsärztlichen Leistungen angemessen abbildet (auch nicht mischkalkulatorisch). Dieser Erkenntnis wurde dann beispielsweise auch durch Einführung der so bezeichneten qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV) zumindest teilweise Rechnung getragen.

5. Offen gelassen hat das BSG letztendlich die Frage, ob es zulässig gewesen wäre, den BAG-Zuschlag durch eine entsprechende ausdrückliche Regelung im Sinne der klagenden KÄV einzuschränken, wie dies vor Ort – aber erst nach dem streitgegenständlichen Zeitraum – wohl geschehen ist.

6. Nicht von der Hand zu weisen ist schließlich, dass in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der Einführung der BAG-Zuschläge zahlreiche BAG (fachgleich, fachübergreifend und auch überörtlich) gegründet wurden, deren gemeinsamer Zweck sich bei näherer Betrachtung allerdings auf die gemeinsame Vereinnahmung des BAG-Zuschlages beschränkte. Auf diese Fehlentwicklung wurde im Jahr 2011 durch Einführung des so bezeichneten „Kooperationsgrades“ reagiert, der die Gewährung des BAG-Zuschlages und dessen Höhe bei überörtlichen und fachübergreifenden Kooperationen richtigerweise davon abhängig machte, in welchem Umfang tatsächlich überörtlich/fachübergreifend im jeweiligen Quartal medizinisch kooperiert wurde.

1) BSG, Urt. v. 10. 12. 2008 – B 6 KA 45/07 R.

2) LSG Chemnitz, Urt. v. 8. 11. 2017 – L 1 KA 4/14.

3) BSG, Urt. v. 16. 5. 2018 – B 6 KA 15/17 R.

Zur Ausstellung einer elektronischen Gesundheitskarte (eGK) bei Beitragsrückständen

SGB V §§ 15, 16, 291, 291a; BMV – Z Anlage 10 § 4

1. Krankenkassen sind verpflichtet, auch dann eine eGK auszustellen, wenn der Versicherte sich im Beitragsrückstand befindet.

2. Etwaige technische Probleme bei der Speicherung von Daten zum Versicherten gehen zu Lasten der Krankenkasse. (Leitsätze des Bearbeiters)

SG Wiesbaden, Urt. v. 31. 10. 2018 – S 2 KR 241/17 (rechtskräftig)

Problemstellung: Befindet sich der gesetzlich Krankenversicherte mit Beiträgen im Rückstand, so kann die Krankenkasse das Ruhen der Leistungen anordnen, § 16 Abs. 3a S. 2 SGB V. Der Versicherte hat in diesem Fall lediglich noch Anspruch auf Notfall und Schmerzbehandlung sowie Mutterschaftsleistungen, §§ 16 Abs. 3a S. 2 Halbs. 2, 25, 26 SGB V. In der Praxis stellen die Krankenkassen in diesen Fällen nur noch Berechtigungsscheine i. S. d. § 15 Abs. 3 SGB V aus. Nach der gesetzlichen Definition berechtigen derartige Scheine jedoch gerade nur zur Inanspruchnahme nicht ärztlicher Gesundheitsleistungen zu Lasten der GKV. Auch dem BMV-Ä sowie der BMV-Z sehen als Voraussetzung für die Inanspruch-