

## Rechtsprechungsinformationsdienst 20-04

REDAKTION .....	5
EDITORISCHE HINWEISE .....	5
ERRATUM .....	5
A. VERTRAGS ARZTRECHT .....	6
I. Honorarverteilung .....	7
1. Umwandlung einer BAG in Einzelpraxen: Keine neue Aufbaupraxis .....	7
II. Sachlich-rechnerische Berichtigung .....	7
1. Plausibilitätsprüfung .....	8
a) Hohe Quartalsprofilzeiten aus der Abrechnung der Versichertenpauschalen .....	8
b) Neufassung der Prüfzeiten ohne Auswirkung auf Altquartale .....	9
c) Hälfziger Versorgungsauftrag/Neufassung der Prüfzeiten ohne Auswirkung auf Altquartale .....	9
2. Angabe des falschen Kostenträgers .....	9
3. Job-Sharing: Berechnung des Rückforderungsbetrags/Quartalspunktwert .....	10
4. Zusatzpauschale für Behandlung von HIV-Infizierten/Bagatellgrenze .....	10
5. Ambulantes Operieren erst nach Genehmigung/Streitwert im ER-Verfahren .....	11
6. Nr. 01773 bis 01775 EBM: Keine Einverständniserklärung erforderlich .....	11
III. Genehmigung/Notdienst .....	11
1. Vertretung wegen Fortbildung .....	12
2. Keine Genehmigung neuropsychologischer Leistungen für Neurologen .....	12
3. Notdienst .....	12
a) Befreiung vom Notdienst wegen Erkrankung/Umfang der Praxistätigkeit .....	12
b) Heranziehung eines Privatarztes zum KV-Notdienst: Sozialrechtsweg (KV Hessen) .....	13
4. Förderung der Weiterbildung: Beschränkung auf Weiterbildungszeit .....	14
IV. Wirtschaftlichkeitsprüfung/Arzneikostenregress/Schadensersatz .....	14
1. Richtgrößenregress: Vorbringen in mündlicher Verhandlung vor Beschwerdeausschuss .....	15
V. Zulassungsrecht .....	15
1. Zulassung .....	16
a) Sonderbedarfszulassung .....	16
aa) Ermittlungsumfang bzgl. eines Sonderbedarfs für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie .....	16
bb) Nachrangigkeit bestimmter MVZ (§ 103 IVc 3 SGB V analog) .....	17
b) Keine Nachbesetzungsfähigkeit nach Sonderbedarfszulassung .....	17
2. Zulassungsentziehung .....	17
a) Nichtausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit .....	17
b) Verletzung der Fortbildungspflicht: Keine Versorgungsgesichtspunkte .....	18
c) Keine Vollstreckung der Entziehung einer Zulassung .....	18
3. Ermächtigung .....	19
a) Ermächtigung zur psychotherapeutischen Behandlung von Asylbewerbern (§ 31 I 2 Ärzte-ZV) .....	19
b) PIA-Außenstellen (§ 118 IV SGB V) .....	19
VI. Angelegenheiten der KVen .....	20
1. Ende eines Delegiertenamts nach Zulassungsverzicht .....	20
2. Klage einer KV gegen Rundschreiben des Bundesversicherungsamtes an Krankenkassen .....	21
VII. Streitwert/Rechtsweg/EHV der KV Hessen .....	21
1. Streitwert: Zulassung eines MVZ und Anstellungsgenehmigungen .....	21
2. Rechtsweg: Örtliche Zuständigkeit nach abgetretenem Recht .....	22
3. EHV der KV Hessen .....	22
a) Intertemporales Sozialrecht und sog. Rentnerprivileg .....	22
b) Aufrechnung von Regressforderungen mit EHV-Anspruch .....	22

VIII. Bundessozialgericht (BSG) .....	23
1. Honorarverteilung .....	23
a) Stützungszahlungen: Ausschluss sog. Wachstumsärzte .....	23
b) Fachgruppenspezifische Vergütung psychotherapeutischer Leistungen .....	23
2. Grenzen einer Notfall-Erstversorgung: Prüfungsumfang/Nachholung des Vortrags .....	24
3. Arzneikostenregress .....	24
a) Normative Vorgaben für die Verordnung .....	24
b) Richtgrößenprüfung neben Einzelfallprüfung .....	24
c) Therapiehinweise des GBA/Einzelfallregress neben Richtgrößenprüfung .....	24
d) Fiktiv zugelassenes Arzneimittel und Seltenheitsfall .....	25
e) Sprechstundenbedarfsregress: Keine Zuständigkeit der KV .....	25
4. Zulassungsrecht .....	25
a) Auswahlentscheidung: Qualifikationen des anzustellenden Arztes maßgeblich .....	25
b) Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens .....	25
c) Rücknahme des Antrags auf Nachbesetzung .....	25
d) MVZ: Mithaftung des ausgeschiedenen Gesellschafters .....	26
5. Hausarztzentrierte Versorgung: Pflicht zur Selbsterbringung des Allgemeinlabors .....	26
6. GBA: Erprobung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden .....	26
7. Streitwert: Zulassungsentziehung wegen Nichtausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit .....	26
8. EHV KV Hessen: Beitragsklassen/Besondere Kostenbelastungen/Beitrag zu Versorgungswerk .....	27
B. KRANKENVERSICHERUNGSRECHT .....	28
I. Vertrags(zahn)ärztliche Behandlung .....	28
1. BVerfG: Kein verfassungsrechtlicher Anspruch auf bestimmte Leistungen (LDL-Apherese) .....	28
2. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden .....	28
a) EOS-Röntgen 3D-Wirbelsäulendarstellung .....	28
b) Durchführung eines Oncotype DX Brustkrebstests im September 2017 .....	28
c) Lipid-Apheresen .....	29
d) Liposuktionsbehandlung: Kein Systemversagen .....	29
3. Implantation einer beidseitigen Hodenprothese .....	29
4. Keine Versorgung durch nicht zugelassenen Psychotherapeuten .....	29
5. Arztvorbehalt: Berufliche Mindestqualifikation .....	30
6. Zahnärztliche Behandlung: Implantologische Leistungen und Würgereiz .....	30
a) Implantologische Leistungen und Würgereiz .....	30
II. Stationäre Behandlung .....	31
1. Beidseitige Brustaufbauplastik (Mammaaugmentation) .....	31
2. Beidseitige Mammareduktionsplastik .....	31
3. Hautstraffungen nach bariatrischer Operation .....	32
III. Kostenersatz .....	32
1. Stationäre Liposuktion bei Lipödem .....	33
2. Kosten einer Pauschalkur (ambulante Vorsorgeleistung) im EU-Ausland (Tschechien) .....	33
3. Genehmigungsfiktion: Antragstellung per E-Mail .....	33
IV. Arzneimittel .....	34
1. Cannabis .....	34
a) Begründete vertragsärztliche Einschätzung nur im Verwaltungsverfahren .....	34
b) Begründung der Verordnung .....	34
c) Fehlen einer Standardtherapie .....	35
2. Behandlung mit Zolgensma .....	35
3. Selbstbeschaffte intravenös applizierte Immunglobuline: Keine Berufung auf Diagnosefehler .....	36
4. Kein Anspruch auf Versorgung mit Nahrungsergänzungsmitteln .....	36
5. Vitamin-Tabletten .....	36
6. Folgenabwägung: Bevacizumab (Avastin) zur Behandlung eines Glioblastoms .....	36
V. Heilmittel .....	37
1. Feldenkrais-Therapie .....	37
2. Langfristiger Heilmittelbedarf: „Psychosomatisierender Patient“ .....	37
VI. Hilfsmittel .....	37
1. Elektrorollstuhl einschl. Mikro-/Makrolagerungs- und Stimulationssystem „COSEAT“ .....	38
2. Elektroroller: Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens .....	38
3. Aussetzung der Verurteilung zu einer Versorgung mit Oberschenkelprothese .....	38

4. Badeprothese mit beweglichem Fußgelenk	39
5. Bewegungstrainer	39
a) Geeignetes und wirtschaftliches Hilfsmittel	39
b) Folgenabwägung bei Erkrankung an einem Rett-Syndrom	39
c) Folgenabwägung im ER-Verfahren	40
6. Muskeltrainingsgerät (Galileo® Typ Basic)	40
7. Elektrostimulationsgerät zur Eigenbehandlung	40
8. Zweitversorgung für Besuch vorschulischer Kindereinrichtung (Therapiestuhl)	40
9. Hörgeräte	41
a) Nutzungsvorteile im gesamten Alltagsleben/Messungenauigkeiten	41
b) Festbetrag: Objektivierung erheblicher Gebrauchsvorteile	41
10. Zusicherung/Endgültiger Zuspruch im ER-Verfahren	41
<b>VII. Rehabilitation/Häusliche Krankenpflege/Fahrkosten</b>	<b>42</b>
1. Leistungen zur häuslichen Krankenpflege in einer Wohngemeinschaft	42
<b>VIII. Beziehungen zu Krankenhäusern</b>	<b>42</b>
1. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden: Bronchiale Thermoplastie	43
2. Knöcherner Defekt und modulare Endoprothese	43
3. Mindestmenge	43
a) Vermutung der berechtigten mengenmäßigen Erwartung	43
b) Abgabe einer wirksamen Prognose nach strukturellen Veränderungen	44
4. Prüfverfahrensvereinbarung	44
a) Konkrete Bezeichnung der Unterlagen durch MDK	44
b) Ausschlussfrist zur Mitteilung der abschließenden Prüfentscheidung	44
c) Nachforderung des Krankenhauses nach MDK-Prüfung	45
d) Vorlagefrist für Krankenhausunterlagen: Materiell-rechtliche Ausschlussfrist	45
e) Nachträgliche Abrechnungskorrektur: Keine materielle Ausschlussfrist	45
5. Fallpauschalen	45
a) Fallzusammenführung	45
b) Kodierung der Hauptdiagnose	46
c) Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung	46
aa) Dokumentationsanforderungen	46
bb) Erstattungsanspruch: Einwand unzulässiger Rechtsausübung	46
d) Diagnostischer Aufwand zur Abklärung einer Begleiterkrankung	46
e) Intensivmedizinische Komplexbehandlung: Behandlungsleitende Ärzte	47
f) „Multimodale Schmerztherapie“: Psychologe	47
g) Gabe von Apherese-Thrombozyten-Konzentraten	47
h) Kodierung einer Shuntvene	48
i) Nachweis einer Harnwegsinfektion	48
j) Implantation eines Ereignisrekorders	48
6. Rückforderung der Umsatzsteuer durch Krankenkasse	48
7. Aufwandspauschale: Erweiterung des Prüfgegenstandes aufgrund Fallsplittings	49
<b>IX. Beziehungen zu Leistungserbringern und Arzneimittelherstellern</b>	<b>49</b>
1. Apotheken: Anerkennung eines Einspruchs gegen Retaxierungen nach Fristablauf	49
2. Keine Kürzung der Lieferung über Sprechstundenbedarf	49
3. Arzneimittelhersteller: Open-House-Verfahren/Kündigungsklausel	50
4. Krankentransportleistungen: Höhe der Entgelte	50
<b>X. Verfahrensrecht</b>	<b>51</b>
1. Recht auf eine mündliche Verhandlung	51
<b>XI. Bundessozialgericht (BSG)</b>	<b>51</b>
1. Genehmigungsfiktion	51
a) Rechtsposition sui generis auf Selbstbeschaffung	51
b) Kostenerstattungsanspruch für Behandlung im EU-Ausland/CISIS-Behandlung	51
2. Krankenhausvergütung	52
a) Fallzusammenführung mit drittem Krankenhausaufenthalt	52
b) Kodierung einer Nebendiagnose	52
c) Hauptdiagnose N30.0 (Akute Zystitis)	52
d) Erstattung bereits geleisteter Aufwandspauschalen	52

C. ENTSCHEIDUNGEN ANDERER GERICHTE .....	53
I. Ärztliches Berufsrecht .....	53
1. Widerruf/Ruhen/Wiedererteilung der Approbation/Berufserlaubnis .....	53
a) Widerruf der Approbation .....	53
aa) Tatsächliche Feststellungen in rechtskräftigem Strafurteil .....	53
bb) Strafbefehl wegen gefährlicher Körperverletzung mit versuchtem Schwangerschaftsabbruch .....	53
cc) Hinterziehung von Steuern .....	54
b) Ruhen der Approbation: Medikamentöse Behandlung einer psychiatrischen Erkrankung .....	54
c) Widerruf einer Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des Arztberufes .....	54
2. Strafrecht .....	54
a) BGH: Umgehung des Beteiligungsverbots für Apotheker an MVZ .....	54
b) Stellung der rechtfertigenden Indikation vor radiologischer Untersuchung .....	55
c) Abrechnungsbetrug/Körperverletzung durch Injektion eines flüssigen Medikamentencocktails .....	56
3. Aufbewahrung von Patientenakten nach Tod des Arztes .....	56
II. Arzthaftung .....	57
1. Behandlungsfehler .....	57
a) Darlegungslast: Hygienemangel als Ursache einer noskomialen Infektion .....	57
b) Unterschreitung des medizinischen Standards (Geburt) .....	57
2. Aufklärung/Einwilligung .....	57
a) Relative Indikation einer Operation .....	57
b) Risikoaufklärung vor Bypass-Operation .....	57
c) Entfernung eines supraklitoral gelegenen Tumors .....	58
d) Einsatz einer Kupferspirale zur Empfängnisverhütung .....	58
ANHANG I: BSG - ANHÄNGIGE REVISIONEN VERTRAGSARZTRECHT .....	59
ANHANG II: BSG - ANHÄNGIGE REVISIONEN KRANKENVERSICHERUNG .....	63

## 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 07.11.2020 eingestellten Entscheidungen.

## Erratum

LSG Bayern, Beschluss v. 25.02.2019 - L 11 KR 240/18 B ER - RID 19-02-79 bezeichnet das falsche Gericht. Richtig muss es heißen LSG Nordrhein-Westfalen.

## A. VERTRAGS ARZTRECHT

Nach BSG v. 15.07.2020 - **B 6 KA 12/19 R** - ist eine Vergütungsobergrenze allein für Vertragsärzte und angestellte Ärzte, die nicht in Vollzeit tätig sind, mit dem Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit unvereinbar. Es ist unzulässig, bei Vollzeitärzten erst ab einer Überschreitung der durchschnittlichen Zahl der RLV-relevanten Fälle der jeweiligen Arztgruppe um 150% eine Abstufung vorzusehen, während die Abstufung bei Ärzten mit „anteiliger Arztstelle“ **sofort bei Überschreitungen der anteiligen Durchschnittsfallzahl** einsetzt. Zudem ist der **Abstufungseffekt**, der sich vor allem bei den Ärzten auswirkt, deren Fallzahl im maßgeblichen Vorjahresquartal deutlich überdurchschnittlich war, bei Ärzten mit „anteiliger Arztstelle“ sehr **viel schärfer**, da deren Honoraranforderungen oberhalb der Obergrenze **um 90% vermindert** werden, während die Abstufung der Fallwerte bei vollem Versorgungsauftrag in der ersten Stufe nur 25% beträgt. Diese Differenzierung steht mit Bundesrecht nicht in Einklang. Es war nie umstritten, dass die Berechnung von RLV und QZV in der Zeit bis Ende 2012 für Ärzte mit vollem und mit anteiligem Versorgungsauftrag nach denselben Grundsätzen zu erfolgen hatte. Auch hinsichtlich der **Plausibilitätsprüfung nach Tages- und Quartalsprofilen ist durch den Senat geklärt worden, dass beide Gruppen von Ärzten gleich zu behandeln sind**. Soweit eine KV der Auffassung ist, Ärzte weiteten ihre Tätigkeit zu sehr aus, ist sie nach dem seit 2013 geltenden Recht nicht gehindert, darauf im HVM durch **mengenbezogene Abstufungsregelungen** deutlich unterhalb der Plausibilitätsgrenzen zu reagieren. Allerdings **muss sie dies für Ärzte mit vollem und mit anteiligen Versorgungsaufträgen in gleicher Weise umsetzen**. Da die Bekl. deutlich gemacht hat, für Ärzte mit vollem Versorgungsauftrag jedenfalls für die Zeit bis zum Beginn des Quartals IV/13, ab dem eine ganz neue Vergütungssystematik gilt, keine Beschränkungen über die Abstufungsregelungen im Beschluss des Bewertungsausschusses hinaus einführen zu wollen, ist es hier - anders als in anderen Konstellationen des gleichheitswidrigen Begünstigungsausschlusses - nicht geboten, der Bekl. allein für die Quartale II u. III/13 die Möglichkeit zu einer rückwirkenden Neugestaltung zu geben. Sie muss - wie das SG richtig gesehen hat - das Honorar der Kl. dergestalt berechnen, dass die durch die nur zeitanteilig tätigen Ärzte erwirtschafteten Honorare so berücksichtigt werden, als hätten die ursprünglichen Vorgaben zu den RLV und den QZV für diese Ärzte uneingeschränkt gegolten. Nach BSG, Urt. v. 15.07.2020 - **B 6 KA 4/20 R** - gilt dies auch für **Arztgruppen ohne RLV**, bei denen lediglich **Teilzeitärzte** einer **Obergrenze** unterworfen werden. Die **Differenzierung** zwischen beiden Gruppen von Ärzten ist insoweit noch schärfer als bei den dem RLV unterfallenden Arztgruppen, bei denen auch die „Vollzeitärzte“ einer Abstufung unterlagen. Dass sich eine Rechtfertigung für diese **Ungleichbehandlung** nicht daraus ergibt, dass bei der Kl. nur angestellte Ärzte und keine Vertragsärzte tätig sind, liegt ebf. - spätestens seit dem Urteil des Senats vom 30.10.2019 - **B 6 KA 9/18 R** - zur Plausibilitätsprüfung und Vertretungsregelungen im MVZ klar zu Tage.

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** - SozR 4-7610 § 406 Nr. 1 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 Quartalshonorarzahlungen 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.

## I. Honorarverteilung

### 1. Umwandlung einer BAG in Einzelpraxen: Keine neue Aufbaupraxis

LSG Hamburg, Urteil v. 24.06.2020 - L 5 KA 21/17

RID 20-04-1

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

SGB V § 87b

Bei Austritt aller bisherigen Partner einer **BAG** und deren **Umwandlung in Einzelpraxen** entstehen keine neuen **Aufbaupraxen**, wenn eine unternehmerische Entscheidung eines bereits zugelassenen Arztes zu einer Verlegung seines Standorts innerhalb desselben Planungsbereichs führt. Hierfür gibt es angesichts der Möglichkeiten, innerhalb eines Planungsbereichs - gerade in einer mit öffentlichen Verkehrsmitteln gut versorgten Großstadt wie Hamburg - Patientenbindungen zu erhalten und zusätzlich neue aufzubauen, keinen sachlichen Grund.

Ein HVM muss keine Regelung für sonstige **unterdurchschnittlich abrechnende Praxen** enthalten, wenn die Vergütungsregelungen als solche das Wachstum auf den durchschnittlichen Umsatz der Arztgruppe innerhalb von fünf Jahren ermöglichen.

Streitig ist die Höhe des Honorars für das Quartal III/13. Im RLV-Bereich kam es zu einer Unterschreitung in Höhe von 810,25 €. Die Überschreitung im QZV-Bereich (QZV Teilradiologie und QZV CT-Intervention, Schmerztherapie) betrug nach Verrechnung 9.704,23 €, wovon quotiert 558,27 € vergütet wurden. **SG Hamburg**, Ur. v. 21.06.2017 - S 27 KA 146/14 - wies die Klage des Facharztes für Neurochirurgie ab, das **LSG** die Berufung zurück.

## II. Sachlich-rechnerische Berichtigung

Nach BSG v. 15.07.2020 - **B 6 KA 13/19 R** - ist die Nr. 01100 EBM 2008 (unvorhergesehene Inanspruchnahme des Vertragsarztes durch einen Patienten) abrechenbar, wenn der Patient das vom **Anästhesisten** vorgehaltene Angebot einer Inanspruchnahme annimmt. Stellt der Arzt Patienten, die unter ihrer anästhesistischen Mitwirkung ambulant operiert worden sind, eine **Mobiltelefonnummer zur Verfügung**, unter der im Bedarfsfall ein Arzt zuverlässig zu erreichen ist, und über diesen Service auch auf ihrer Homepage informiert, stellt das **keinen organisierten Bereitschaftsdienst** dar, der den Ansatz der sog. **Unzeitgebühr** ausschließen würde. Nach der fachkundigen Stellungnahme des Berufsverbandes der Anästhesisten ist mit **postoperativen Komplikationen**, die die Folgen der Anästhesie betreffen, nur in seltenen Fällen zu rechnen. Ob das durch die Abrechnungspraxis der Kl. bestätigt wird, ist im Zusammenhang mit der Auslegung des Merkmals „unvorhergesehen“ nicht relevant. Die außerordentlich hohe Ansatzhäufigkeit der Nr. 01100 EBM (zwischen 19:00 und 22:00 Uhr) bei gleichzeitig verhältnismäßig geringer Ansatzhäufigkeit der Nr. 01101 (zwischen 22:00 und 7:00 Uhr) weckt allerdings gerade angesichts der überzeugenden Stellungnahme des Berufsverbandes **gravierende Zweifel an der Richtigkeit der Abrechnung**, denen das **LSG nachzugehen haben wird**. Das betrifft zunächst die Frage, ob die Ärzte der Kl. - wie in der Leistungslegende zur Nr. 01100 EBM vorausgesetzt - „**durch einen Patienten**“ in Anspruch genommen worden sind. Daran würde es fehlen, wenn der Operateur einen bei der Kl. tätigen Anästhesisten telefonisch zum Aufsuchen seiner Praxis aufgefordert hätte. Auch wenn der Anästhesist anschließend in der Praxis des Operateurs auf einen Patienten trifft, liegt darin keine „unvorhergesehene Inanspruchnahme“ durch einen Patienten im Sinne der Nr. 01100 EBM. Ferner wäre der Ansatz dieser GOP ausgeschlossen, wenn die Kl. ihre Patienten dazu aufgefordert hätte, unter der zur Verfügung gestellten Telefonnummer in dem in der Leistungslegende genannten Zeitraum anzurufen. Bei der danach erforderlichen Aufklärung des entscheidungserheblichen Sachverhalts (u.a. Person des Anrufers, Zeitpunkt und Grund des Anrufs), wird der **ärztlichen Dokumentation** besondere Bedeutung zukommen. Angesichts der genannten Hinweise auf eine Unrichtigkeit der Abrechnung sind hohe Anforderungen an die Darlegungen der Kl. zu stellen. Trägt die Kl. dazu nicht substantiiert vor, geht das zu ihren Lasten. Nach BSG, Ur. v. 15.07.2020 - **B 6 KA 15/19 R** - und - **B 6 KA 24/19 R** - kann Nr. 31822 EBM 2008 in Fällen einer Vollnarkose zur Durchführung einer Retrobulbäranästhesie im Zusammenhang mit einer **Kataraktoperation** nicht abgerechnet werden. Die **kurzzeitige Narkotisierung** des Patienten mit dem Ziel, in diesem Zustand die für die Kataraktoperation notwendige Retrobulbäranästhesie (Injektion durch das Lid hinter den Augapfel) durchführen zu können, war schon bis zum Ende des Quartals II/16 nach dieser Position nicht berechnungsfähig; seit dem Quartal III/16 folgt das noch deutlicher als zuvor aus dem Wortlaut der Legende. Soweit sich das nicht schon aus dem Wortlaut der Leistungslegende ergibt, sprechen die **normativ** vom Bewertungsausschuss **festgelegten Kalkulations- und Prüfzeiten** sowie die **punktzahlmäßigen Bewertungen** der maßgeblichen Positionen des EBM sowie systematische Erwägungen für diese Auslegung.

Nach BSG, Ur. v. 13.05.2020 - **B 6 KA 6/19 R** - SozR 4-2500 § 106d Nr. 8 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 Regelungsentention 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. Plausibilitätsprüfung

a) Hohe Quartalsprofilzeiten aus der Abrechnung der Versichertenpauschalen

**SG Berlin, Urteil v. 29.07.2020 - S 83 KA 101/18**

**RID 20-04-2**

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

**SGB V § 87b**

Die **Versichertenpauschalen** (bis Quartal III/13 GOP 03110, 03111 und 03112 EBM; ab IV/14 GOP 03000 EBM) sehen **keine Kalkulationszeiten** vor, so dass der vom BSG dargestellte Prüfungsmaßstab (vgl. BSG, Urt. v. 24.10.2018 - B 6 KA 42/17 R - BSGE 127, 43 = SozR 4-2500 § 106a Nr. 19, juris Rn. 11; BSG, Urt. v. 24.10.2018 - B 6 KA 44/17 R - SozR 4-2500 § 106a Nr. 21, juris Rn. 15) nicht greifen kann.

Für die einzige obligate Leistungsvoraussetzung der Versichertenpauschale (der persönliche Arzt-Patienten-Kontakt) kann es **keinen festen Zeitrahmen** geben. Selbst wenn die Prüfzeiten die Zeiten berücksichtigen, die von erfahrenen und zügig arbeitenden Ärzten für eine ordnungsgemäße Leistungserbringung benötigt werden, ist davon nicht der Fall umfasst, dass ein **Arzt tatsächlich nur das absolut Notwendige** (Arzt-Patienten-Kontakt) für die Abrechnung der Versichertenpauschale erbringt.

Voraussetzung sowohl der „alten“ als auch „neuen“ Versichertenpauschale ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt. Nach Ziff. 4.3.1 Allg. Bestimmungen EBM gilt: „**Ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt** setzt die räumliche und zeitgleiche Anwesenheit von Arzt und Patient und die direkte Interaktion derselben voraus.“

Das möglicherweise unberechtigte **Ausstellen von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen** hat auf die Frage, ob die Versichertenpauschale abgerechnet werden kann, keine Auswirkung. Am stattgefundenen Arzt-Patienten-Kontakt ändert dies nichts. Kommt es durch die Art der Praxisführung zur **Verletzung von vertragsärztlichen Pflichten**, wie z.B. der Dokumentationspflicht, ist es der KV verwehrt, **im Wege der sachlich-rechnerischen Richtigstellung das Honorar zu kürzen**. Das Gesetz sieht für die unterschiedlichen Pflichtverletzungen differenzierte Regelungen vor (z.B. Wirtschaftlichkeitsprüfungen, Disziplinarverfahren).

Die **Chroniker-Ziffer** nach GOP 03212 EBM in der bis zum Quartal III/13 geltenden Fassung setzte nicht voraus, dass die vorgegebenen persönlichen Arzt-Patienten-Kontakte sowie die ärztlichen Behandlungen durch den die GOP abrechnenden Arzt zu erfolgen haben. Zudem ist in der Leistungslegende keine Pflicht zur Dokumentation eines Arztwechsels vorgesehen. Die **Neufassung** ab dem Quartal IV/13 (GOP 03220 und 03221 EBM) verlangt bei einem Hausarztwechsel die Kennzeichnung der abgerechneten GOP mit einem „H“ bei einem fehlenden Arzt-Patienten-Kontakt.



Die Beteiligten streiten über die Rechtmäßigkeit einer Honorarrückforderung in den Quartalen I/12 bis III/13 und IV/14 bis III/15 i.H.v. insgesamt 336.268,58 € Konkret geht es um die Frage, ob die Bekl. berechtigt war, die Vergütung des Kl. aufgrund einer Plausibilitätsprüfung mit Hilfe von Quartalsprofilen auf den Fachgruppendurchschnitt zu kürzen, weil dieser die erforderlichen Leistungen für die Abrechnung der Versichertenpauschale nicht erbracht und die sog. Chroniker-Ziffern teilweise zu Unrecht abgerechnet habe. Das **SG** hob die Berichtigung für die Quartale I/12 bis III/13 auf und für die Quartale IV/14 bis III/15 insoweit, als das ärztliche Honorar für das Quartal IV/14 um mehr als 648,33 € für das Quartal I/15 um mehr als 1.325,82 € für das Quartal II/15 um mehr als 1.185,15 € und für das Quartal III/15 um mehr als 994,14 € gekürzt wurde. Im Übrigen wies es die Klage ab.

b) Neufassung der Prüfzeiten ohne Auswirkung auf Altquartale

**SG Marburg, Gerichtsbescheid v. 25.09.2020 - S 12 KA 290/19**

**RID 20-04-3**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris  
**SGB V a.F. § 106a; SGB V § 106d**

**Leitsatz:** Aus der Neufassung der Prüfzeiten zum Quartal II/20 folgt nicht, dass die zuvor geltenden Prüfzeiten fehlerhaft festgesetzt wurden und damit nichtig sind (vgl. bereits SG Marburg, Gerichtsbes. v. 21.08.2020 - S 12 KA 1/18 - juris, RID 20-04-4).

Die kl. Fachärztin für Allgemeinmedizin wandte sich gegen eine Honorarberichtigung für die sieben Quartale IV/15 bis II/17 aufgrund einer zeitbezogenen Plausibilitätsprüfung in Höhe von 534.215,63 €. Das **SG** wies die Klage ab.

c) Hälfziger Versorgungsauftrag/Neufassung der Prüfzeiten ohne Auswirkung auf Altquartale

**SG Marburg, Gerichtsbescheid v. 21.08.2020 - S 12 KA 1/18**

**RID 20-04-4**

*Berufung anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 51/20 -*  
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris  
**SGB V a.F. § 106a**

**Leitsatz:** 1. Bei einer zeitbezogenen Plausibilitätsprüfung gelten für die Überschreitung der Grenzwerte im Sinne der Prüfkriterien (**Zeitprofile**) bei einer **Zulassung mit hälftigem Versorgungsauftrag** ein Tagesprofil von sechs Stunden und ein Quartalsprofil von 390 Stunden.  
2. Aus der **Neufassung der Prüfzeiten** zum Quartal II/20 folgt nicht, dass die zuvor geltenden Prüfzeiten fehlerhaft festgesetzt wurden und damit nichtig sind.

Die Beteiligten streiten um eine Honorarberichtigung für die sieben Quartale I/12 bis III/13 aufgrund einer zeitbezogenen Plausibilitätsprüfung in Höhe von 298.111,77 €. Das **SG** wies die Klage ab.

## 2. Angabe des falschen Kostenträgers

**LSG Saarland, Urteil v. 24.06.2020 - L 3 KA 2/18**

**RID 20-04-5**

*Revision anhängig: B 6 KA 10/20 R*  
juris  
**SGB V a.F. § 106a**

Die Regelungen der Abrechnungsprüfung nach den §§ 106a a.F. und 106d n.F. SGB V greifen auch in Fällen, in denen seitens des Vertragsarztes im Rahmen der Abrechnung von **Leistungen aus einem Sozialversicherungsabkommen ein falscher Kostenträger** angegeben worden ist.

Die kl. Krankenkasse teilte der bekl. KV mit, dass sie gemäß ihrer gesetzlichen Verpflichtung aus § 106a SGB V die Abrechnungsdaten für die Quartale IV/12 bis II/14 überprüft und dabei festgestellt habe, dass die erbrachten extrabudgetären Leistungen in bestimmten Fällen nicht nach den gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen bzw. nach den Regeln EBM abgerechnet worden seien. Aus den festgestellten kritischen Abrechnungen ergebe sich eine Gesamtforderung in Höhe von 8.747,36 €. Die Bekl. lehnte eine Überprüfung mit der Begründung ab, dass in Bezug auf „sonstige Kostenträger“ **kein Antrag gemäß § 106a SGB V** auf Korrektur der Abrechnung gestellt werden könne. Mit ihrer Klage trägt die Kl. vor, sie habe festgestellt, dass Leistungen **für im Ausland Versicherte im Rahmen des Sozialversicherungsabkommens (SVA)** abgerechnet worden seien, obwohl diese Personen keinen Anspruch auf Leistungen aus dem SVA gehabt hätten, da für sie bei ihr ein gewöhnliches Versicherungsverhältnis nach dem SGB V bestünde. Es seien für die erbrachten Leistungen mithin Honorare im Rahmen des SVA abgerechnet worden, obwohl diese Leistungen bereits im Rahmen der Gesamtvergütung berücksichtigt gewesen seien. Die entsprechenden Fälle habe sie in einer in der

Klageschrift eingefügten Tabelle mit „Prüffrage SVA IX“ markiert. *SG für das Saarland*, Urt. v. 29.05.2018 - S 2 KA 8/16 - verurteilte die Bekl., über den Antrag der Kl. auf sachlich-rechnerische Richtigstellung wegen fehlender Leistungspflicht betreffend die in der Klageschrift aufgeführten Tabelle mit der Prüffrage „SVA IX“ vermerkten Patienten unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden und das für die Behandlung der Patienten A. L. und E.-P. G. angeforderte Honorar für das Quartal II/14 gezielt unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts auf die Erfüllung der vertraglich vereinbarten Abrechnungsbestimmungen hin zu prüfen. Das *LSG* wies die Berufung zurück.

### 3. Job-Sharing: Berechnung des Rückforderungsbetrags/Quartalspunktwert

**LSG Hessen, Urteil v. 27.05.2020 - L 4 KA 48/17**

**RID 20-04-6**

*Revision anhängig: B 6 KA 12/20 R*  
www.sozialgerichtsbarkeit.de

**SGB V § 101 I 1 Nr. 5; SGB X § 44 II; BedarfspIRL §§ 40, 42, 44**

Eine KV ist unter **Vertrauensschutzgesichtspunkten** auch nicht deshalb an der sachlich-rechnerischen Richtigstellung gehindert, weil sie entgegen § 23f Satz 6 BedarfspIRL a.F. es unterlassen hat, dem Arzt die für ihn verbindlichen Anpassungsfaktoren mitzuteilen.

Nach § 106a II 6 SGB V a.F. ist im Rahmen der Prüfungen wegen sachlich-rechnerischer Richtigstellung grundsätzlich auf das jeweils angeforderte Punktzahlvolumen abzustellen. Ob und inwieweit das „angeforderte Punktzahlvolumen“ tatsächlich vergütet wird, ist zunächst ohne Bedeutung. Für die Ermittlung der **Höhe der Honorarrückforderung** ist daher das Überschreitungspunktzahlvolumen mit dem individuellen Punktwert der Job-Sharing-Praxis zu multiplizieren (LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 16.03.2016 - L 5 KA 3957/12 - RID 16-02-18, juris Rn. 57). Es ist aber unzulässig, nicht den jeweiligen **Quartalspunktwert**, sondern einen aus den Quartalspunktwerten eines Jahres errechneten **Durchschnittspunktwert** anzusetzen (anders LSG Baden-Württemberg, ebd.; SG Marburg, Urt. v. 05.01.2015 - S 12 KA 332/13 - RID 15-01-22; Urt. v. 05.12.2012 - S 12 KA 636/11 - RID 13-01-23).

Die Beteiligten streiten um eine sachlich-rechnerische Honorarberichtigung wegen Überschreitung des Praxisumfangs im Rahmen eines sog. Job-Sharings für die Quartale IV/04 bis III/07 in Höhe von 173.684,06 € brutto bzw. 168.626,04 € netto (6. Leistungsjahr: 34.991,60 € brutto; 7. Leistungsjahr: 62.769,64 €; 8. Leistungsjahr: 75.922,82 €) und für die Quartale IV/07 bis III/09 (9. und 10. Leistungsjahr) in Höhe von 66.332,23 € bzw. 64.185,99 € zusammen in Höhe von 240.016,29 € brutto bzw. 232.812,03 € netto. *SG Marburg*, Gerichtsbb. v. 06.09.2017 - S 12 KA 300/16 - RID 17-04-15 wies die Klagen ab, das *LSG* änderte die Gerichtsbb. bzgl. der Leistungsjahre 6, 7, 8 und 10 und hob die angefochtenen Bescheide auf, soweit ein höherer Betrag zurückgefordert wurde als für das 6. Leistungsjahr in Höhe von 30.219,91 € für das 7. Leistungsjahr in Höhe von 61.430,26 € für das 8. Leistungsjahr in Höhe von 74.244,11 € und für das 10. Leistungsjahr in Höhe von 22.036,41 € im Übrigen wies es die Berufungen zurück.

### 4. Zusatzpauschale für Behandlung von HIV-Infizierten/Bagatellgrenze

**SG Berlin, Urteil v. 16.09.2020 - S 83 KA 11/18**

**RID 20-04-7**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris  
**SGB V §§ 87, 106d**

**Leitsatz:** 1. Die GOP 30920 und 30922 EBM sind nur von einem **Arzt abrechenbar**, auch wenn mehrere Ärzte nach der Qualitätssicherungsvereinbarung HIV/Aids als behandlungsführend gelten.  
2. Die auf Landesebene vereinbarte **Bagatellgrenze** hinsichtlich der Durchführung von sachlich-rechnerischen Richtigstellungen ist rechtmäßig.

Die Beteiligten streiten über die teilweise Ablehnung der Bekl., auf Antrag der kl. Krankenkasse eine Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit durchzuführen. Konkret geht es um die Frage, ob die GOP 30920 und 30922 EBM durch zwei Ärzte abgerechnet werden können und die Wirksamkeit einer auf Landesebene vereinbarten Bagatellgrenze. Das *SG* hob den angefochtenen Bescheid z.T. auf und verurteilte die Bekl., die aufgehobenen Fallnummern gezielt unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts auf die Erfüllung der Voraussetzungen für die Abrechnung der in Ansatz gebrachten GOP-Nrn. 30920 und 30922 EBM zu prüfen und die sachlich-rechnerische Richtigstellung vorzunehmen, und wies im Übrigen die Klage ab.

## 5. Ambulantes Operieren erst nach Genehmigung/Streitwert im ER-Verfahren

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 28.08.2020 - L 11 KA 60/18 B ER

RID 20-04-8

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris  
SGB V §§ 106d, 135

Leistungen nach der Vereinbarung von **Qualitätssicherungsmaßnahmen** nach § 135 II SGB V zum **ambulanten Operieren** sind erst nach Erteilung der **Genehmigung** durch die KV zulässig. Erfolgt eine Genehmigung **standortbezogen**, können Leistungen nicht an einem anderen Standort erbracht werden. Aus der Definition der ausgelagerten Praxisstätte nach § 1a XX BMV-Ä folgt nicht, dass die Genehmigungspflicht nach § 2 I QV-AOP außer Kraft gesetzt wird, wie bereits aus § 45 II BMV-Ä ersichtlich wird.

In Verfahren des vorläufigen Rechtsschutzes, die Honorarrückforderungsangelegenheiten betreffen, ist nur ein Viertel des Wertes der Hauptsache als **Streitwert** anzusetzen. Soweit der Senat bislang das Zinsinteresse zugrunde gelegt hat (vgl. LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 13.06.2016 (gemeint wohl L 11 KA 75/15 B ER - RID 16-03-19, juris Rn. 46), hält er daran nicht mehr fest.

Vorausgehend *SG Düsseldorf*, Beschl. v. 27.07.2018 - S 14 KA 50/18 -; das *LSG* änderte den SG-Beschl. auf Beschwerde der Ag. und lehnte die Anträge des Ast. auf Gewährung einstweiligen Rechtsschutzes ab. Die Beschwerde des Ast. wies es zurück. Das LSG setzte den Streitwert auf 236.143,83 € fest.

## 6. Nr. 01773 bis 01775 EBM: Keine Einverständniserklärung erforderlich

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 17.07.2020 - L 11 KA 23/19 B ER

RID 20-04-9

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

Ausgehend vom Wortlaut der **Nr. 01773 bis 01775 EBM** ist weder die Erteilung noch die **Dokumentation** evtl. nach § 8 I GenDG erforderlicher **Einverständniserklärungen** Teil der Leistungslegende. Etwas anderes ergibt sich nicht aus dem Verweis der GOPen auf die in den jeweiligen Anlagen der Mutterschafts-Richtlinien des GBA genannten Indikationen. Denn in diesen Indikationen wird die Erteilung einer Einverständniserklärung ebf. nicht vorausgesetzt.

Die Ast., eine Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, beehrte die Anordnung der aufschiebenden Wirkung ihres Rechtsbehelfs gegen eine Honorarrückforderung für die Quartale II/14 bis I/18 in Höhe von 190.496,26 € in Folge sachlich-rechnerischer Richtigstellung. *SG Düsseldorf*, Beschl. v. 14.02.2019 - S 33 KA 18/19 - ordnete die aufschiebende Wirkung der Klage gegen den Bescheid der Ag. v. 08.10.2018 an, das *LSG* wies die Beschwerde der Ag. mit der Maßgabe zurück, dass die aufschiebende Wirkung der Klage gegen den Bescheid der Ag. in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 10.04.2019 angeordnet wird.

## III. Genehmigung/Notdienst

Nach BSG, Urt. v. 15.07.2020 - *B 6 KA 19/19 R* - steht einer Erteilung der **Genehmigung** zur Durchführung und Abrechnung **sonographischer Leistungen** für einen **Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin** nicht der Gesichtspunkt der **Fachfremdheit** entgegen. Grundsätzlich ist zwischen der Erteilung von Fachkundegenehmigungen im Anwendungsbereich des § 135 II SGB V und der Beurteilung, ob bestimmte Leistungen für einen Arzt fachfremd sind, zu unterscheiden. Nur dann, wenn von vornherein ausgeschlossen werden kann, dass bestimmte fachübergreifende Leistungen von dem Arzt im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erbracht werden können, sind Fachkundegenehmigungen nicht zu erteilen. Ein solcher Ausnahmefall kommt nach der Rechtsprechung des Senats jedenfalls **nur bei rein methodenbezogenen Fachgebieten** (Radiologie, Nuklearmedizin, Laboratoriumsmedizin, Pathologie) in Betracht. Bei **organbezogenen Fächern** (z.B. Gynäkologie) kann kaum ausgeschlossen werden, dass Leistungen wie die Sonographie, die in den meisten organbezogenen Fächern eingesetzt wird, zumindest in einzelnen Behandlungsfällen dem jeweiligen Fachgebiet zuzuordnen sind. Das **Fachgebiet der Physikalischen und Rehabilitativen Medizin** ist zwar nicht rein organ-, aber auch nicht rein methodenbezogen. Insoweit kann nicht ausgeschlossen werden, dass sonographische Leistungen in besonderen Konstellationen vom Kl. erbracht werden können. Dies gilt auch deshalb, weil die **Musterweiterbildungsordnung** des Deutschen Ärztetages in der Fassung des Jahres 2018 die Sonographie der Bewegungsorgane zu den Handlungskompetenzen zählt, die in der Weiterbildung auf diesem Gebiet erworben werden sollen. Diese Fassung der MWBO ist inzwischen in den meisten Kammerbezirken umgesetzt worden, wie es der Zielsetzung der MWBO entspricht.

Nach BSG, Urt. v. 12.02.2020 - *B 6 KA 1/19 R* - SozR 4-5525 § 32 Nr. 3 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. Vertretung wegen Fortbildung

**SG München, Urteil v. 16.07.2020 - S 38 KA 112/19**

**RID 20-04-10**

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

**Ärzte-ZV § 32**

**Leitsatz:** 1. Für eine **Wiederholungsgefahr**, aus der sich ein **Fortsetzungsfeststellungsinteresse** (§ 131 Abs. 1 S. 3 SGG) begründen lässt, reicht es aus, wenn eine hinreichend bestimmte konkrete Gefahr gegeben ist, dass unter im Wesentlichen unveränderten tatsächlichen und rechtlichen Umständen eine gleichartige Entscheidung ergehen wird (Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, Komment. zum SGG, Rn 10b zu § 131).

2. Der **Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung** gehört zu einem der wesentlichsten Grundsätze im Vertragsarztrecht.

3. Der **Vertretungsgrund „Teilnahme an Fortbildungen“** nach § 32 Ärzte-ZV schließt neben Fortbildungen nach § 95d SGB V auch andere Fortbildungen ein, soweit sie als „ärztlich“ anzusehen sind, d.h. mit der beruflichen Tätigkeit eines Arztes einhergehen.

4. Wenn als Vertretungsgrund „Teilnahme an Fortbildungen“ geltend gemacht wird, ist der Vertragsarzt verpflichtet, darüber **Auskunft zu geben**, um welche Art der Fortbildung es sich handelt (vgl. § 4 Abs. 5 der Satzung der KVB).

Das **SG** wies die Klage ab.

## 2. Keine Genehmigung neuropsychologischer Leistungen für Neurologen

**SG Marburg, Gerichtsbescheid v. 07.09.2020 - S 12 KA 394/19**

**RID 20-04-11**

*Berufung anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 57/20 -*

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

**SGB V § 135, MVV-RL § 6 II der Anlage II Nr. 19**

**Leitsatz:** Ein Nachweis über eine Teilnahme an einem Modul des Curriculums Kognitive Neurologie der Deutschen Gesellschaft für Neurologie genügt nicht zum Nachweis der **Qualifikation** für die Durchführung und Abrechnung von ambulanter **neuropsychologischer Diagnostik und Therapie** nach § 6 Abs. 2 der Anlage II Nr. 19 Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung.

Das **SG** wies die Klage eines Facharztes für Neurologie ab.

## 3. Notdienst

a) Befreiung vom Notdienst wegen Erkrankung/Umfang der Praxis Tätigkeit

**SG München, Urteil v. 16.07.2020 - S 38 KA 111/19**

**RID 20-04-12**

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

**SGB V §§ 73 II, 75 I**

**Leitsatz:** 1. Treten im laufenden Verfahren vor dem Sozialgericht **neue Gesundheitsstörungen** auf, sind diese für die Beurteilung, ob ein Befreiungsgrund im Sinne von § 14 Abs. 1 lit. a BDO-KVB vorliegt, mit zu berücksichtigen. Denn es handelt sich um eine kombinierte Anfechtungs- und Verpflichtungsklage („Verbescheidungsklage“) nach § 54 SGG, für die **maßgeblicher Zeitpunkt** der Zeitpunkt der letzten mündlichen Verhandlung vor der Tatsacheninstanz ist (vgl. Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer/Schmidt, Komment. zum SGG, Rn 34a zu § 54).

2. Die Tätigkeit im ärztlichen **Bereitschaftsdienst**, verbunden mit unerwarteter Inanspruchnahme durch in der Regel unbekannte Patienten, setzt insbesondere eine hohe Stresstabilität des Behandlers voraus, die in diesem Umfang im normalen **Praxisalltag**, vor allem bei einer Bestellpraxis, nicht erforderlich ist.

3. Bei § 14 Abs. 2 BDO-KVB, wonach ein schwerwiegender Grund nach § 14 Abs. 1 S. 2 lit. a) bzw. b) dann nicht vorliegt, wenn die Klägerin die Praxistätigkeit unvermindert oder über dem **Durchschnitt der Fachgruppe** fortführt, handelt es sich um eine **widerlegbare Vermutung**, dass ein Vertragsarzt bei unverminderter Praxistätigkeit auch ohne weiteres in der Lage ist, den Ärztlichen Bereitschaftsdienst zu leisten. Maßgeblich sind die konkreten Umstände des Einzelfalles, was im Rahmen einer Einzelfallentscheidung zu würdigen ist.

4. Indiz für die überdurchschnittliche bzw. unverminderte Praxistätigkeit ist grundsätzlich die jeweilige **Fallzahl**. Bei der Fachgruppe der **psychotherapeutisch tätigen Ärzte**, bei denen die Fallzahl im Vergleich zu anderen Fachgruppen sehr niedrig ist, bildet die Fallzahl die Praxistätigkeit nur unzureichend ab und kann somit nicht den alleinigen Maßstab darstellen. Vielmehr müssen andere Parameter zumindest zusätzlich herangezogen werden, so vor allem die **Honorareinkünfte**.

Das **SG** verpflichtete die Bekl, über den Antrag auf Befreiung vom Bereitschaftsdienst erneut unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts zu entscheiden, und wies im Übrigen die Klage ab.

b) Heranziehung eines Privatärztes zum KV-Notdienst: Sozialrechtsweg (KV Hessen)

**LSG Hessen, Beschluss v. 14.09.2020 - L 4 KA 30/20 B**

**RID 20-04-13**

*Weitere Beschwerde anhängig: B 6 SF 2/20 R*

**GVG § 17a III; SGG § 51 I Nr. 2; HessHeilBerG § 23 Nr. 2**

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

Die verpflichtende Heranziehung von Nichtvertragsärzten zum Ärztlichen Bereitschaftsdienst in Hessen ergibt sich aus einem Zusammenwirken von ärztlichem Berufsrecht und Vertragsarztrecht. § 23 Nr. 2 HessHeilBerG beschreibt den Bereitschaftsdienst nicht als Gemeinschaftsaufgabe von Landesärztekammer und KV Hessen, sondern als eine berufsrechtliche Pflicht zur Teilnahme am **allein von der KV Hessen verantworteten Bereitschaftsdienst**. Der Ärztliche Bereitschaftsdienst als solcher ist indes wesentlich durch Normen des Rechts der Gesetzlichen Krankenversicherung bestimmt.

Die Rechtswegprüfung hat sich allein am Charakter des Rechtsverhältnisses zu orientieren, auf das sich der prozessuale Anspruch bezieht, und dies ist hier unmittelbar die Abwehr einer in die Berufsausübungsfreiheit eingreifenden Rechtsfolge aus vertragsarztrechtlichen Normen. Ob die **streitentscheidenden Normen mit höherrangigem Recht** in Einklang stehen, ist für die Prüfung des Rechtsweges irrelevant.

Die Kl. ist Fachärztin für Haut- und Geschlechtskrankheiten und ausschließlich privatärztlich tätig. Mit Schreiben vom Mai 2019 wies die Beklagte auf die Pflichten aus der Bereitschaftsdienstordnung hin und erläuterte die Möglichkeit der Stellung eines Antrages auf einen geringeren ÄBD-Beitrag und der Befreiung von der Teilnahmepflicht. Die Beteiligten vertreten insoweit unterschiedliche Rechtsauffassungen zum Regelungscharakter dieses Schreibens. Der Widerspruch der Klägerin wurde als unzulässig verworfen. Die Kl. wendet sich mit der am 12.03.2020 erhobenen Klage gegen die Heranziehung zum Bereitschaftsdienst als solche und rügt die fehlende berufsrechtliche Umsetzung der aus § 23 Nr. 2 HessHeilBerG folgenden Verpflichtung. Dies wäre nur durch eine gemeinsame Bereitschaftsdienstordnung (BDO) von Landesärztekammer und Bekl. möglich gewesen. Sowohl BO als auch BDO seien unwirksam, soweit sie Pflichten zu Lasten von Privatärzten begründen sollen. **SG Marburg**, Beschl. v. 23.06.2020 - S 11 KA 146/20 - (vgl. Parallelverfahren SG Marburg, Beschl. v. 11.05.2020 - S 11 KA 1/20 - RID 20-03-17, LSG Hessen, Beschl. v. 04.09.2020 - L 4 KA 13/20 B - RID 20-04-14) erklärte den Rechtsweg zu den Sozialgerichten für unzulässig und verwies den Rechtsstreit an das VG Frankfurt a.M. Das **LSG** erklärte auf Beschwerde der Bekl. den Rechtsweg zu den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit für zulässig.

**Parallelverfahren:**

**LSG Hessen, Beschluss v. 04.09.2020 - L 4 KA 13/20 B**

**RID 20-04-14**

*Weitere Beschwerde anhängig: B 6 SF 1/20 R*

**LSG Hessen, Beschluss v. 15.09.2020 - L 4 KA 31/20 B**

**RID 20-04-15**

*Weitere Beschwerde anhängig: B 6 SF 3/20 R*

**LSG Hessen, Beschluss v. 17.09.2020 - L 4 KA 21/20 B**

*Weitere Beschwerde anhängig: B 6 SF 5/20 R*

**RID 20-04-16**

**LSG Hessen, Beschluss v. 13.10.2020 - L 4 KA 55/20 B**

*Weitere Beschwerde zugelassen*

**RID 20-04-17**

#### 4. Förderung der Weiterbildung: Beschränkung auf Weiterbildungszeit

**SG Marburg, Gerichtsbescheid v. 02.11.2020 - S 12 KA 252/19**

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

**SGB X § 50 II**

**RID 20-04-18**

**Leitsatz:** Wird die **Förderung der Weiterbildung** auf die von der Ärztekammer anerkannte Weiterbildungszeit beschränkt, trägt der Arzt das Risiko, nicht rechtzeitig über eine vorzeitige Beendigung der Weiterbildungszeit informiert zu werden. Dieses Risiko der fehlenden Kenntnis von einer (vorzeitigen) Beendigung der Weiterbildungszeit kann der Vertragsarzt nur im Beschäftigungsverhältnis zum Assistenten minimieren.

Das **SG** wies die Klage gegen einen Rückforderungsbescheid in Höhe von 2.040 € ab.

#### 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 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** - SozR 4-2500 § 106 Nr. 62 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. Richtgrößenregress: Vorbringen in mündlicher Verhandlung vor Beschwerdeausschuss

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 17.06.2020 - L 7 KA 20/16

RID 20-04-19

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

SGB V §§ 84 VI, 106 Va; SGB X §§ 20, 21

**Leitsatz:** 1. Die Prüfungsgremien unterliegen bei Durchführung der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 SGB V dem **Untersuchungsgrundsatz** und müssen ihr **Verfahrensermessen** pflichtgemäß ausüben (§§ 20, 21 SGB X).

2. Bietet der der Richtgrößenprüfung unterliegende Vertragsarzt in der **mündlichen Verhandlung vor dem Beschwerdeausschuss** weiteren **Sachvortrag** zum Vorliegen von **Praxisbesonderheiten** an, darf der Beschwerdeausschuss hierüber nicht unkommentiert hinweggehen und eine Sachentscheidung zu Lasten des Vertragsarztes treffen; um rechtsfehlerfrei zu sein, muss der Beschluss des Beschwerdeausschusses zumindest **Ermessenserwägungen** erkennen lassen, aufgrund derer weiteres Vorbringen zum Sachverhalt nicht zugelassen und stattdessen in der Sache entschieden wurde.

Der Kl. ist Facharzt für Nervenheilkunde. Er war bis 2004 in einer BAG mit einem weiteren Facharzt für Nervenheilkunde tätig. Er behandelt in seiner Praxis von jeher und bis heute schwerpunktmäßig an Multipler Sklerose erkrankte Patienten. Dabei verordnet er in großem Umfang Immunglobuline, die arzneimittelrechtlich zur Behandlung der Multiplen Sklerose nicht zugelassen sind. In diesem Zusammenhang stellte eine Vielzahl von Krankenkassen für die Zeit seit 1998 bei den Prüfungsgremien zahlreiche Anträge auf Feststellung eines sonstigen Schadens mit dem Ziel eines Arzneimittelregresses. Aufgrund von Richtgrößenprüfungen sind für den Zeitraum 2003 bis 2016 über 14 Mio. € streitig. Streitig ist hier eine Regressfestsetzung in Höhe von 926.921,11 € im Rahmen der Richtgrößenprüfung für das Jahr 2009 (Parallelverfahren: 279.295,48 € für das Jahr 2005); die Beteiligten streiten insb. über die Berechnung der relevanten Verordnungskostensumme. *SG Berlin*, Ur. v. 27.01.2016 - S 79 KA 228/12 - wies die Klage ab, das *LSG* hob den angefochtenen Beschluss auf.

### Parallelverfahren:

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 17.06.2020 - L 7 KA 22/16

RID 20-04-20

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

## V. Zulassungsrecht

Nach BSG, Ur. 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* - SozR 4-2500 § 106 Nr. 62 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. Zulassung

### a) Sonderbedarfszulassung

aa) Ermittlungsumfang bzgl. eines Sonderbedarfs für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

**LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 04.03.2020 - L 11 KA 75/18**

**RID 20-04-21**

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

**SGB V §§ 95, 101 I 1 Nr. 3; BedarfspURL §§ 36, 37**

Hinsichtlich der der allgemeinen fachärztlichen Versorgung zuzuordnenden **psychotherapeutischen Versorgung** ist die Festlegung einer **zumutbaren Entfernung** von bis zu 25 km nicht zu beanstanden (so auch BSG, Urt. v. 23.06.2010 - B 6 KA 22/09 R - SozR 4-2500 § 101 Nr. 8 <analytische Psychotherapie>).

Die Zulassungsgremien müssen nicht zusätzlich auf eine **witterungsbedingt erschwerte Erreichbarkeit** einzelner Versorgungsangebote abstellen. Sonderbedarf ist gemäß § 36 Abs. 5 Satz 1 BedarfspURL dauerhaft festzustellen. Es können daher nur solche Verkehrsverhältnisse in die Prüfung einzubeziehen sein, die gebietsprägend sind.

Die **Erreichbarkeit** der Versorgungsangebote mit **öffentlichen Verkehrsmitteln** ist zu berücksichtigen. Eine dahingehende Prüfung ist jedenfalls bei solchen Leistungsangeboten vorzunehmen, zu deren Inanspruchnahme ein Großteil der zu versorgenden Versicherten - wie bei dem Sonderbedarf für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie - altersbedingt auf die Nutzung des öffentlichen Personennahverkehrs angewiesen ist.

Hinsichtlich der gebotenen **Verifizierung der eingeholten Auskünfte** der niedergelassenen Leistungserbringer bedarf es einer kritischen Reflektion der Angaben.

Es sind Feststellungen zum konkreten **Umfang der Kostenerstattungen** für psychotherapeutische Leistungen durch Krankenkassen im Wege des § 13 Abs. 3 SGB V zu treffen (BSG, Urt. v. 28.06.2017 - B 6 KA 28/16 R - BSGE 123, 243 = SozR 4-2500 § 101 Nr. 19, juris-Rn. 32). Dies ist nicht auf Erkundigungen bei den Krankenkassenverbänden beschränkt, da entsprechende Daten bei diesen möglicherweise gar nicht verfügbar sind. Es kann ausreichen, dass bzgl. der von der Ast. vorgelegten Kostenerstattungsfälle bei den betreffenden Krankenkassen nachfragt wird, aus welchen Gründen und auf welcher tatsächlichen Grundlage die jeweiligen Bewilligungen erfolgt sind.

Zur Bewertung der regionalen Versorgungslage ist auch die nach § 75 Ia SGB V eingerichtete **regionale Terminservicestelle** zu befragen und sind deren Erkenntnisse über etwaige regionale Versorgungsdefizite im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung auszuwerten.

Liefern die durchgeführten Ermittlungen kein eindeutiges Ergebnis hinsichtlich des Bestehens oder Nichtbestehens einer unzureichenden Versorgungslage, wird es weiter geboten sein, die in der Versorgungsregion niedergelassenen **Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin** nach ihren Erkenntnissen über die Bedarfslage und insb. die Wartezeiten auf Leistungen der tiefenpsychologisch fundierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie **zu befragen**.

Die 1971 geb. Kl. beantragte erfolglos die Zulassung zur vertragspsychotherapeutischen Versorgung im Rahmen des Sonderbedarfs als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin (Richtlinienverfahren tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie). **SG Köln**, Urt. v. 20.07.2018 - S 26 KA 5/15 - verurteilte den Bekl., über den Widerspruch der Kl. unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden, das **LSG** wies die Berufung zurück.



bb) Nachrangigkeit bestimmter MVZ (§ 103 IVc 3 SGB V analog)

**SG München, Urteil v. 27.07.2020 - S 28 KA 438/19**

**RID 20-04-22**

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

**SGB V §§ 101 I 1 Nr. 3, 103 IVc 3; BedarfspIRL § 36**

**Leitsatz:** Die Vorschrift des § 103 Abs. 4c Satz 3 SGB V ist bei der Auswahl zwischen mehreren Bewerbern um eine **Sonderbedarfszulassung entsprechend anzuwenden**.

Die Beigel. zu 2. u. 3. sind Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie. Der Beigel. zu 3. verfügt daneben noch über den Schwerpunkt Angiologie sowie die Zusatzweiterbildung Notfallmedizin. Die Beigel. zu 1., eine BAG in C, beantragte am 13.12.2018 die Genehmigung zur Beschäftigung des Beigel. zu 2. im Rahmen eines Sonderbedarfs wegen der Schließung einer kardiologischen Praxis. Am 27.12.2018 beantragte die Kl., Trägergesellschaft des MVZ A, deren alleinige Gesellschafterin die Kreiskliniken H-Stadt-A-Stadt GmbH ist, die Genehmigung zur Beschäftigung des Beigel. zu 3. mit einem Beschäftigungsumfang von 20 Wochenstunden im Rahmen eines Sonderbedarfs am Sitz des neu zu gründenden MVZ in H. Der Zulassungsausschuss erteilte der Beigel. zu 1. die Genehmigung und ordnete die sofortige Vollziehung an. Der Widerspruch der Kl. blieb erfolglos. Das **SG** wies die Klage ab.

b) Keine Nachbesetzungsfähigkeit nach Sonderbedarfszulassung

**SG Dortmund, Urteil v. 04.03.2020 - S 16 KA 72/19**

**RID 20-04-23**

*Berufung anhängig: LSG Nordrhein-Westfalen - L 11 KA 17/20 -*

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

**SGB V § § 101 I 1 Nr. 3; BedarfspIRL § 36 VII 1**

Zwar können **Angestelltenstellen** grundsätzlich ebf. zur **Nachbesetzung** ausgeschrieben werden, wenn deren Umwandlung in eine Zulassung nach § 95 IXb Halbsatz 1 SGB V beantragt wird. Nicht nachbesetzungsfähig sind allerdings gemäß § 36 VII 1 BedarfspIRL Zulassungen - und damit auch Anstellungsgenehmigungen -, die im **Sonderbedarf** erteilt worden sind.

§ 36 VII 1 BedarfspIRL überschreitet nicht die Grenzen des § 101 I 1 Nr. 3 SGB V. Die vereinzelt geäußerten **verfassungsrechtlichen Bedenken** gegen § 36 VII 1 BedarfspIRL werden von der Kammer nicht geteilt.

Der bekl. Zulassungsausschuss genehmigte der Kl., B und I im Sonderbedarf jeweils mit dem Faktor 0,5 anzustellen. Es wurde über das Vermögen der Kl. das Insolvenzverfahren eröffnet. Die Arbeitsverhältnisse von B und I wurden zum 31.07.2018 gekündigt und die Arbeitnehmerinnen ab 01.04.2018 von der Arbeitsleistung freigestellt. Mit gesonderten Beschlüssen vom 16.05.2018 stellte der Bekl. fest, dass die für B und I erteilten Anstellungsgenehmigungen mit Ablauf des 31.07.2018 endeten. Am 14.06.2018 beantragte die Kl. erfolglos, die Anstellungsgenehmigungen für B und I als Zulassungen zur Nachbesetzung auszuschreiben. Das **SG** wies die Klage ab.

## 2. Zulassungsentziehung

a) Nichtausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit

**LSG Bayern, Urteil v. 22.01.2020 - L 12 KA 6/19**

**RID 20-04-24**

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

**SGB V § 95 V, VI**

**Leitsatz:** 1. Maßgebend für die Beurteilung, ob und in welchem Umfang die vertragsärztliche Tätigkeit (noch) ausgeübt wird, sind die gegenüber der KV **abgerechneten Behandlungsfälle**.

2. Der **Wille zur kontinuierlichen Teilnahme** an der vertragsärztlichen Versorgung fehlt, wenn über Jahre nur in einzelnen Quartalen wenige Behandlungsfälle abgerechnet werden und vom Vertragsarzt nicht dargelegt wird, wie zukünftig eine kontinuierliche Versorgung stattfinden soll.

3. Ein **Ruhen der Zulassung** kommt nicht in Betracht, wenn nach dem Vortrag des Vertragsarztes nicht absehbar ist, wann er wieder in ausreichendem Umfang an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen wird.

Der 1948 geb. Kl. wurde 1996 als Facharzt für Psychotherapeutische Medizin zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Der Kl. reichte für die Quartale II u. III/12, II u. III/14, I bis III/15, II bis IV/16 u. II/17 keine Abrechnungen ein. Im Sept. 2017 entzog der Zulassungsausschuss die Zulassung wegen Nichtausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit und wegen gröblicher Verletzung vertragsärztlicher Pflichten. Der Widerspruch

war erfolglos. Im Dezember 2017 wurde ein Insolvenzverfahren über das Vermögen des Kl. eröffnet. **SG München**, Urt. v. 15.01.2019 - S 38 KA 150/18 - verurteilte zur Neubescheidung, das **LSG** wies die Klage ab. BSG, Beschl. v. 09.07.2020 - B 6 KA 3/20 B - juris verwarf die Nichtzulassungsbeschwerde des Kl. als unzulässig.

b) Verletzung der Fortbildungspflicht: Keine Versorgungsgeschichte

**SG München, Urteil v. 27.07.2020 - S 28 KA 228/19**

**RID 20-04-25**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

**SGB V § 95 VI**

**Leitsatz:** Bei der Prüfung der Verhältnismäßigkeit einer Zulassungsentziehung kann der Umstand, dass die Entziehung zu einer **Lücke in der vertragsärztlichen oder -psychotherapeutischen Versorgung** führen könnte, keine Berücksichtigung finden.

Zwischen den Beteiligten ist die Entziehung der Zulassung der Beigel. zu 1. wegen Nichterbringung des Fortbildungsnachweises streitig. Die Beigel. zu 1. (geb. 1963) ist Dipl. Sozialpädagogin und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin und mit hälftigem Versorgungsauftrag zur vertragspsychotherapeutischen Versorgung zugelassen. Am 18.10.2010 nahm sie die vertragspsychotherapeutische Tätigkeit auf. Die kl. KV erinnerte im Jahr 2015 die Beigel. zu 1. mehrfach an ihre fachliche Fortbildungspflicht, an den Ablauf des aktuellen Fünfjahreszeitraums am 31.10.2015 sowie an die rechtzeitige Nachweisführung. Zugleich informierte sie darüber, dass Verstöße zu Honorarkürzungen bis hin zur Entziehung der Zulassung führen könnten. Die Beigel. zu 1. erbrachte auch in der Folgezeit keinen Fortbildungsnachweis. Die Kl. nahm in den Jahren 2016 und 2017 Honorarkürzungen vor. Die Beigel. zu 1. teilte mit, dass sie von 250 Punkten bisher 130 Punkte erreicht habe. Die Kl. beantragte mit Schreiben vom 18.09.2018 die Zulassungsentziehung. Die Beigel. zu 1. reichte einen Jahresnachweis der Kammer vom 19.10.2018 ein, wonach sie im Zeitraum vom 18.10.2010 bis 24.06.2018 250 Fortbildungspunkte erworben habe. Der Zulassungsausschuss entzog die Zulassung. Der Bekl. hob die Entziehung auf, weil wegen einer Versorgungslücke die Maßnahme unangemessen sei. Die Beigel. zu 1. betreibe eine Praxis mit einer sehr spezifischen Klientel. Eine Zulassungsentziehung würde nach ihrem Vortrag für die von ihr betreuten jugendlichen Patienten - in der Regel Flüchtlinge, die keine „normalen“ Diagnosen hätten - und damit auch für die hiesige Gesellschaft „einen erheblichen Schaden“ darstellen. Sie sei die einzige Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin in Bayern, die dies für die Patienten aus A-Land muttersprachlich könne. Das **SG** verpflichtete den Bekl., die Zulassung der Beigel. zu 1. vollständig zu entziehen.

c) Keine Vollstreckung der Entziehung einer Zulassung

**LSG Bayern, Urteil v. 15.07.2020 - L 12 KA 26/19**

**RID 20-04-26**

**SGB V §§ 95 VI, 96, 97; SGB X § 66 III; BayVwZVG Art. 19, 29, 36**

Ein Beschluss zur **Entziehung einer Zulassung** kann nicht **vollstreckt** werden, da er keine Aufforderung zu einer sonstigen Handlung, Duldung oder Unterlassung enthält. Damit fehlt auch der Androhung eines Zwangsgeldes die Rechtsgrundlage.

**Führt** der Vertragsarzt die Praxis nach außen trotz Zulassungsentziehung als **Vertragsarztpraxis fort**, erwirbt er keine Honoraransprüche gegen die KV und die gesetzlichen Krankenkassen und setzt sich wegen unzulässiger Leistungsveranlassung durch Verordnungen oder Überweisungen Regressansprüchen aus.

Eine **Aufforderung** an den Vertragsarzt, nach der **Zulassungsentziehung** gesetzlich krankenversicherte Patienten nicht mehr oder nur noch unter bestimmten Voraussetzungen zu behandeln, ist mit der Zulassungsentziehung als Statusentscheidung nicht verbunden.

Den **Zulassungsgremien** fehlt die **Zuständigkeit** für die Anordnung einer Unterlassung der Leistungserbringung gegenüber Ärzten, die nicht über eine Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung verfügen. Die Zuständigkeit für die Beseitigung solcher Störungen der vertragsärztlichen Versorgung ist damit abgeleitet aus dem Sicherstellungs- und Gewährleistungsauftrag den KVen zugewiesen, denen entsprechende Unterlassungsansprüche nach § 75 I SGB V i.V.m. § 1004 BGB analog und ggf. auch aus § 8 UWG zustehen (vgl. **SG München**, Beschl. v. 20.01.2014 - S 38 KA 805/13 ER - RID 14-01-59; **SG München**, Beschl. v. 17.07.2017 - S 28 KA 94/17 ER - RID 17-04-26).

**SG Nürnberg**, Urt. v. 03.11.2016 - S 1 KA 24/15 - wies die Klage des Augenarztes gegen seine Zulassungsentziehung, für die die sofortige Vollziehung angeordnet wurde, ab. **LSG Bayern**, Urt. v. 28.11.2018 - L 12 KA 127/16 - RID 19-02-43 wies die Berufung zurück. BSG, Beschl. v. 11.09.2019 - B 6 KA 10/19 B - RID

19-04-47 wies die Nichtzulassungsbeschwerde zurück. BVerfG, Beschl. v. 07.07.2020 nahm die Verfassungsbeschwerde nicht zur Entscheidung an. Im Sept. 2018 drohte der Bekl. dem Kl. für den Fall, dass er der Verpflichtung, nicht vertragsärztlich tätig zu sein, zuwiderhandle, ein für jeden Fall der Zuwiderhandlung fälliges Zwangsgeld in Höhe von 25.000 € an. **SG Nürnberg**, Gerichtsbs. v. Juni 2019 - S 5 KA 15/18 - wies die Klage ab, das **LSG** hob den angefochtenen Bescheid auf.

### 3. Ermächtigung

a) Ermächtigung zur psychotherapeutischen Behandlung von Asylbewerbern (§ 31 I 2 Ärzte-ZV)

**SG Berlin, Urteil v. 02.09.2020 - S 87 KA 175/18**

**RID 20-04-27**

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

**SGB V §§ 95 IV, 264 II; Ärzte-ZV § 31 I 2; AsylbLG § 2**

**Leitsatz:** Der Ermächtigungstatbestand des § 31 Abs. 1 S. 2 **Ärzte-ZV** gilt unabhängig davon, ob vor Ablauf der 15 beziehungsweise 18 Monate Daueraufenthalt und Übergang in das GKV-System eine psychotherapeutische oder psychiatrische **Behandlung begonnen** wurde.

Die Beigel. zu 1) ist seit Mai 2017 als Psychologische Psychotherapeutin approbiert mit dem Nachweis der Weiterbildung Verhaltenstherapie Behandlung von Erwachsenen. Seit Juni 2017 ist sie in das Arztregister eingetragen. Am 30.05.2017 beantragte sie die Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragspsychotherapeutischen Versorgung von Geflüchteten nach § 95 IV SGB V, § 31 I 2 Ärzte-ZV. Sie begründete diesen Antrag damit, dass sie muttersprachlich Persisch und Farsi spreche und daher viele Geflüchtete ohne Dolmetscher behandeln könne. Der Zulassungsausschuss lehnte den Antrag ab, weil die Beigel. zu 1) nicht nachgewiesen habe, dass sie bereits Geflüchtete im Rahmen des Kostenerstattungsverfahrens behandelt habe, deren Behandlung nun nach Ablauf von 15 Monaten dauerhaften Aufenthalts fortgeführt werden solle. Der Bekl. erteilte die Ermächtigung zur vertragspsychotherapeutischen Versorgung von Geflüchteten für den Zeitraum Juli 2018 bis Juni 2020 im Umfang der Auskunft der Abteilung Qualitätssicherung der KV Berlin. Das **SG** wies die Klage ab.

b) PIA-Außenstellen (§ 118 IV SGB V)

**SG München, Urteil v. 17.06.2020 - S 38 KA 131/19**

**RID 20-04-28**

**SGB V § 118 IV; SGB X §§ 20, 21**

§ 118 IV SGB V sieht eine Bedarfsprüfung vor. Die Verweisung auf Abs. 1 und 2 bedeutet, dass die **PIA-Außenstellen** über dasselbe **Anforderungsprofil** verfügen müssen wie die PIA im **Haupthaus**. Es sind somit die gleichen Standards zu erfüllen, insb. die personellen Standards (Fachärzte und nichtärztliche Fachkräfte).

Für die **zumutbaren Entfernungen** ist nicht allein auf die Entfernungen und die **Zeiten mit öffentlichen Verkehrsmitteln** abzustellen (vgl. SG München, Urte. v. 17.06.2020 - S 38 KA 5/18 - RID 20-03-35). Denn gerade in ländlich strukturierten Gebieten steht der Bevölkerung ein mehr oder weniger gut ausgebautes öffentliches Verkehrsnetz nicht zur Verfügung.

PIAs sind Einrichtungen, die zur Behandlung von schweren psychiatrischen Erkrankungen vorgesehen sind, neben fachärztlichem Personal kommt auch nichtärztliches Fachpersonal in größerem Umfang zum Einsatz; es handelt sich um eine sehr spezifische Einrichtung. Eine Orientierung an § 12 BedarfspURL ist daher nicht angezeigt. Bei solchen **speziellen Leistungen** muss der Grundsatz der Wohnortnähe zurückstehen. Den Patienten sind deshalb Entfernungen von **weit mehr als 25 km** zumutbar.

In Betracht kommen nur **Standorte**, die als **zentral** anzusehen sind, die vom Haupthaus, aber auch von den anderen PIAs so weit entfernt sind, dass ihnen eigenständige Bedeutung für die Versorgung der Patienten zukommt, und die über ein **Einzugsgebiet** verfügen, das die Schaffung einer PIA-Außenstelle rechtfertigt. Dabei sind Doppelvorhaltungen, d.h. Versorgungsangebote für denselben Patientenkreis zu vermeiden.

Auf eine ordnungsgemäße Bedarfsfeststellung kommt es nicht an, wenn der Ast. seiner **Darlegungslast** nur ungenügend nachgekommen ist. Die Zulassungsgremien können nur dann in eine weitere Prüfung einsteigen und letztendlich beurteilen, ob eine Ermächtigung notwendig ist oder nicht,

wenn der Ast. seinerseits detailliert, plausibel und nachvollziehbar eine Bedarfsprognose anhand eines Zahlengerüsts vorgelegt hat. Es bestehen keine Hinweispflichten auf die besondere Darlegungslast.

Das *SG* wies die Klage ab.

#### Parallelverfahren:

**SG München, Urteil v. 17.06.2020 - S 38 KA 133/19**

**RID 20-04-29**

**SG München, Urteil v. 17.06.2020 - S 38 KA 132/19**

**RID 20-04-30**

## VI. Angelegenheiten der KVen

Nach BSG, Urt. v. 30.09.2020 - **B 6 KA 5/19 R** - ist das BSG an die Auffassung des LSG, dass die Honorarminderungen nach § 95d III SGB V nicht von der **Abgeltungsregelung** des § 8 III des Gesamtvertrages erfasst sind, weil sie keine „Kürzungsbeträge aus Honorarberichtigungen“ sind, gebunden. Die streitbefangene gesamtvertragliche Vereinbarung ist nicht revisibel. Die Auslegung des LSG ist auch nicht objektiv willkürlich.

Nach BSG, Urt. v. 12.02.2020 - **B 6 KA 25/18 R** - SozR 4-2500 § 73b Nr. 4 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. Ende eines Delegiertenamts nach Zulassungsverzicht

**SG München, Urteil v. 22.07.2020 - S 38 KA 5047/19**

**RID 20-04-31**

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

**SGB V § 95 VI; (Zahn)Ärzte-ZV § 28 I**

**Leitsatz:** 1. Durch **Verzicht** auf die Zulassung zur vertragszahnärztlichen Tätigkeit endet nach § 30 Abs. 2 lit. c der Satzung der KZVB zugleich das **Delegiertenamt** und das Amt in einem Ausschuss.

2. Die Feststellung nach § 28 Abs. 1 S. 1 Zahnärzte-ZV durch Verwaltungsakt ist **deklaratorisch** (vgl. BSG, Urt. v. 08.05.1996 - 6 RKa 16/95 - BSGE 78, 175 = SozR 3-5407 Art. 33 § 3a Nr. 1). Hintergrund für die „**Auslauffrist**“ ist die Sicherstellung der vertragszahnärztlichen Versorgung.

3. Die Feststellung eines **früheren Zeitpunktes**, als in § 28 Abs. 1 S. 1 Zahnärzte-ZV geregelt, ist nach § 28 Abs. 1 S. 2 Zahnärzte-ZV zulässig. Diese besitzt rechtsbegründende, rechtsaufhebende bzw. rechtsgestaltende Wirkung und ist deshalb als konstitutiv anzusehen.

4. Handelt es sich um eine **ständige Verwaltungspraxis**, bei den Rechtswirkungen des Verzichts auf den vom Vertragszahnarzt angegebenen Zeitpunkt abzustellen, ist es rechtlich nicht zu beanstanden, wenn auf einen **Nachweis der Unzumutbarkeit** verzichtet wird, da den Individualinteressen des Vertragszahnarztes Rechnung getragen wird.

Das *SG* wies die Klage ab.

## 2. Klage einer KV gegen Rundschreiben des Bundesversicherungsamtes an Krankenkassen

LSG Sachsen, Urteil v. 11.03.2020 - L 1 KA 21/18 KL

RID 20-04-32

Revision anhängig: B 6 A 2/20 R

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 87a; SGB IV § 89; SGG §§ 54a III, 56a

**Leitsatz:** 1. Die von einer **Aufsichtsbehörde** in einem **Rundschreiben** erteilten **Hinweise** können weder von ihren Adressaten noch von Dritten mit der **Aufsichtsklage** angefochten werden.

2. Die **Klagebefugnis** einer **Kassenärztlichen Vereinigung** gegen eine aufsichtsbehördliche Maßnahme, die nicht an sie gerichtet ist, reicht nicht weiter als das Rechtsschutzbedürfnis der Krankenkassen, die Adressaten der Maßnahme sind.

Im September 2018 versandte das Bundesversicherungsamt an alle bundesunmittelbaren Krankenkassen ein Rundschreiben zu den Vergütungsverträgen zur vertragsärztlichen Versorgung nach § 87a SGB V, um über festgestellte rechtlich problematische Vereinbarungen zu informieren und im Hinblick auf die bevorstehenden Vertragsverhandlungen für das Jahr 2019 um Beachtung der Rechtshinweise zu bitten. Die Einhaltung der gesetzlichen Frist nach § 87a III 1 SGB V werde von den Gesamtvertragspartnern regelmäßig nicht beachtet. Zukünftig werde um Beachtung gebeten und darauf hingewiesen, dass die Tolerierung etwaiger Rechtsverstöße nicht mehr in Betracht gezogen werde. Bei der Ermittlung der morbiditätsbedingten Veränderungsrate hätten die Gesamtvertragspartner die ihnen durch § 87a IV SGB V eingeräumte Kompetenz mehrfach deutlich überschritten; es seien vertragliche Regelungen abgeschlossen worden, die nicht transparent machten, welche Gewichtungsfaktoren zugrunde gelegt worden seien, und die von der Regelungsgewichtung oder den vom Bewertungsausschuss empfohlenen Gewichtungsmaßstäben abwichen. Hierzu teilte das BVA unter Hinweis auf die BSG-Rspr. seine Rechtsansicht mit. Auch bei den Förderungsmöglichkeiten nach § 87a III 3 SGB V würden die gesetzlichen Grenzen zum Teil nicht beachtet. Insb. dürften sich die Gesamtvertragspartner nicht über den Beschluss des Bewertungsausschusses vom 22.10.2012 hinwegsetzen. Das Rundschreiben schloss mit dem Satz: „Wir bitten Sie, unsere Rechtshinweise bei den anstehenden Vertragsverhandlungen zu berücksichtigen. Die unserer Aufsicht unterstehenden Krankenkassen ohne Gesamtvertragsabschlusskompetenz bitten wir, in ihrem Landesverband auf die Beachtung hinzuwirken“. LSG Sachsen, Beschl. v. 17.01.2020 - L 1 KA 21/18 KL - RID 20-01-40 erklärte sich für die von der KV gegen das Rundschreiben erhobene Klage instanzial zuständig. Das LSG wies nunmehr die Klage als unzulässig ab.

## VII. Streitwert/Rechtsweg/EHV der KV Hessen

Nach BSG, Ur. 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** - SozR 4-2500 § 87b Nr. 22 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 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 (hier: Hausärztin bzw. Ärztin für Psychotherapie). Nach BSG v. 11.12.2019 - **B 6 KA 9/19 R** - SozR 4-2500 § 87b Nr. 23 ist 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. Streitwert: Zulassung eines MVZ und Anstellungsgenehmigungen

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 03.06.2020 - L 11 KA 15/20 B

RID 20-04-33

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 95 I; GKG § 52

Bei der Streitwertfestsetzung ist nicht die **Zulassung eines MVZ** als solche (§ 95 I 1 u. II 5 SGB V) neben den damit verbundenen - vorliegend jeweils hälftigen - **Anstellungsgenehmigungen** (§ 95 II 7 SGB V) gesondert zu bewerten. Zwar trifft es zu, dass nach Zulassung eines MVZ jede erneute

Anstellung eines Arztes der Genehmigung bedarf und Streitgegenstand eines Klageverfahrens sein kann. Die Zulassung als MVZ und die erstmalige Genehmigung einer dazu aus Rechtsgründen erforderlichen Anstellungsgenehmigung können jedoch nicht als zwei gemäß § 39 I GKG gesondert zu bemessende Streitgegenstände angesehen werden (vgl. LSG Sachsen, Beschl. v. 30.05.2016 - L 1 KA 3/15 B - juris Rn. 32).

Vorgehend *SG Köln*, Beschl. v. 31.01.2020 - S 40 KA 17/19 -; das *LSG* setzte den Streitwert auf 60.000 € fest.

#### Parallelverfahren:

**LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 05.06.2020 - L 11 KA 14/20 B**

**RID 20-04-34**

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

## 2. Rechtsweg: Örtliche Zuständigkeit nach abgetretenem Recht

**SG München, Beschluss v. 04.09.2020 - S 28 KA 144/20**

**RID 20-04-35**

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

**BMV-Ä § 44 VI; SGG § 57a**

§ 57a SGG stellt eine Sonderregelung zur Grundregelung des § 57 SGG dar, so dass § 57 SGG bei einem der Fälle des § 57a I bis IV SGG (überhaupt) nicht zur Anwendung kommt. Für die **örtliche Zuständigkeit** ist nach § 57a II SGG maßgebend der **Sitz derjenigen KV**, in deren Bezirk das Verwaltungsgeschehen, das Verwaltungshandeln, stattfindet oder stattfinden soll, das Gegenstand des Rechtsstreits ist.

Die der Klage zugrundeliegende ambulante Implantation des Rückenmarkstimulationssystems, für das der an die Kl. abgetretene Sachkostenerstattungsanspruch geltend gemacht wird, erfolgte durch das in Rheinland-Pfalz zugelassene MVZ C. Das *SG* erklärte sich für örtlich unzuständig und verwies den Rechtsstreit an das örtlich zuständige SG Mainz.

## 3. EHV der KV Hessen

a) Intertemporales Sozialrecht und sog. Rentnerprivileg

**SG Marburg, Gerichtsbescheid v. 02.11.2020 - S 12 KA 318/18**

**RID 20-04-36**

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

**Grundsätze der Erweiterten Honorarverteilung der KV Hessen**

**Leitsatz:** 1. Nach den allgemeinen für das **intertemporale Sozialrecht** geltenden Grundsätzen gilt das Leistungsfall- bzw. Versicherungsfallprinzip. Maßgebend ist daher nicht der Zeitpunkt der Scheidung, sondern der Beginn der Teilnahme an der Erweiterten Honorarverteilung der KV Hessen. Nach § 9 Abs. 2 Buchst. h) GEHV 2017 gilt das **sog. Rentnerprivileg** erst nach einer Entscheidung des Familiengerichts.

2. Soweit es in früheren Fassungen einer Entscheidung des Familiengerichts nicht bedurfte, kann **Bestandsschutz** nicht geltend gemacht werden. Durch die Neuregelung wird allenfalls verfahrensrechtlich eingegriffen und bleibt die Anwartschaft im Übrigen unangetastet.

Das *SG* wies die Klage ab.

b) Aufrechnung von Regressforderungen mit EHV-Anspruch

**SG Marburg, Beschluss v. 24.08.2020 - S 12 KA 290/20 ER**

**RID 20-04-37**

*Beschwerde anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 52/20 B ER -*

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

**SGG § 86b Abs. 2; BGB § 387; BMV-Ä 52**

**Leitsatz:** 1. Eine Kassenärztliche Vereinigung kann mit vom Beschwerdeausschuss festgestellten, aber wegen vor dem Sozialgericht erhobenen Klagen noch nicht bestandskräftigen Verordnungsregressen auch **nach Beendigung der vertragsärztlichen Zulassung** mit einem Honoraranspruch des Arztes **aufrechnen**.

2. Die Kassenärztliche Vereinigung Hessen kann Verordnungsregresse mit dem **Anspruch auf Teilnahme an der Erweiterten Honorarverteilung** aufrechnen.

Der Ast. wendet sich gegen die Aufrechnung seiner Bezüge aus der Erweiterten Honorarverteilung (EHV) mit Regressforderungen aufgrund einer Heilmittel-Richtgrößenprüfung 2014 und einer Arzneimittelkostenprüfung im Umfang von insgesamt 16.744,51 €. Das **SG** lehnte den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab.

## VIII. Bundessozialgericht (BSG)

### 1. Honorarverteilung

a) Stützungszahlungen: Ausschluss sog. Wachstumsärzte

#### **BSG, Urteil v. 30.10.2019 - B 6 KA 21/18 R**

**RID 20-04-38**

SozR 4-2500 § 87b Nr. 24 = ZMGR 2020, 173

**Leitsatz:** Der Grundsatz der **Honorarverteilungsgerechtigkeit** wird verletzt, wenn Vertragsärzte nur deshalb von **Stützungszahlungen** zum Ausgleich starker Honorarverluste anlässlich einer Umstellung der Systematik der Honorarverteilung ausgeschlossen werden, weil sie sich noch in der **Wachstumsphase** befinden und daher ihre Fallzahlen bis zum Durchschnitt ihrer Arztgruppe steigern können.

b) Fachgruppenspezifische Vergütung psychotherapeutischer Leistungen

#### **BSG, Beschluss v. 15.07.2020 - B 6 KA 2/19 B**

**RID 20-04-39**

juris

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen **LSG Berlin-Brandenburg**, Urt. v. 12.12.2018 - L 7 KA 63/14 - RID 19-01-11 wird zurückgewiesen.

Der an den **Bewertungsausschuss** gerichtete gesetzliche Gestaltungsauftrag zur Konkretisierung der Grundlagen der vertragsärztlichen Honorarverteilung umfasst auch den Auftrag zu einer sinnvollen Steuerung des Leistungsgeschehens in der vertragsärztlichen Versorgung. Hierzu bedarf es komplexer Kalkulationen, Bewertungen, Einschätzungen und Prognosen, die nicht jeden Einzelfall abbilden können, sondern notwendigerweise auf generalisierende, typisierende und pauschalierende Regelungen angewiesen sind. Die **gerichtliche Überprüfung** eines komplexen und auch der Steuerung dienenden Regelungsgefüges darf sich deshalb nicht isoliert auf die Bewertung eines seiner Elemente beschränken, sondern muss stets auch das Gesamtergebnis der Regelung mit in den Blick nehmen. Die Richtigkeit jedes einzelnen Elements in einem mathematischen, statistischen oder betriebswirtschaftlichen Sinne ist deshalb schon nicht Voraussetzung für die Rechtmäßigkeit der gesamten Regelung (vgl. BSG, Urt. v. 28.05.2008 - B 6 KA 49/07 R - USK 2008-75, juris Rn. 18 m.w.N.; BSG, Urt. v. 11.10.2017 - B 6 KA 37/17 R - BSGE 124, 218 = SozR 4-2500 § 87 Nr. 35, juris Rn. 37 m.w.N.).

Die **unterschiedliche Kostenstruktur** der zwei Arztgruppen spiegelt sich jedoch weiterhin in der unterschiedlichen Höhe der Grundpauschalen (vgl. zur psychiatrischen Grundpauschale die nunmehr mit 201, 192 und 191 Punkten bewerteten GOP 21210, 21211 und 21212 und zur psychosomatischen Grundpauschale die nunmehr mit 134, 175 und 151 Punkten bewerteten GOP 22210, 22211 und 22212) wieder.

Der Bewertungsausschuss hat mit der Zuordnung der **Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie** zu den überwiegend psychotherapeutisch tätigen Ärzten, die außerhalb des RLV zu vergüten sind, diese Arztgruppe nicht gleichheitswidrig benachteiligt.

**Psychotherapeuten** werden in verschiedener Hinsicht rechtlich besser gestellt als die in die RLV einbezogenen Arztgruppen und können nicht verlangen, dass einzelne günstigere Regelungen, die im Rahmen der RLV-Systematik gelten, auf die zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen übertragen werden (BSG, Urt. v. 25.01.2017 - B 6 KA 6/16 R - SozR 4-2500 § 87b Nr. 9, juris Rn. 33). Dass diese besonderen Leistungsbedingungen für andere Arztgruppen nur dann gelten, wenn diese die Erklärung abgeben, ausschließlich psychotherapeutisch tätig zu sein, hat der Senat ausdrücklich gebilligt (vgl. BSG, Beschl. v. 28.06.2017 - B 6 KA 82/16 B - juris Rn. 9 für einen Arzt für Allgemeinmedizin).

Dies bedeutet jedoch nicht im Umkehrschluss, dass es einem **Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie** - sollte er aufgrund einer atypischen Praxisausrichtung nur in einem geringen Umfang antrags- und genehmigungspflichtige psychotherapeutische Leistungen abrechnen -

möglich sein muss, die **Anwendung der RLV-Systematik** anstelle der zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen zu wählen. Der Gesetzgeber war nicht gehalten, einer untypischen Praxisausrichtung eines Facharztes für Psychosomatik und Psychotherapie durch eine Ausnahmeregelung gerecht zu werden.

## 2. Grenzen einer Notfall-Erstversorgung: Prüfungsumfang/Nachholung des Vortrags

### BSG, Urteil v. 13.05.2020 - B 6 KA 6/19 R

RID 20-04-40

SozR 4-2500 § 106d Nr. 8 = ArztR 2020, 263 = Die Leistungen Beilage 2020, 317

**Leitsatz:** 1. Das Gericht darf einen angefochtenen Verwaltungsakt nur dann aufheben und die Sache **an die Verwaltung zurückverweisen**, wenn der Verwaltung eine unzureichende Aufklärung des Sachverhalts vorgeworfen werden kann.

2. Maßgebender Zeitpunkt für die Beurteilung eines solchen Aufklärungsmangels ist regelmäßig der **Zeitpunkt der Widerspruchsentscheidung**.

3. Wenn ein Krankenhaus im Rahmen von **Notfallbehandlungen** in größerem Umfang Leistungen erbracht und abgerechnet hat, die über das begrenzte Spektrum solcher Behandlungen deutlich hinausgehen, ist die Kassenärztliche Vereinigung nicht verpflichtet, die gesamte Abrechnung von sich aus daraufhin zu überprüfen, ob einzelne Leistungen möglicherweise im Kontext der Versorgung von Notfällen erforderlich waren.

## 3. Arzneikostenregress

### a) Normative Vorgaben für die Verordnung

#### BSG, Urteil v. 11.09.2019 - B 6 KA 21/19 R

RID 20-04-41

SozR 4-2500 § 106 Nr. 60

**Leitsatz:** 1. Beachtet ein Vertragsarzt nicht die **normativen Vorgaben für die Verordnung** von Arzneimitteln, insbesondere die Zulassungsindikation nach dem Arzneimittelgesetz, gesetzliche Ausschlüsse oder Therapiehinweise des Gemeinsamen Bundesausschusses, haben die Prüfungsgremien gegen ihn auf Antrag der Krankenkasse des betroffenen Versicherten einen **Regress** wegen der Kosten dieser Verordnung festzusetzen, und zwar unabhängig davon, nach welcher **Methode** die Wirtschaftlichkeit der Verordnungsweise des Vertragsarztes im Übrigen geprüft wird.

2. Für die **Prüfung der Zulässigkeit vertragsärztlicher Verordnungen** steht den **Prüfungsgremien** kein die gerichtliche Nachprüfung beschränkender Beurteilungsspielraum zu; sie haben auch kein Ermessen auszuüben.

### b) Richtgrößenprüfung neben Einzelfallprüfung

#### BSG, Urteil v. 11.09.2019 - B 6 KA 15/18 R

RID 20-04-42

SozR 4-2500 § 106 Nr. 59 = MedR 2020, 699

**Leitsatz:** Die Verordnungsweise eines Vertragsarztes kann auch dann anhand der für seine Arztgruppe vereinbarten **Richtgröße** geprüft werden, wenn **einzelne Verordnungen** aus dem geprüften Zeitraum Gegenstand eines Regressverfahrens sind, weil eine Krankenkasse sie als unzulässig ansieht.

### c) Therapiehinweise des GBA/Einzelfallregress neben Richtgrößenprüfung

#### BSG, Urteil v. 11.09.2019 - B 6 KA 23/19 R

RID 20-04-43

SozR 4-2500 § 106 Nr. 61 = MedR 2020, 696

**Leitsatz:** 1. **Therapiehinweise** des Gemeinsamen Bundesausschusses sind für den Vertragsarzt erst mit ihrem Inkrafttreten **verbindlich** und wirken auch dann nicht zurück, wenn sie inhaltlich mit älteren Verordnungsempfehlungen in Leitlinien medizinischer Fachgesellschaften übereinstimmen.

2. Neben einer **Richtgrößenprüfung** dürfen **Einzelfallregresse** nur wegen Unzulässigkeit, nicht aber wegen Unwirtschaftlichkeit von Verordnungen festgesetzt werden.

### Parallelverfahren:

#### BSG, Urteil v. 11.09.2019 - B 6 KA 22/19 R

RID 20-04-44

juris



d) Fiktiv zugelassenes Arzneimittel und Seltenheitsfall

**BSG, Beschluss v. 30.09.2020 - B 6 KA 23/19 B**

**RID 20-04-45**

juris

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Niedersachsen-Bremen*, Urt. v. 22.05.2019 - L 3 KA 55/16 - wird zurückgewiesen.

In der Senatsrspr. ist seit Langem geklärt, dass „**LeukoNorm**“ jedenfalls regelhaft nicht im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung eingesetzt werden darf, da das Arzneimittel lediglich **fiktiv zugelassen** war und damit keine Prüfung nach den Maßstäben des AMG durchlaufen hat. Für die sog. **Seltenheitsfälle** ist nicht allein auf die Häufigkeit einer Erkrankung (hier: Mamma-Karzinom bei einem Mann) abzustellen. Entscheidend ist, ob das festgestellte Krankheitsbild aufgrund seiner Singularität medizinisch nicht erforschbar ist.

e) Sprechstundenbedarfsregress: Keine Zuständigkeit der KV

**BSG, Urteil v. 11.12.2019 - B 6 KA 23/18 R**

**RID 20-04-46**

SozR 4-2500 § 106 Nr. 62

**Leitsatz:** 1. Den **Gremien** der vertragsärztlichen **Wirtschaftlichkeitsprüfung** obliegt die Festsetzung von Regressen wegen der unzulässigen Verordnung von Arzneimitteln als **Sprechstundenbedarf**.

2. Auch gesamtvertraglich kann eine Zuständigkeit der **Kassenärztlichen Vereinigung** nicht vereinbart werden.

#### 4. Zulassungsrecht

a) Auswahlentscheidung: Qualifikationen des anzustellenden Arztes maßgeblich

**BSG, Urteil v. 13.05.2020 - B 6 KA 11/19 R**

**RID 20-04-47**

SozR 4-2500 § 103 Nr. 30 = KrV 2020, 157 = Die Leistungen Beilage 2020, 264

**Leitsatz:** Bei Bewerbungen von Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Vertragsärzten, die auf einem nach Entsperrung des Planungsbereichs frei gewordenen Vertragsarztsitz einen angestellten Arzt beschäftigen wollen, ist bei der **Auswahlentscheidung** zur Besetzung des Sitzes auf die **Qualifikationen dieses anzustellenden Arztes** abzustellen.

b) Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens

**BSG, Urteil v. 30.10.2019 - B 6 KA 14/18 R**

**RID 20-04-48**

SozR 4-2500 § 103 Nr. 28 = KrV 2020, 68 = GesR 2020, 332

**Leitsatz:** 1. Die Durchführung eines **Nachbesetzungsverfahrens** ist ausgeschlossen, soweit die Zulassung wegen **nicht hinreichender Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit** hälftig entzogen wurde.

2. Die **Klage** gegen eine Entscheidung über die **Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens** ist auch dann ohne vorheriges Widerspruchsverfahren gegen den Zulassungsausschuss zu richten, wenn dieser eine Nachbesetzung aus anderen als Versorgungsgründen abgelehnt hat.

c) Rücknahme des Antrags auf Nachbesetzung

**BSG, Urteil v. 12.02.2020 - B 6 KA 19/18 R**

**RID 20-04-49**

SozR 4-2500 § 103 Nr. 29 = Die Leistungen Beilage 2020, 248

**Leitsatz:** Der **Antrag auf Nachbesetzung** eines Vertragsarztsitzes kann noch bis zur Bestandskraft der Auswahlentscheidung der Zulassungsgremien mit der Folge **zurückgenommen** werden, dass sich die Entscheidung des Zulassungsausschusses über die Durchführung des Nachbesetzungsverfahrens erledigt.

d) MVZ: Mithaftung des ausgeschiedenen Gesellschafters

**BSG, Urteil v. 11.09.2019 - B 6 KA 2/18 R**

**RID 20-04-50**

SozR 4-2500 § 95 Nr. 38 = GesR 2020, 178 = ZMGR 2020, 98

**Leitsatz:** 1. Für Streitigkeiten aufgrund einer **Bürgschaftserklärung**, die für Forderungen der Krankenkassen oder der Kassenärztlichen Vereinigungen gegen ein Medizinisches Versorgungszentrum in der Rechtsform einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung von einem der Gesellschafter abgegeben wurde, ist der **Rechtsweg** zu den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit eröffnet.

2. Bei einer durch Ausgliederung und Übernahme vorgenommenen Auswechslung eines Gesellschafters endet die **Mithaftung des ausgeschiedenen Gesellschafters** für die von ihm abgegebene Bürgschaftserklärung gemäß den Regelungen des Umwandlungsgesetzes nach fünf Jahren.

## 5. Hausarztzentrierte Versorgung: Pflicht zur Selbsterbringung des Allgemeinlabors

**BSG, Urteil v. 12.02.2020 - B 6 KA 25/18 R**

**RID 20-04-51**

BSGE = SozR 4-2500 § 73b Nr. 4 = NZS 2020, 753

**Leitsatz:** Die Regelung in einem **Selektivvertrag** zur hausarztzentrierten Versorgung, wonach Leistungen des **Allgemeinlabors** mit den Pauschalen für die Versorgung eines Versicherten abgegolten sind und nicht an Laborärzte überwiesen werden sollen, verletzt den vertragsärztlichen **Status der Laborärzte** nicht.

## 6. GBA: Erprobung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

**BSG, Urteil v. 11.09.2019 - B 6 KA 17/18 R**

**RID 20-04-52**

SozR 4-2500 § 137e Nr. 4

**Leitsatz:** Hat der Gemeinsame Bundesausschuss ein Verfahren zur Bewertung einer Untersuchungs- oder Behandlungsmethode rechtmäßig **ausgesetzt**, weil zu erwarten ist, dass die noch fehlenden Erkenntnisse für die abschließende Bewertung der Methode in absehbarer Zeit vorliegen werden, besteht grundsätzlich kein Anspruch des Herstellers oder Anbieters auf Einleitung eines Beratungsverfahrens zum Erlass einer **Erprobungsrichtlinie** im Hinblick auf dieselbe Methode.

## 7. Streitwert: Zulassungsentziehung wegen Nichtausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit

**BSG, Beschluss v. 09.07.2020 - B 6 KA 3/20 B**

**RID 20-04-53**

juris

**GKG §§ 52, 63**

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Bayern*, Urt. v. 22.01.2020 - L 12 KA 6/19 - wird als unzulässig verworfen.

Maßgebend ist in **Zulassungsstreitigkeiten** die Höhe des aus der vertragsärztlichen Tätigkeit bzw deren Fortsetzung zu erzielenden Gewinns in einem Zeitraum von drei Jahren. Dabei kann bei einer Klage gegen die **Zulassungsentziehung** auf die konkret erzielten Umsätze der Arztpraxis (abzüglich des Praxiskostenanteils) bzw. soweit konkrete Umsatzzahlen nicht vorliegen, auf die durchschnittlichen Umsätze der jeweiligen Arztgruppe abgestellt werden. Wenn allerdings die durchschnittlichen Umsätze der Arztgruppe nicht das **wirtschaftliche Interesse** des klagenden Arztes widerspiegeln, ist für jedes Quartal des maßgeblichen Dreijahreszeitraumes i.S. des § 42 III GKG der Regelstreitwert von 5.000 € anzusetzen (vgl. BSG, Beschl. v. 12.09.2006 - B 6 KA 70/05 B - juris Rn. 4; BSG, Beschl. v. 10.05.2017 - B 6 KA 8/17 B - juris; LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 20.10.2010 - L 5 KA 2155/09 - juris Rn. 42).

## 8. EHV KV Hessen: Beitragsklassen/Besondere Kostenbelastungen/Beitrag zu Versorgungswerk

**BSG, Urteil v. 11.12.2019 - B 6 KA 9/19 R**

**RID 20-04-54**

SozR 4-2500 § 87b Nr. 23

**Leitsatz:** 1. Mit der Einführung eines Systems von **Beitragsklassen** zur Ermittlung der Umlage der Vertragsärzte für die **Erweiterte Honorarverteilung (EHV)** in den Jahren 2010 bis 2016 hat die Kassenärztliche Vereinigung Hessen ihren Gestaltungsspielraum als Normgeber eingehalten.

2. Soweit die normativen „Grundsätze für die Erweiterte Honorarverteilung“ allein deshalb rechtswidrig sind, weil **besondere Kostenbelastungen** einzelner Arztgruppen nicht berücksichtigt werden können, führt das nicht zur Rechtswidrigkeit der Bescheide über die Höhe der Umlage gegenüber Ärzten, deren Kostenbelastung allenfalls durchschnittlich ist.

3. Ärzten, die in Hessen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen und deshalb eine Umlage zur EHV leisten, muss auch dann ermöglicht werden, ihren Beitrag zum Versorgungswerk der Ärztekammer entsprechend der Regelung der Versorgungsordnung der hessischen Ärztekammer zu reduzieren, wenn sie **Beiträge zum Versorgungswerk einer anderen Ärztekammer** entrichten.

**Parallelverfahren:**

**BSG, Urteil v. 11.12.2019 - B 6 KA 7/19 R**

**RID 20-04-55**

juris

**BSG, Urteil v. 11.12.2019 - B 6 KA 16/18 R**

**RID 20-04-56**

juris

## B. KRANKENVERSICHERUNGSRECHT

### I. Vertrags(zahn)ärztliche Behandlung

Nach BSG, Urt. v. 17.12.2019 - **B I KR 18/19 R** - BSGE 129, 290 = 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 I 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. BVerfG: Kein verfassungsrechtlicher Anspruch auf bestimmte Leistungen (LDL-Apherese)

**BVerfG, 1. Sen. 1.Ka., Beschluss v. 30.07.2020 - 1 BvR 1082/20**

**RID 20-04-57**

juris  
**SGB V § 135 I; GG Art. 2, 20 I**

Die Verfassungsbeschwerde gegen **LSG Niedersachsen-Bremen**, Beschl. v. 22.04.2020 - L 16 KR 153/20 B - wird nicht zur Entscheidung angenommen.

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

#### 2. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

a) EOS-Röntgen 3D-Wirbelsäulendarstellung

**SG Mainz, Urteil v. 11.06.2019 - S 3 KR 410/19**

**RID 20-04-58**

www.dgbrechtsschutz.de/  
**SGB V §§ 13 II, 27**

Eine **Leistung** ist **unaufschiebbar**, wenn sie im Zeitpunkt ihrer tatsächlichen Durchführung so dringlich ist, dass aus medizinischer Sicht keine Möglichkeit eines nennenswerten zeitlichen Aufschubs mehr besteht. Bei einem **EOS-Röntgen 3D-Wirbelsäulendarstellung** ist dies nicht der Fall, da diese auf lange Sicht und wiederkehrend zur Verlaufskontrolle und Dokumentation des Therapieerfolges bestimmt ist.

Bei der EOS-Röntgen 3D-Wirbelsäulendarstellung handelt es sich um eine **neue Untersuchungsmethode** im Sinne von §§ 92 I, 135 SGB V; sie ist bisher nicht Bestandteil des im EBM beschriebenen vertragsärztlichen Leistungsspektrums. Eine positive Empfehlung des GBA liegt nicht vor (Anschluss an SG Aachen, Urt. v. 21.11.2017 - S 13 KR 250/17 - RID 18-01-56).

Das **SG** wies die Klage ab.

Das Urteil kann abgerufen werden unter dem link:

[https://www.dgbrechtsschutz.de/fileadmin/user\\_upload/SG\\_Mainz\\_11.6.19\\_Kosteneubernahme\\_Roentgen\\_-\\_bearbeitet.pdf](https://www.dgbrechtsschutz.de/fileadmin/user_upload/SG_Mainz_11.6.19_Kosteneubernahme_Roentgen_-_bearbeitet.pdf)

b) Durchführung eines Oncotype DX Brustkrebstests im September 2017

**LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 05.05.2020 - L 16 KR 438/19**

**RID 20-04-59**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris  
**SGB V §§ 2 I, 12 I, 13 III, 92 I, 135**

Soweit der **GBA** zwischenzeitlich durch am 23.08.2019 in Kraft getretenen Beschluss entschieden hat, dass der **Oncotype DX Brustkrebstest** zukünftig Kassenleistung wird, lag eine solche Empfehlung im **September 2017** noch nicht vor und war auch nicht absehbar. Ein Systemversagen, für dessen Beurteilung auf den Zeitpunkt der Selbstbeschaffung der Leistung abzustellen ist, lag nicht vor.

**SG Aachen**, Urt. v. 30.04.2019 - S 13 KR 321/18 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

### c) Lipid-Apheresen

**LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 03.07.2020 - L 11 KR 181/20 B ER**

**RID 20-04-60**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris  
SGB V §§ 2 Ia, 27, 135 I; SGG § 86b II

Der GBA hat in der MVV-RL die ambulante Durchführung der **Lipid-Apheresen** als **anerkannte Behandlungsmethode** aufgenommen. Hiernach sollen Apheresen nur in Ausnahmefällen als „ultima ratio“ bei therapierefraktären Verläufen eingesetzt werden. Werden die **Voraussetzungen** hierfür nicht glaubhaft gemacht (hier: klinisch und durch bildgebende Verfahren dokumentierter progredienter Verlauf einer kardiovaskulärer Erkrankung), besteht kein Anspruch.

*SG Münster*, Beschl. v. 17.02.2020 - S 15 KR 52/20 ER - verpflichtete die Ag., die Ast. bis zur bestandskräftigen Entscheidung über den Antrag, längstens bis zum 30.07.2020 mit einer wöchentlichen extrakorporalen Lipid-Apherese-Therapie zu versorgen. Das *LSG* lehnte den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab.

### d) Liposuktionsbehandlung: Kein Systemversagen

**LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 24.09.2020 - L 16 KR 365/20**

**RID 20-04-61**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris  
SGB V §§ 13 III, 39 I, 137c III

Es liegen weder Anhaltspunkte dafür vor, dass die antragsberechtigten Stellen aus willkürlichen oder sachfremden Erwägungen nicht **früher** einen **Antrag** im Hinblick auf die Behandlung von **Lipödem mittels Liposuktion** gestellt haben, noch für eine willkürlich oder durch sachfremde Erwägungen begründete verzögerte Bewertungsverfahrens-führung durch den GBA.

Die Kl. begehrt die Erstattung ihr nach (ambulanter) Durchführung durch drei Liposuktionsbehandlungen (Juni bis Okt. 2019) entstandener Kosten i.H.v. 18.510 € *SG Duisburg*, Gerichtsbb. v. 23.04.2020 - S 27 KR 1806/19 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

## 3. Implantation einer beidseitigen Hodenprothese

**SG München, Urteil v. 22.01.2020 - S 54 KR 1172/19**

**RID 20-04-62**

*Rechtskräftig*  
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris  
SGB V § 27 I

Die **Implantation einer beidseitigen Hodenprothese** ist darauf gerichtet, Erkrankte unter Wahrung ihrer körperlichen Integrität zu **heilen**. Wird zur Behandlung in den Körper eingegriffen, ist dieser möglichst wiederherzustellen. Ein solcher Fall unterscheidet sich grundlegend von Eingriffen in einen nicht behandlungsbedürftigen natürlichen Körperzustand, um das nicht entstellte äußere Erscheinungsbild zu ändern (vgl. BSG, Urt. v. 08.03.2016 - B 1 KR 35/15 R - SozR 4-2500 § 27 Nr. 28, Rn. 18). Es handelt sich daher im Rechtssinne **nicht um eine ästhetische Operation** (vgl. BSG, Urt. v. 27.08.2019 - B 1 KR 37/18 R - BSGE 129,52 = SozR 4-2500 § 52 Nr. 1, juris Rn. 9).

Das *SG* verurteilte die Bekl., dem Kl. die beantragte Implantation einer beidseitigen Hodenprothese als Sachleistung zu gewähren.

## 4. Keine Versorgung durch nicht zugelassenen Psychotherapeuten

**LSG Hessen, Urteil v. 18.04.2019 - L 1 KR 360/18**

**RID 20-04-63**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris  
SGB V §§ 13 III, 76 I

Versicherte haben nur Anspruch auf Versorgung durch Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten. Ein **Systemversagen**, das auch zur Inanspruchnahme anderer Leistungserbringer berechtigen könnte, liegt nicht vor, wenn der Planungsbereich mit psychotherapeutischen Leistungserbringern nach der Zahl der Sitze deutlich **übersorgt** ist und zudem die Hälfte der Vertragspsychotherapeuten im - statistisch betrachtet anhand der abgerechneten durchschnittlichen Behandlungszeiten - **freie Kapazitäten** hat. Auch wenn einzelne Vertragspsychotherapeuten angeben, dass sie den Versicherten

nicht oder erst nach einer mehrmonatigen Wartezeit behandeln können, ist nicht erwiesen, dass der Versicherte alles ihm Zumutbare unternommen hat, um sich die psychotherapeutischen Leistungen im GKV-Leistungserbringungssystem zu verschaffen.

*SG Gießen*, Gerichtsb. v. 07.05.2018 - S 15 KR 155/16 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.  
*BSG*, Beschl. v. 17.07.2020 - B 1 KR 34/19 B - juris verwarf die Nichtzulassungsbeschwerde als unzulässig.

## 5. Arztvorbehalt: Berufliche Mindestqualifikation

**LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 19.08.2020 - L 4 KR 470/19**

**RID 20-04-64**

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

Der in § 15 I und § 27 I SGB V geregelte **Arztvorbehalt** beinhaltet **einen generellen Ausschluss nicht-ärztlicher Heilbehandler** von der selbstständigen und eigenverantwortlichen Behandlung der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung. Es handelt sich bei dem Erfordernis der Approbation damit nicht bloß um eine spezifische leistungserbringungsrechtliche Voraussetzung, die im Falle eines Systemversagens verzichtbar wäre, sondern um eine vom SGB V als zwingende **berufliche Mindestqualifikation** aufgestellte Tatbestandsvoraussetzung für den Behandlungsanspruch (vgl. *BSG*, Urt. v. 13.12.2016 - B 1 KR 4/16 R - KrV 2017, 27 = RuP 2017, 96 = USK 2016-130, juris).

Der Ausschluss von **Heilpraktikern** von der selbstständigen Leistungserbringung in der gesetzlichen Krankenversicherung ist mit Art. 12 I GG zu vereinbaren und verstößt auch nicht gegen Art. 3 I GG (BVerfGE 78, 155 = SozR 2200 § 368 Nr. 11).

Streitig ist zwischen den Beteiligten, ob der Kl. einen Anspruch auf Übernahme der Kosten für eine Behandlung im Naturheilzentrum „I.“ hat. *SG Hannover*, Gerichtsb. v. 07.10.2019 - S 10 KR 209/19 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

## 6. Zahnärztliche Behandlung: Implantologische Leistungen und Würgereiz

a) Implantologische Leistungen und Würgereiz

**LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 17.08.2020 - L 9 KR 12/18**

**RID 20-04-65**

*Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 79/20 B*  
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris  
**SGB V §§ 27, 28 II; BehandlRL-ZÄ**

**Implantologische Leistungen** zählen nur in engen Ausnahmefällen zu den Leistungen, welche die Krankenkassen allgemein in Natur als Sach- oder Dienstleistung zu erbringen haben.

Ein **Würgereiz** oder Rachenreflex des Menschen ist primär ein normaler Abwehrmechanismus, der das Eindringen von Fremdkörpern in den Rachen (Pharynx), den Kehlkopf (Larynx) oder die Luftröhre (Trachea) verhindern kann und der durch ein taktiles Stimulieren des weichen Gaumens, der Zunge und von Teilen des Rachens ausgelöst wird. Vom Würgereiz ist nicht der Mund- und Gesichtsbereich, sondern der Schlundbereich, also der **Halsbereich** betroffen.

Zu den nicht willentlich beeinflussbaren muskulären Fehlfunktionen im Mund- und Gesichtsbereich gehört zudem eine **psychologisch bedingte Fehlfunktion** wie ein psychogen verursachter Würgereiz nicht ohne Weiteres. Eine Gleichstellung der psychogenen mit der muskulär-neurologischen Fehlfunktion des Mund- und Gesichtsbereiches verbietet sich im Hinblick auf die Enge der Ausnahmeindikationen und der Tatsache, dass diese sich einer erweiternden Auslegung entziehen.

*SG Berlin*, Gerichtsb. v. 29.11.2017 - S 169 KR 4213/15 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

## II. Stationäre Behandlung

### 1. Beidseitige Brustaufbauplastik (Mammaaugmentation)

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 20.11.2019 - L 11 KR 466/17

RID 20-04-66

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)  
SGB V § 27

Nicht jeder körperlichen Unregelmäßigkeit kommt Krankheitswert im Rechtssinne zu; die Rechtsprechung hat diese Grundvoraussetzung für die krankenversicherungsrechtliche Leistungspflicht vielmehr dahingehend präzisiert, dass eine **Krankheit** nur vorliegt, wenn der Versicherte in seinen Körperfunktionen beeinträchtigt wird oder wenn die anatomische Abweichung entstellend wirkt (BSG, Urt. v. 19.10.2004 - B 1 KR 3/03 R - SozR 4-2500 § 27 Nr. 3; BSG, Urt. v. 13.07.2004 - B 1 KR 11/04 R - SozR 4-2500 § 13 Nr. 4).

Eine **Entstellung** ist weder bei fehlender oder wenig ausgeprägter **Brustanlage** unter Berücksichtigung der außerordentlichen Vielfalt in Form und Größe der weiblichen Brust anzunehmen noch bei einer Asymmetrie der Brüste, die sich - wie hier - im Alltag verdecken lässt (BSG, Urt. v. 28.02.2008 - B 1 KR 19/07 R - BSGE 100, 119 = SozR 4-2500 § 27 Nr. 14; BSG, Urt. v. 19.10.2004 - B 1 KR 3/03 R - BSGE 93, 252 = SozR 4-2500 § 27 Nr. 3).

*SG Dortmund*, Urt. v. 09.06.2017 - S 48 KR 1154/15 - verurteilte die Bekl., ihr eine beidseitige Brustaufbauplastik zu gewähren. Das *LSG* wies die Klage ab.

### 2. Beidseitige Mammareduktionsplastik

SG Aachen, Urteil v. 15.09.2020 - S 14 KR 272/19

RID 20-04-67

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) = juris  
SGB V § 27

Eine (unterhalb einer eigenständigen psychischen Erkrankung liegende) **psychische Belastung** rechtfertigt nach st. BSG-Rspr. keinen operativen Eingriff zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung.

Bei der operativen Mammareduktionsplastik zur Behandlung von **Erkrankungen der Wirbelsäule** handelt es sich zweifelsfrei um eine medizinische Vorgehensweise, der ein eigenes theoretisch-wissenschaftliches Konzept zugrunde liegt, das sie von anderen, konservativen Verfahren wie etwa Krankengymnastik oder Rehabilitationssport unterscheidet und dass ihre systematische Anwendung in der Behandlung bestimmter Krankheiten (hier der <Brust->Wirbelsäule) rechtfertigen soll, also um eine **Methode** i.S.d. gesetzlichen Krankenversicherung. Eine Überprüfung im Sinne des § 137c I SGB V des **GBA** hierzu ist nicht ersichtlich.

Das **Potenzial** einer erforderlichen Behandlungsalternative der Mammareduktionsplastik zur Behandlung von Wirbelsäulenerkrankungen ist auf Grund der dargelegten Studienlage grundsätzlich anzunehmen.

Da nach § 137c III 1 SGB V indes (weiterhin) die Regeln der ärztlichen Kunst zu beachten sind, die Methode, hier die Mammareduktionsplastik zur Behandlung von Wirbelsäulenbeschwerden also insb. medizinisch indiziert und notwendig (entsprechend auch § 39 I SGB V) sein muss, ist mit der Einführung eines Anspruches auf potentiell erfolgreiche Behandlungsalternativen im stationären Bereich aber keine Aufgabe des **Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsgebotes** verbunden.

Eine mittelbare operative Therapie bedarf einer speziellen Rechtfertigung. Sie ist allein dann ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich und somit notwendig, wenn sich der operative Eingriff unter Abwägung der Art und Schwere der Erkrankung, der Dringlichkeit der Intervention, der Risiken und des zu erwartenden Nutzens der Therapie sowie etwaiger Folgekosten für die Krankenversicherung gegeneinander rechtfertigen lässt. Dabei kann von Bedeutung sein, ob es sich bei der Operation um die **ultima ratio** handelt, also alle zur Verfügung stehenden konservativen Behandlungsmöglichkeit ausgeschöpft worden sind (hier verneint).

Das *SG* wies die Klage ab.

### 3. Hautstraffungen nach bariatrischer Operation

LSG Bayern, Urteil v. 13.08.2020 - L 4 KR 287/19

RID 20-04-68

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris  
SGB V §§ 13 III, IIIa, 27 I 1

**Leitsatz:** 1. Die Entfernung einer Hautschürze ist nicht als grundsätzlich notwendige Folge einer Operation zur Magenverkleinerung anzusehen.

2. **Überschüssige Haut** z.B. an Oberschenkeln, Oberarmen und Brüsten aufgrund Gewichtsverlustes nach einer bariatrischen Operation stellt für sich genommen keinen krankhaften Befund oder regelwidrigen Körperzustand dar.

3. Eine Entfernung überschüssiger Hautlappen aus **dermatologischen Gründen** kommt nur in Betracht, wenn durch den Hautüberschuss ständige Hautreizungen wie Pilzbefall, Sekretionen oder entzündliche Veränderungen auftreten.

4. Zur Erstattung der Kosten für eine **Hautstraffung an Oberschenkeln** bei Beeinträchtigungen auf orthopädischem Fachgebiet.

5. Zum Vorliegen einer **Entstellung bei Hautschürzen**.

*SG München*, Gerichtsbb. v. 25.03.2019 - S 29 KR 877/18 - verurteilte die Bekl., bei der Kl. die Kosten einer Brust-, Oberarm- und Oberschenkelstraffung zu übernehmen. Das *LSG* verurteilte die Bekl., die Kosten für die durchgeführte Oberschenkelstraffung in Höhe von 6.557,19 € zu erstatten.

### III. Kostenerstattung

Nach BSG, Urt. v. 27.10.2020 - B 1 KR 3/20 R - hat ein Versicherter, der schon vor Ablauf der Entscheidungsfrist auf die Selbstbeschaffung der beantragten Leistung **vorfestgelegt** ist, keinen Anspruch auf Kostenerstattung gegen die Krankenkasse aufgrund einer **Genehmigungsfiktion**. Der Senat hat Entsprechendes schon zum Kostenerstattungsanspruch nach § 13 III 1 2. Fall SGB V entschieden, wenn die Krankenkasse die Leistung zu Unrecht abgelehnt hat. Fälle des Systemversagens liegen danach nicht vor, wenn sie für die Selbstbeschaffung des Versicherten gar nicht ursächlich werden. Der Gesetzgeber baut mit der Genehmigungsfiktion auf diesem System auf. Hat ein Versicherter schon vor Fristablauf eigenmächtig das Sachleistungssystem infolge Vorfestlegung „verlassen“, ist diese Vorfestlegung, nicht dagegen die verstrichene Frist ursächlich für die dem Versicherten entstandenen Kosten.

BSG, Urt. v. 18.06.2020 - **B 3 KR 14/18 R**, **B 3 KR 6/19 R** und **B 3 KR 13/19 R** - begründet eine **fingierte Genehmigung** nach § 13 IIIa 6 SGB V ihrem Inhalt nach **keinen** eigenständig durchsetzbaren **Sachleistungsanspruch**, sondern nur einen - hier nicht den Gegenstand des Rechtsstreits betreffenden - Kostenerstattungsanspruch. Sie vermittelt nur eine **vorläufige Rechtsposition**, die zur Selbstbeschaffung berechtigt, und kann nur zu einem Anspruch auf Kostenerstattung bzw. Kostenfreistellung führen. Der erkennende 3. Senat **schließt** sich insoweit der **kürzlich geänderten Rechtsprechung des 1. Senats** des BSG an (BSG, Urt. v. 26.05.2020 - B 1 KR 9/18 R -, s. nachstehend). Nach BSG, Urt. v. 26.05.2020 - **B 1 KR 9/18 R** - begründet eine **fingierte Genehmigung** nach dem Leistungsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 13 IIIa 6 SGB V) **keinen eigenständigen Sachleistungsanspruch**. Sie vermittelt dem Versicherten (nur) eine vorläufige Rechtsposition, die es ihm erlaubt, sich die Leistung selbst zu beschaffen und es der Krankenkasse nach erfolgter Selbstbeschaffung verbietet, eine beantragte Kostenerstattung mit der Begründung abzulehnen, nach allgemeinen Grundsätzen der GKV bestehe kein Rechtsanspruch auf die Leistung (**Aufgabe von BSG, Urt. v. 08.03.2016** - B 1 KR 25/15 R - BSGE 121, 40 = SozR 4-2500 § 13 Nr. 33 Rn. 25; zuletzt BSG, Urt. v. 27.08.2019 - B 1 KR 36/18 R - SozR 4-2500 § 13 Nr. 48). Die nach Fristablauf fingierte Genehmigung eines Antrags auf Leistungen hat **nicht die Qualität eines Verwaltungsaktes**. Durch den Eintritt der Genehmigungsfiktion wird das durch den Antrag in Gang gesetzte **Verwaltungsverfahren nicht abgeschlossen**. Die Krankenkasse ist weiterhin berechtigt und verpflichtet, über den gestellten Antrag zu entscheiden und damit das laufende Verwaltungsverfahren abzuschließen (**Aufgabe von BSG, Urt. v. 11.07.2017** - B 1 KR 26/16 R - BSGE 123, 293 = SozR 4-2500 § 13 Nr. 36 Rn. 10 und 37; zuletzt BSG, Urt. v. 27.08.2019 - B 1 KR 36/18 R - SozR 4-2500 § 13 Nr. 48 Rn. 11 und 42). Ist über den materiell-rechtlichen Leistungsanspruch bindend entschieden oder hat sich der Antrag anderweitig erledigt, endet das durch die Genehmigungsfiktion begründete Recht auf Selbstbeschaffung der beantragten Leistung auf Kosten der Krankenkasse. Die bestandskräftige Entscheidung über den Leistungsantrag vermittelt dem Versicherten positive Kenntnis darüber, ob er die beantragte Leistung beanspruchen kann. Nach BSG, Urt. v. 26.05.2020 - **B 1 KR 21/19 R** - hat die Kl. keinen Anspruch auf die Erstattung der Kosten für die in Österreich durchgeführte ambulante Augenoperation nach § 13 III u. IV SGB V sowie nach unmittelbar anwendbarem Gemeinschaftsrecht, weil die für die Operation verwendete **CISIS-Behandlung mit MyoRing-Implantation** nicht zum Leistungskatalog der GKV gehört. Ein Anspruch ergibt sich auch nicht aus § 2 Abs. 1a SGB V, weil die Kl. nicht drohte zu erblinden. Ein auf die **Genehmigungsfiktion** gestützter Kostenerstattungsanspruch nach § 13 IIIa 7 SGB V scheitert daran, dass **§ 13 IIIa SGB V auf Ansprüche nach § 13 IV SGB V sachlich nicht anwendbar** ist. § 13 IIIa SGB V findet jedenfalls dann keine Anwendung auf Ansprüche gegen Krankenkassen, die unmittelbar auf eine Geldleistung gerichtet sind, wenn der zugrunde liegende Beschaffungsvorgang des Versicherten nicht seinerseits von einer Bewilligung der Krankenkasse als weiterer Voraussetzung abhängt. Auch der Anspruch auf sachleistungsersetzende Kostenerstattung nach § 13 IV SGB V ist auf eine Geldleistung für die vorausgegangene Beschaffung einer Leistung im Ausland (EU, EWR, Schweiz) gerichtet. Die Kl. hatte auch ohne eine vorherige Bewilligung durch die Krankenkasse das Recht, sich die Leistung selbst zu beschaffen. Ein entsprechender Antrag auf Übernahme oder Erstattung der bei der Selbstbeschaffung anfallenden Kosten ist deshalb kein Antrag im Sinne des § 13 IIIa SGB V.



## 1. Stationäre Liposuktion bei Lipödem

**LSG Bayern, Urteil v. 27.11.2018 - L 20 KR 525/17**

**RID 20-04-69**

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 25/20 R  
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris  
SGB V §§ 2 I 3, 13 III, 27, 39, 137c

Nach der **BSG-Rspr.** gehört die **stationäre Liposuktion** bei Lipödem derzeit nicht zum Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung. Denn diese Behandlungsmethode entspricht nicht den Anforderungen des **Qualitätsgebots** des § 2 I 3 SGB V, das grundsätzlich für alle Leistungssektoren einheitlich gilt und für die stationäre Versorgung auch durch § 137c III SGB V nicht auf Methoden mit dem bloßen Potential einer Behandlungsalternative abgesenkt wird. Eine Behandlungsmethode gehört auch im Krankenhaus grundsätzlich erst zum Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), wenn die Erprobung abgeschlossen ist und über Qualität und Wirkungsweise der neuen Methode zuverlässige, wissenschaftlich nachprüfbare Aussagen gemacht werden können.

*SG Würzburg*, Urt. v. 20.06.2017 - S 6 KR 541/16 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

## 2. Kosten einer Pauschalkur (ambulante Vorsorgeleistung) im EU-Ausland (Tschechien)

**LSG Bayern, Urteil v. 27.05.2020 - L 4 KR 405/19**

**RID 20-04-70**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris  
SGB V §§ 13 III, IIIa u. IV, 23 III

**Leitsatz:** 1. Die **Genehmigungsfiktion** nach § 13 Abs. 3a SGB V ist nur auf Sach- und Dienstleistungen bezogen, nicht jedoch auf **Geldleistungen** wie hier den reinen Kostenerstattungsanspruch nach § 13 Abs. 4 SGB V.

2. Bei einer **Pauschalreise** mit einem Gesamtpauschalpreis für eine Kur fehlt es vor allem an der Möglichkeit einer notwendigen Abgrenzbarkeit der Kosten für die medizinischen Leistungen von den sonstigen Kosten.

3. Eine (**nachträgliche**) **Abgrenzbarkeit** in dem Umfang, wie sie nach der Kur von einem Kurarzt bescheinigt wird, lässt Raum für Manipulationen bzw. zum Hinrechnen der Behandlungen im Rahmen des Gesamtpreises. Vor allem aber steht dem entgegen, dass der Gesamtpreis vertraglich bereits vor Kurantritt feststeht.

4. Der Ausschluss von Pauschalkuren von der Kostenerstattung verstößt auch nicht gegen **europäisches Recht**.

5. Der durch richterliche Rechtsfortbildung geschaffene Anspruch aufgrund eines **sozialrechtlichen Herstellungsanspruchs** wird durch den Kostenerstattungsanspruch nach § 13 Abs. 4 SGB V verdrängt.

*SG Augsburg*, Urt. v. 05.06.2019 - S 2 KR 736/18 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

## 3. Genehmigungsfiktion: Antragstellung per E-Mail

**SG Darmstadt, Urteil v. 17.08.2020 - S 13 KR 524/16**

**RID 20-04-71**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris  
SGB V § 13 IIIa; SGB I § 36a; SGG §§ 65a, 118; ZPO § 371

**Leitsatz:** 1. Im **elektronischen Rechtsverkehr** gilt, dass der tatsächliche **Zugang** bewirkt ist, wenn das zuzustellende elektronische Dokument in die seinen Machtbereich darstellende Empfangseinrichtung des Adressaten gelangt ist. Hierbei handelt es sich letztlich um das für seinen faktischen Zugriff bereitstehende, nicht unbedingt von ihm technisch kontrollierte oder in seinem physischen Zugriffsbereich liegende elektronische Postfach des Empfängers.

2. Die **Zugangseröffnung** gem. § 36a Abs. 1 SGB I setzt sich zusammen aus der technischen Bereitstellung des Zugangs als Vorbereitungsakt und der Widmung dieses Zugangs für die Nutzung im (rechtsverbindlichen) elektronischen Rechtsverkehr.

3. Die **konkludente Eröffnung** eines Zugangs ist dann anzunehmen, wenn die **Behörde** nach außen die Empfangsbereitschaft für einen tatsächlich eingerichteten technischen Zugang jedenfalls schlüssig

signalisiert. Dies ist insbesondere dann anzunehmen, wenn die Behörde selbst vorbehaltlos den elektronischen Kommunikationskanal gegenüber dem Bürger nutzt.

4. Die **Mitteilung eines hinreichenden Grundes** gem. § 13 Abs. 3a S. 5 SGB V kann per E-Mail erfolgen. Die E-Mail ist dann aber qualifiziert elektronisch zu signieren.

5. Voraussetzung, um eine **Genehmigungsfiktion** bei nicht fristgerechter Entscheidung über beantragte Leistungen aus einer gesetzlichen Krankenversicherung auszulösen, ist, dass die beantragte Leistung **subjektiv erforderlich** sein muss. Das ist bereits dann gegeben, wenn die Leistungen nicht offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenkassen liegen und im konkreten Einzelfall subjektiv zweckmäßig sind.

Die Beteiligten streiten um die Kostenübernahme für das Medikament Keytruda als Therapie im Wege des Off-Label-Use. Das **SG** verurteilte die Bekl., an den Kl. 8.620,08 € nebst Zinsen zu zahlen.

## IV. Arzneimittel

### 1. Cannabis

a) Begründete vertragsärztliche Einschätzung nur im Verwaltungsverfahren

**SG Neuruppin, Gerichtsbescheid v. 06.07.2020 - S 20 KR 219/17**

**RID 20-04-72**

juris  
**SGB V § 31 VI**

Die **begründete vertragsärztliche Einschätzung** nach § 31 I 1 Nr. 1 b SGB V darüber, dass eine solche - hier vorhandene - allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung nicht zur Anwendung kommen kann, kann rechtlich wirksam nur im **Sozialverwaltungsverfahren** vorgelegt werden; im sozialgerichtlichen Verfahren ist allein entscheidungserheblich, ob der behandelnde Vertragsarzt eine „begründete Einschätzung“ abgegeben hat. **Nachgängige Ermittlungen** von Amts wegen können hieran nichts mehr ändern. Insb. etwaige Sachverständigengutachten sind schon begrifflich nicht in der Lage, die fehlende „begründete Einschätzung“ des Vertragsarztes zu substituieren. Sie sollen dies auch nicht, denn auch die Gesetzesbegründung stellt auf den behandelnden Vertragsarzt und nicht auf etwaige Sachverständige oder Gutachter ab (LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 25.02.2019 - L 11 KR 240/18 B ER - RID 19-02-79, juris Rn. 74).

Stellt das im Sozialverwaltungsverfahren vorgelegte ärztliche **Attest** lediglich die **Behauptung** auf, dass alle Therapiemöglichkeiten bereits ausgeschöpft seien, ohne dies aber nachvollziehbar, schlüssig und abwägend zu begründen, liegt keine „begründete Einschätzung“ eines Vertragsarztes i.S.d. § 31 VI 1 Nr 1 b SGB V vor.

Das **SG** wies die Klage ab.

b) Begründung der Verordnung

**LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 20.08.2020 - L 9 KR 223/20 B ER**

**RID 20-04-73**

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

Werden zum Beleg einer möglichen positiven Einwirkung der Dronabinoltropfen auf den Krankheitsverlauf von der verordnenden Ärztin mehrere **Studien zur Behandlung** des im Vordergrund stehenden Restless-Legs-Syndroms mit Medizinalcannabis zitiert, können die im Gesetz angelegten medizinischen Voraussetzungen für einen Leistungsanspruch ärztlich nicht besser vorgetragen werden.

Die im Jahre 1974 geb. Ast. leidet im Wesentlichen an einem stark ausgeprägten Restless-Legs-Syndrom mit massiven Schlafstörungen, einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, einer Migräne, einer rezidivierenden depressiven Störung, einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung (Borderline) und einem Tinnitus. **SG Neuruppin**, Beschl. v. 19.03.2020 - S 32 KR 252/19 ER - wies den Antrag ab, das **LSG** verpflichtete die Ag. im Wege einstweiliger Anordnung, die Ast. für ein Jahr, längstens bis zu einer rechtskräftigen Entscheidung im Klageverfahren S 32 KR 208/18, mit öligen Dronabinoltropfen 25mg/ml zu versorgen. Im Übrigen wies es die Beschwerde zurück.

c) Fehlen einer Standardtherapie

**LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 16.10.2020 - L 4 KR 813/19**

**RID 20-04-74**

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

**SGB V §§ 13 I, III, IIIa, 31 VI; SGG §§ 77, 96 I**

**Leitsatz:** 1. Einer (reinen) **Ablehnungsentscheidung** der Verwaltungsbehörde kommt keine **Dauerwirkung** (§ 77 SGG) zu.

2. Bei einer **wiederholten (reinen) Ablehnung** ohne konkreten Zeitraumbezug liegt kein Fall von § 96 Abs. 1 SGG vor, da die (erste) Entscheidung über die Versagung einer Leistung keine weitere (zeitraumbezogene oder sonstige gestalterische) Wirkung hat.

3. Um einen Verstoß gegen das **Verbot der doppelten Rechtshängigkeit** (§ 202 Satz 1 SGG i.V.m. § 17 Abs. 1 Satz 2 GVG) bei gerichtlichem Angriff des zweiten Ablehnungsbescheids zu vermeiden, ist davon auszugehen, dass bei einer wiederholten (reinen) Ablehnungsentscheidung ohne Zeitraumbezug zwar kein Fall des § 96 SGG vorliegt, aber eine zeitliche Zäsurwirkung (zur Vermeidung eventueller doppelter Rechtshängigkeit) eintritt.

4. Zur Ausschöpfung von allgemein anerkannten, dem medizinischen Standard entsprechenden Leistungen als Voraussetzung einer **Versorgung mit Cannabisblüten**.

*SG Stuttgart*, Gerichtsb. v. 25.02.2019 - S 8 KR 4266/18 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

## 2. Behandlung mit Zolgensma

**LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 28.09.2020 - L 10 KR 542/20 B ER**

**RID 20-04-75**

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

**SGB V §§ 27, 39**

Seit der am 18.05.2020 erfolgten europaweiten Zulassung des Arzneimittels Zolgensma für die Behandlung solcher Erkrankungen an spinaler Muskelatrophie, an welcher auch der Ast leidet, kann gegen eine Behandlung hiermit im Rahmen der zugelassenen Indikation per se nicht eingewandt werden, dass deren **Qualität und Wirksamkeit** nicht dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entspricht. Die behandelnden Ärzte dürfen es im Rahmen ihrer Therapiefreiheit einsetzen (so auch: LSG Niedersachsen-Bremen, Beschl. v. 22.06.2020 - L 16 KR 223/20 B ER -RID 20-03-86, juris Rn 25).

Eine **medizinische Indikation** zum Einsatz des Medikaments Zolgensma ist im Rahmen der europaweiten Zulassung ausreichend dargelegt und glaubhaft gemacht, wenn der behandelnde Arzt darlegt, dass eine entsprechende Therapie indiziert und erfolgversprechend sowie auch von der arzneimittelrechtlichen Zulassung erfasst ist.

Die begehrte Leistung muss **ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich** sein und darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten (§ 12 I 1 SGB V). Dass die Therapie mit Zolgensma die Voraussetzungen der Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit erfüllt und auch ausreichend i.S. der Norm ist, ergibt sich ebf. aus den Bescheinigungen, Anträgen und Befunden von Dr. T. Damit kann im Ergebnis dahinstehen, ob nicht, wovon der Senat allerdings ausgeht, der medizinische Zusatznutzen von Zolgensma gegenüber Spinraza bereits durch die Orphan-Zulassung belegt ist. Die Behandlung mit Spinraza hat weder eine bessere Kosten-Nutzen-Relation noch ist gesichert, dass die Versorgung mit Zolgensma überhaupt zu Mehrkosten führen wird.

Die Beteiligten streiten um die Kostenübernahme für das Arzneimittel Zolgensma zur Behandlung der spinalen Muskelatrophie im Wege des einstweiligen Rechtsschutzes. *SG Detmold*, Beschl. v. 13.08.2020 - S 24 KR 1504/20 ER - lehnte den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das *LSG* verpflichtete die Ag., den Ast. vorläufig mit einer stationären Krankenhausbehandlung zur Durchführung einer Therapie mit Zolgensma (Onasemnogene Apeparvovec) zu versorgen, und wies im Übrigen die Beschwerde zurück.

### 3. Selbstbeschaffte intravenös applizierte Immunglobuline: Keine Berufung auf Diagnosefehler

LSG Hessen, Urteil v. 10.09.2020 - L 8 KR 687/18

RID 20-04-76

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris  
SGB V §§ 2, 13 III, 27

**Leitsatz:** Zum **Kostenerstattungsanspruch** nach § 13 Abs. 3 SGB V bei objektiv rechtswidriger Leistungsablehnung durch die Krankenkasse.

Eine **Krankenkasse** kann sich im System der gesetzlichen Krankenversicherung, in welchem den Versicherten Sachleistungen durch ein von den Krankenkassen verantwortetes System zugelassener Vertragsärzte und Krankenhäuser zur Verfügung gestellt werden, nicht auf **Diagnosefehler** der in diesem System agierenden Ärzte und Krankenhäuser berufen, um den Anspruch des Versicherten auf Erbringung der ihm objektiv zustehenden Sachleistungen bzw. bei deren unrechtmäßiger Ablehnung von daraus folgenden Sekundäransprüchen auf Kostenerstattung abzulehnen.

*SG Fulda*, Urt. v. 16.08.2018 - S 11 KR 40/15 - wies die Klage ab, das **LSG** verurteilte die Bekl., dem Kl. die Kosten für die selbstbeschafften intravenös applizierten Immunglobuline in Höhe von 34.773,35 € zu erstatten.

### 4. Kein Anspruch auf Versorgung mit Nahrungsergänzungsmitteln

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 19.08.2020 - L 4 KR 161/20

RID 20-04-77

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris  
SGB V §§ 27, 31 I 1, 92 I 2 Nr. 6

Ein Versicherter hat keinen Anspruch auf Versorgung mit den **Nahrungsergänzungsmitteln Eleutherococcus (Taiga-/Ginsengwurzel)** in Kapselform und **Zinkorot-Tabletten** sowie auf Kostenerstattung für bereits besorgte Präparate.

Es ist dem Gesetzgeber unbenommen, Lebensmittel und sonstige Präparate grundsätzlich aus dem Leistungskatalog des SGB V auszuklammern und damit dem Bereich der **Eigenverantwortung** der Versicherten zuzuweisen, mag hierfür auch krankheitsbedingt ein Mehraufwand anfallen.

*SG Hannover*, Gerichtsb. v. 06.03.2020 - S 10 KR 1312/19 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

### 5. Vitamin-Tabletten

SG Berlin, Urteil v. 08.07.2020 - S 112 KR 624/16

RID 20-04-78

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris  
SGB V §§ 27, 31, 34 I 2

**Leitsatz:** Ein Anspruch auf Versorgung mit **Vitaminpräparaten** und Augentropfen ist nur ausnahmsweise nach Maßgabe der Anlage I zur Arzneimittel-Richtlinie gegeben.

Das *SG* wies die Klage ab.

### 6. Folgenabwägung: Bevacizumab (Avastin) zur Behandlung eines Glioblastoms

LSG Bayern, Beschluss v. 26.08.2020 - L 4 KR 325/20 B ER

RID 20-04-79

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris  
SGB V §§ 27, 31; SGG § 86b II

**Leitsatz:** 1. Die Behandlung eines **rezidierten Glioblastoms** mit dem Fertigarzneimittel **Avastin** kann mangels indikationsbezogener **Zulassung** grundsätzlich nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verlangt werden.

2. Es besteht nach Einschätzung des Senats im Verfahren des einstweiligen Rechtsschutzes kein Anspruch auf Versorgung mit Avastin im Rahmen eines sog. **Off-Label-Use**.

3. Die Ergebnisse der im November 2017 veröffentlichten Phase III-Studie zu Bevacizumab in der Rezidivtherapie eines Glioblastoms lassen nicht erwarten, dass Avastin eine **Zulassungserweiterung** zur Behandlung von Glioblastomen erhalten wird.

4. Zum Vorliegen einer **notstandsähnlichen Situation** bei grundrechtsorientierter Auslegung im Falle des Antragstellers bei begleitenden, rezidivierenden Zystenbildungen im Gehirn.

*SG Regensburg*, Beschl. v. 23.07.2020 - S 16 KR 992/20 ER - verpflichtete die Ag., dem Ast. bis zu einer bestandskräftigen Entscheidung im Widerspruchsverfahren vorläufig die Therapie mit dem Arzneimittel Bevacizumab (Avastin) zur Behandlung des Glioblastoms nach Verordnung der behandelnden Ärzte als Sachleistung zu gewähren, das *LSG* wies die Beschwerde zurück.

## V. Heilmittel

### 1. Feldenkrais-Therapie

**LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 19.08.2020 - L 4 KR 482/19**

**RID 20-04-80**

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) = juris  
**SGB V §§ 12, 13, 27, 32**

Ein Anspruch auf Versorgung mit einem **Heilmittel** ohne **ärztliche Verordnung** ist nach dem Gesetz ausgeschlossen. Zudem muss gewährleistet sein, dass vom Vertragsarzt auch die weitere Kontrolle der Behandlungen und des Behandlungserfolges übernommen wird.

Der therapeutische Nutzen der **Feldenkrais-Therapie** als Voraussetzung für einen Behandlungsanspruch im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung ist durch den GBA nicht anerkannt.

Streitig ist zwischen den Beteiligten, ob der Kl. Anspruch auf Kostenübernahme bzw. Kostenerstattung für einen zwei Jahre dauernden Einzelunterricht nach der Feldenkrais-Methode je 2-mal wöchentlich in Höhe eines Gesamtbetrages von 7.920 € hat. *SG Hannover*, Gerichtsbb. v. 25.10.2019 - S 10 KR 305/19 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

### 2. Langfristiger Heilmittelbedarf: „Psychosomatisierender Patient“

**LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 02.09.2020 - L 9 KR 214/17**

**RID 20-04-81**

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) = juris  
**SGB V § 32 Ia**

Ein „**psychosomatisierender Patient** mit auffallend starken psychischen und körperlichen Verspannungen“ mag von regelmäßiger physiotherapeutischer Behandlung profitieren; langfristiger **Heilmittelbedarf** besteht damit aber nicht.

*SG Berlin*, Ur. v. 22.03.2017 - S 89 KR 1636/16 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

## VI. Hilfsmittel

Nach BSG, Ur. v. 10.09.2020 - **B 3 KR 15/19 R** - kann eine **GPS-Uhr** Beeinträchtigungen in Bezug auf ein allgemeines **Grundbedürfnis** des täglichen Lebens, nämlich das **Erschließen eines gewissen körperlichen Freiraums** mindern. Es erweitert die faktisch eingeschränkte **Bewegungsfreiheit und Mobilität** und mindert die mit der Beeinträchtigung verbundene Teilhabestörung und beeinflusst sie günstig. Die so erzielte Wirkung entspricht dem zentralen Ziel des Rechts der Teilhabe von Menschen mit Behinderungen (vgl. § 1 SGB IX). Der Senat hat bereits in der Vergangenheit entschieden, dass ein GPS-System für blinde oder erheblich sehbehinderte Menschen zur Orientierungshilfe im Einzelfall als Teilhabeleistung erforderlich sein kann (BSG, Ur. v. 26.06.2009 - B 3 KR 4/08 R - SozR 4-2500 § 33 Nr. 26). Dass die GPS-Uhr die Ortung und das Auffinden hilfloser Personen unterstützt, verringert die Beschränkung des Aufenthalts auf verschlossene Räume oder abgesperrte Bereiche, ohne dass dabei der Überwachungsgedanke in den Vordergrund tritt. Bedenken, dass die Einschränkungen primär durch fehlende Aufsichts- und Betreuungspersonen verursacht werden, greifen nicht durch, weil das Gerät nicht primär auf diese Personen bezogen ist, sondern dies nur einen als nachrangig einzustufenden Nebeneffekt darstellt. Auch für Epileptiker mit eintretenden Krampfanfällen werden z.B. Überwachungsgeräte eingesetzt, die nötigenfalls Betreuungs- und Hilfspersonen verständigen. Der Senat sieht sich in seiner Auslegung des von der Beklagten auszugleichenden allgemeinen Grundbedürfnisses des täglichen Lebens bestätigt durch das **Recht auf persönliche Mobilität nach Art. 20 UN-Behindertenrechtskonvention** sowie durch die Rechtsprechung des BVerfG zum Paradigmenwechsel, den das zu Gunsten von Menschen mit Behinderung geschaffene Benachteiligungsverbot des Art. 3 Abs. 3 Satz 2 GG mit sich gebracht hat. Der Behinderungsausgleich ist dabei nicht von vornherein auf eine „Minimalversorgung“ beschränkt (vgl. zuletzt Senatsurteil vom 07.05.2020 - B 3 KR 7/19 R - zur Veröffentlichung vorgesehen, unter Hinweis auf BVerfG v. 30.01.2020 - 2 BvR 1005/18 - NJW 2020, 1282).

Nach BSG, Ur. 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. Elektrorollstuhl einschl. Mikro-/Makrolagerungs- und Stimulationssystem „COSEAT“

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 10.09.2020 - L 11 KR 196/20 B ER

RID 20-04-82

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) = juris  
SGB V § 33 I; SGG § 86b II

Eine Versorgung mit einem **Elektrorollstuhl** mit einem anatomisch geformten, druckentlastenden Sitz- und Rückensystem sowie elektrischen Verstellmöglichkeiten zur Lagerung im Rollstuhl (einschließlich elektrischer Sitz- und Rückenkantelung), elektrischen Fußstützen inkl. Heckantrieb, Kopfstütze, einem Therapietisch und einem Bedienteil für die Begleitperson kann ausreichend sein. Es bedarf keiner Versorgung mit einem Elektrorollstuhl einschließlich des **Mikro-/Makrolagerungs- und Stimulationssystems** „COSEAT“, wenn das damit begehrte Lagerungssystem nicht unentbehrlich ist.

*SG Köln*, Beschl. v. 19.02.2020 - S 21 KR 1618/19 ER - lehnte den einstweiligen Anordnungsantrag ab, das *LSG* wies die Beschwerde zurück.

### 2. Elektroroller: Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens

LSG Niedersachsen-Bremen, Beschluss v. 28.08.2020 - L 16 KR 151/20

RID 20-04-83

*Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 3 KR 55/20 B*  
[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) = juris  
SGB V § 33

Der **Beschaffungsweg** wird nicht eingehalten, wenn der Versicherte eine Entscheidung der Krankenkasse nicht abwartet und sich vor der Entscheidung bereits auf die Anschaffung des E-Scooters Rolektro eco-Fun festgelegt hat.

Bei einem **E-Scooter Elektro** eco-Fun 20 V, 2 SE handelt es sich um **einen Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens**, der nach § 33 I 1 SGB V nicht von der GKV beansprucht werden kann. Der Elektroroller mit einer Geschwindigkeit von ca. 20 km/h und einer Reichweite von ca. 25 km soll nach seiner Konzeption ersichtlich nicht nur den Bedürfnissen von Kranken und Behinderten dienen, sondern ist ein Gegenstand des täglichen Lebens bzw. Freizeitgerät, das auch von Nichtbehinderten regelmäßig genutzt wird. Er ist in seiner Funktion nicht medizinisch geprägt.

*SG Lüneburg*, Urt. v. 27.02.2020 - S 16 KR 257/19 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

### 3. Aussetzung der Verurteilung zu einer Versorgung mit Oberschenkelprothese

LSG Bayern, Beschluss v. 07.09.2020 - L 5 KR 348/20 ER

RID 20-04-84

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) = juris  
SGB V § 33; SGG § 199; ZPO § 719 II

**Leitsatz:** Hat die Erstinstanz die Gebrauchsvorteile eines **Genium-Kniegelenks** nur allgemein, nicht aber individuell festgestellt, ist der Vollzug der erstinstanzlichen Entscheidung auszusetzen.

*SG München*, Gerichtsbb. v. 29.06.2020 - S 28 KR 1660/19 - verurteilte die Bekl., den Kl. mit einer Oberschenkelprothese mit Genium X3 Kniegelenk sowie Triton Fuß als Hilfsmittel zu versorgen. Dagegen ist die Berufung der Bekl. v. 29.07.2020 anhängig (Az.: L 5 KR 314/20). Das *LSG* setzte die Vollstreckung bis zur Erledigung des Rechtsstreits in der Berufungsinstanz aus (§ 199 II 1 SGG).

#### 4. Badeprothese mit beweglichem Fußgelenk

**LSG Saarland, Urteil v. 11.12.2019 - L 2 KR 31/18**

**RID 20-04-85**

juris  
SGB V § 33

**Leitsatz:** Zum Anspruch einer Versicherten auf Versorgung mit einer **Badeprothese mit beweglichem Fußgelenk**.

*SG für das Saarland*, Urt. v. 19.03.2018 - S 23 KR 797/16 - verurteilte die Bekl., der Kl. eine Badeprothese mit wasserfestem Echelon-Fuß zu gewähren, das *LSG* wies die Berufung zurück.

#### 5. Bewegungstrainer

a) Geeignetes und wirtschaftliches Hilfsmittel

**LSG Baden-Württemberg, Beschluss v. 31.07.2019 - L 4 KR 635/19 ER-B**

**RID 20-04-86**

juris  
SGB V § 33; SGG § 86b II

Ein **Bewegungstrainer** besteht in einer **Kombination** der unterstützten Vertikalisierung und des fremdkraftbetriebenen Beintrainings. Jedes dieser Konzepte für sich ist nicht neu in diesem Sinne, sondern gehört zum Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung. Es kann offen bleiben, ob in der Kombination beider Konzepte ein **zusätzlicher therapeutischer Nutzen** (aktive Stimulation der Muskulatur durch passiv eingeleitete Bewegung) verbunden und ausreichend nachgewiesen ist, da sich im Fall des Ast. der Bewegungstrainer nach summarischer Prüfung als geeignetes und wirtschaftliches Hilfsmittel darstellt.

*SG Ulm*, Beschl. v. 08.02.2019 - S 10 KR 4102/18 ER - lehnte den Antrag ab, das *LSG* verpflichtete die Ag. im Wege der einstweiligen Anordnung, den Ast. bis zum Abschluss des Klageverfahrens S 10 KR 4052/18, längstens jedoch bis zum 31.01.2020 mit einem Bewegungstrainer ... der Marke ... vorläufig zu versorgen., und wies im Übrigen die Beschwerde zurück.

b) Folgenabwägung bei Erkrankung an einem Rett-Syndrom

**SG Hannover, Beschluss v. 31.08.2018 - S 89 KR 895/18 ER**

**RID 20-04-87**

juris  
SGB V §§ 33 I, 135; SGG § 86b II

Ob das „Innowalk“ eine neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode darstellt, bedarf **weitergehender Ermittlungen** (z.B. Stellungnahme des GBA, Stellungnahme des Herstellers zu technischen Fragen, Sachverständigengutachten zu Nutzerrisiken).

Eine **Folgenabwägung** hat die Gefahr eines Verlustes der Stehfähigkeit des Versicherten, das Fehlen anderer gleich wirksamer Hilfsmittel sowie eine positive Erprobung des „Innowalk“ zu Gunsten einer Ast. zu berücksichtigen. Die **gesundheitlichen Interessen** der Versicherten überwiegen das **wirtschaftliche Interesse** der Krankenkasse (Kaufpreis: 21.287,75 € bzw. monatliche Miete: 595 €).

Das *SG* verpflichtete die Ag., die Ast. - geb. 1988 und an einem Rett-Syndrom leidend - mit einem Bewegungstrainer des Typs „Innowalk“ zu versorgen. Die Versorgung kann wahlweise durch Zahlung des gesamten Kaufpreises oder monatlich mietweiser Raten erfolgen. Die Anordnung ergeht vorläufig bis zu einer rechtskräftigen Entscheidung in der Hauptsache. Sie ergeht unter der Auflage, dass die Anwendung des „Innowalk“ im häuslichen Umfeld durch eine geeignete Person (z.B. die Mutter der Ast. oder eine andere in den Gebrauch eingewiesene Person) überwacht wird.

c) Folgenabwägung im ER-Verfahren

**SG Münster, Beschluss v. 14.01.2019 - S 16 KR 330/18 ER**

**RID 20-04-88**

juris  
SGB V §§ 33 I, 135

Es kann im Rahmen des **einstweiligen Rechtsschutzverfahrens nicht** abschließend **geklärt** werden, ob die eingebaute Spastikkontrolle und die sonstige Funktionsweise des „Innowalk“ im Hinblick auf das Nutzerrisiko eine Methodenbewertung durch den GBA erfordert. Ebf. im Rahmen des Hauptsacheverfahrens wird abschließend zu prüfen sein, ob die Anwendung des „Innowalk“ auch medizinisch erforderlich ist.

Im Rahmen einer **Folgenentscheidung** ist eine auf Dauer gefährdete Mobilität und Transferfähigkeit eines Versicherten höher zu bewerten als die finanziellen Folgen für die Versichertengemeinschaft, die mit einer möglicherweise unzutreffenden Bewilligungsentscheidung einhergehen. Das beschriebene Risiko des fortschreitenden Verlustes der Steh- und Gehfähigkeit für den Fall eines nicht erfolgreichen achsengerechten Bewegungstrainings würde zudem neben den erheblichen Beeinträchtigungen des Gesundheitszustandes auch zu einer Mehrbelastung der Krankenkasse durch dann wiederum erforderliche, weitergehende Behandlungs- und Versorgungsleistungen für einen noch vergleichsweise jungen Versicherten (hier: geb. 1995) führen.

Das **SG** verpflichtete die Ag. im Wege der einstweiligen Anordnung, den Ast. vorläufig mit einem Bewegungstrainer „Innowalk“ der Firma Made for Movement zunächst für 6 Monate zu versorgen.

**6. Muskeltrainingsgerät (Galileo® Typ Basic)**

**LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 26.06.2020 - L 9 KR 62/18**

**RID 20-04-89**

*Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 3 KR 42/20 B*  
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris  
SGB V §§ 13 III, 33, 135, 140a

Der Schutzzweck des § 135 SGB V, nämlich die Qualitätssicherung und Vermeidung von Gefahren, rechtfertigt es, die **Abgabe eines therapeutischen Gerätes an Versicherte** zur selbst verantworteten Anwendung von einem positiven **Votum des GBA** abhängig zu machen.

**SG Berlin**, Gerichtsbb. v. 22.01.2018 - S 36 KR 1341/16 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

**7. Elektrostimulationsgerät zur Eigenbehandlung**

**LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 10.09.2020 - L 11 KR 362/20 B ER**

**RID 20-04-90**

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

Die Anwendung eines **Elektrostimulationsgeräts** PhySys wird vom Hersteller **medizinischen Fachkreisen** (z.B. Ärzten, Therapeuten, Angehörige, med. Hilfsberufe) vorbehalten. Von daher ist sehr zweifelhaft, ob die Versorgung zu dem Zweck der Erfolgssicherung der Krankenbehandlung in der häuslichen **Eigenbehandlung** überhaupt geeignet ist.

**SG Köln**, Beschl. v. 20.05.2020 - S 21 KR 204/20 ER - lehnte den einstweiligen Anordnungsantrag ab, das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

**8. Zweitversorgung für Besuch vorschulischer Kindereinrichtung (Therapiestuhl)**

**SG Dortmund, Urteil v. 05.08.2020 - S 83 KR 6564/19**

**RID 20-04-91**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris  
SGB V § 33; SGB VIII § 24; SGB IX §§ 14, 16; SGB XII § 54

**Leitsatz:** Ein Anspruch auf **Zweitversorgung** mit einem Hilfsmittel nach § 33 Abs. 1 SGB V für den Besuch einer **vorschulischen Kindereinrichtung** besteht im Hinblick auf die Förderung der Schulfähigkeit erst ab Vollendung des dritten Lebensjahres.

Das **SG** wies die Klage ab.



## 9. Hörgeräte

a) Nutzungsvorteile im gesamten Alltagsleben/Messungenauigkeiten

**LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 19.08.2020 - L 16 KR 974/16**

**RID 20-04-92**

juris

**SGB V § 33 I; SGB IX §§ 14 I, 18 VI 1**

Beschränken sich die zusätzlichen **Nutzungsvorteile** des gewählten Hörgerätes nicht auf den beruflichen Gebrauch, sondern mindern die Nutzungsvorteile die Hörbehinderung im gesamten **Alltagsleben**, dann handelt es sich um ein Hilfsmittel i.S.d. § 33 I SGB V.

Dass das schlechtere Sprachverstehen mit einem zuzahlungsfreien Hörgerät eine **Messtoleranz** sein kann, kann einer Versicherten nicht entgegen gehalten werden und kann auch im Übrigen dahinstehen. Denn die Hilfsmittel-Richtlinie sieht bei der vorgenommenen Anwendung des geforderten und insofern maßgeblichen Freiburger Einsilbentests keine Abschlüsse für Messungenauigkeiten vor (vgl. auch LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 11.12.2019 - L 9 KR 44/17 - RID 20-01-88, juris Rn. 36).

*SG Cottbus*, Urt. v. 10.10.2016 - S 5 R 374/13 - verurteilte den bekl. Rentenversicherungsträger, die Kl. mit dem verfügbaren Nachfolgemodell zum Hörgeräteversorgungssystem A III, GKV Hilfsmittelverzeichnis 13.20.03.0698, zu versorgen. Das *LSG* wies die Berufung der Bekl. mit der Maßgabe zurück, dass die Bekl. verurteilt wird, der Kl. die vorläufig bewilligten Kosten für die Versorgung mit Hörgeräten der Marke Phonak AUDEO B30-312 XS/1811X09V0 bzw. AUDEO B30-312 XS/1811X09UY in Höhe von 2.475,20 € endgültig zu gewähren.

b) Festbetrag: Objektivierung erheblicher Gebrauchsvorteile

**LSG Mecklenburg-Vorpommern, Urteil v. 19.08.2020 - L 6 KR 36/16**

**RID 20-04-93**

juris

**SGB V § 33 I**

**Leitsatz:** Für die Feststellung, dass zum möglichst weitgehenden Ausgleich einer Schwerhörigkeit eine Versorgung mit einem Hörsystem zum **Festbetrag** bzw. Vertragspreis nicht möglich ist, ist es erforderlich, dass das begehrte Hörgerät einen **erheblichen Gebrauchsvorteil** gegenüber anderen, zum Festbetrag erhältlichen Hörhilfen bietet. Voraussetzung hierfür ist, dass sich der Hörgewinn **objektivieren** lässt; ein subjektiver Eindruck des Versicherten kann hingegen regelmäßig nicht ausreichen.

Das **Fehlen validierter Testverfahren**, die reproduzierbar eine vergleichende, alltagsnahe Beurteilung erlauben, vermag die den Versicherten treffende objektive Feststellungslast nicht zu beseitigen.

*SG Schwerin*, Gerichtsbb. v. 06.04.2016 - S 20 KR 46/14 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

## 10. Zusicherung/Endgültiger Zuspruch im ER-Verfahren

**LSG Baden-Württemberg, Beschluss v. 18.04.2019 - L 11 KR 1116/19 ER-B**

**RID 20-04-94**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

**SGB V §§ 33 I, 135 I; SGG § 86b II**

Ein Anordnungsanspruch kann sich aus einem **Bewilligungsschreiben** der Krankenkasse ergeben, wenn die Dauerversorgung mit dem Hilfsmittel (hier: Bewegungstrainer) davon abhängig gemacht wird, ob die mit diesem Hilfsmittel verfolgten Therapieziele erreicht werden können und dies der Fall ist.

Der Ausspruch im Tenor des Beschlusses, dass diese **Anordnung endgültig** und nicht nur vorläufig ist, besagt, dass mit seiner Entscheidung eine „**echte**“ **Vorwegnahme der Hauptsache** bezweckt wird. Eine echte Vorwegnahme der Hauptsache ist gerechtfertigt, wenn eine Klage mit großer Wahrscheinlichkeit Erfolg hätte und angesichts der schweren Behinderungen des Versicherten auch kleine Erfolge bei der Verbesserung körperlicher Funktionen eine große Bedeutung haben.

*SG Karlsruhe*, Beschl. v. 06.03.2019 - S 7 KR 567/19 ER - lehnte den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das *LSG* verpflichtete die Ag., dem Ast. den Bewegungstrainer „...-medium“ (weiterhin) als Sachleistung zur Verfügung zu stellen. Diese Anordnung ist endgültig und nicht nur vorläufig.

## VII. 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. Leistungen zur häuslichen Krankenpflege in einer Wohngemeinschaft

**SG Frankfurt (Oder), Urteil v. 12.08.2020 - S 27 KR 308/16**

**RID 20-04-95**

*Rechtskräftig*

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

**SGB V §§ 13 III, 37**

Ist auf Grund einer psychischen Erkrankungen zur Sicherstellung der ärztlichen Behandlung es entsprechend den ausgestellten Verordnungen unabdingbar, dass einem Versicherten morgens und nachts jeweils eine Tablette der ihm verordneten Psychopharmaka verabreicht wird, da er diese Medikamente krankheitsbedingt selbständig nicht einnimmt und da das Medikament Tavor als Bedarfsmedikation von ihm im Bedarfsfall ebf. nicht selbständig eingenommen wird, so besteht ein Bedarf an pflegerischen Leistungen. Eine **Wohngemeinschaft** kann ein geeigneter Ort für die Erbringung von **Leistungen zur häuslichen Krankenpflege** im Sinne des § 37 II SGB V sein, wenn innerhalb dieser die Leistungen nicht erbracht werden.

Das **SG** gab der Klage statt.

## VIII. Beziehungen zu Krankenhäusern

Nach BSG, Urt. v. 27.10.2020 - **B 1 KR 25/19 R** - darf das Krankenhaus die **multimodale Schmerztherapie** nach dem Operationen- und Prozedurenschlüssel OPS 8-918 nur dann kodieren, wenn es bei interdisziplinärer Einbeziehung der psychologisch-psychotherapeutischen Disziplin, insbesondere bei der interdisziplinären Diagnostik, hierfür **approbierte Psychologische Psychotherapeuten** einsetzt. Dies war hier nicht der Fall. Weder der Diplom-Psychologe noch die Diplom-Psychologin waren als Psychologische Psychotherapeuten approbiert. Sie verfügten insoweit nicht einmal über eine abgeschlossene Ausbildung. Nach BSG, Urt. v. 27.10.2020 - **B 1 KR 9/20 R** - erfordert das in § 12 I SGB V geregelte Wirtschaftlichkeitsgebot, dass Krankenhäuser bei der Behandlungsplanung die Möglichkeit **wirtschaftlichen Alternativverhaltens prüfen** und bei Bestehen mehrerer gleich zweckmäßiger und notwendiger Behandlungsalternativen die **kostengünstigste wählen**. Wählen sie eine unwirtschaftliche Behandlungsalternative, lässt das den Vergütungsanspruch nach der ständigen Rechtsprechung des Senats nicht vollständig entfallen. Vielmehr hat das Krankenhaus Anspruch auf die Vergütung, die bei fiktivem wirtschaftlichem Alternativverhalten anfiel. Daran hält der Senat auch in Ansehung der mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (**PpSG**) vom 11.12.2018 eingefügten Regelung des **§ 8 V 3 KHEntgG** fest. Diese Regelung ist - anders als andere Regelungen des PpSG - **erst zum 1.1.2019 in Kraft getreten** und findet auf den vorliegenden Fall keine Anwendung. Die Kl. führte zwei vollstationäre Behandlungen mit zwischenzeitlicher Entlassung des Versicherten durch und rechnete dafür zwei Fallpauschalen ab. Sie hätte den Versicherten im Hinblick auf die der Durchführung der Operation entgegenstehende, noch nicht abgeklungene Medikamenteneinwirkung aber auch beurlauben können, wodurch eine geringere Vergütung angefallen wäre. § 1 VII 5 FPV 2012 stand einer Beurlaubung des Versicherten nicht entgegen. Nach BSG, Urt. v. 27.10.2020 - **B 1 KR 8/20 R** - und - **B 1 KR 12/20 R** - ist Begriff der **Verlegung** in § 1 I 4 FPV definiert als Aufnahme eines Versicherten in einem Krankenhaus **innerhalb von 24 Stunden** nach Entlassung aus einem anderen. Der Wortlaut der Vorschrift lässt ein anderes - etwa am allgemeinen Sprachgebrauch orientiertes - Verständnis des Begriffs der Verlegung nicht zu. Dafür sprechen auch die § 1 I FPV innewohnende Systematik und das dort geregelte Verhältnis zu § 3 FPV. Die **Rückverlegung** ist ein Unterfall der Verlegung. Zwischen der Entlassung und der Wiederaufnahme der Versicherten lagen weniger als 24 Stunden.

Nach BSG, Urt. v. 16.07.2020 - **B 1 KR 15/19 R** - steht der Geltendmachung eines Erstattungsanspruchs **für vor dem 01.01.2015** gezahlte **Aufwandspauschalen** in der hier vorliegenden, durch besondere Umstände gekennzeichneten Konstellation **ausnahmsweise der Einwand unzulässiger Rechtsausübung entgegen**. Die durch frühere Rspr. des BSG gestützte Verwaltungspraxis und das gemeinsame Verständnis zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern differenzierte seit Einführung des Fallpauschalensystems nicht zwischen der Wirtschaftlichkeitsprüfung und der für Krankenhäuser kalkulatorisch bedeutsamen Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit. Auf diese **gemeinsame Verwaltungspraxis durften Krankenhäuser vertrauen**. Ihr Vertrauen wurde erst durch Bekanntwerden und Auswertung des Urteils vom 01.07.2014 Ende des Jahres 2014 erschüttert, so dass sie sich bis Ende 2014 insoweit gegenüber Krankenkassen auf Treu und Glauben berufen konnten. Ab 01.01.2015 war dieses Vertrauen angesichts der Diskussion des Urteils vom 01.07.2014 in der Fachöffentlichkeit bei generalisierenden Betrachtungsweise jedoch erschüttert, so dass Krankenhäuser nicht darauf vertrauen durften, für sachlich-rechnerische Prüfungen ab 01.01.2015 vorbehaltlos gezahlte Aufwandspauschalen endgültig behalten zu dürfen. Nach BSG, Urt. v. 16.07.2020 - **B 1 KR 22/19 R** - ist es für eine **Fallzusammenführung unerheblich**, dass **zwischen** den beiden derselben MDC (Major Diagnostic Category - Hauptdiagnosegruppe) zugeordneten Behandlungsfällen **eine weitere Behandlung stattgefunden** hat, die einer anderen MDC zugeordnet ist. Vergütungsregelungen (Kodierregelungen)

sind streng nach dem Wortlaut, allenfalls unterstützt durch systematische Erwägungen auszulegen. Die Vorschrift in § 2 Abs. 2 FPV 2015 regelt nach ihrem Wortlaut nur die Reihenfolge der Partitionen, denen abgerechnete Fallpauschalen „innerhalb der gleichen Hauptdiagnosegruppe“ zugeordnet sind. Der Wortlaut stellt sogar ausdrücklich klar, dass sich die geregelte Reihenfolge der Partition nur auf einen „unter diese Vorschrift zur Zusammenfassung fallenden Krankenhausaufenthalt“ bezieht, also einen Krankenhausaufenthalt der gleichen Hauptdiagnosegruppe. Die Entstehungsgeschichte (norm)vertraglicher Regelungen der FPV unter Heranziehung der Leitsätze des BMG zur KFPV 2004 spielt keine Rolle. Nach BSG, Urt. v. 16.07.2020 - **B I KR 16/19 R** - ist eine **Nebendiagnose** nach DKR D003i dann zu kodieren, wenn die Voraussetzungen des Diagnoseschlüssels vorliegen und sich die Erkrankung etc. zudem auf das Versorgungsgeschehen tatsächlich im Sinne eines zusätzlichen Aufwands ausgewirkt hat. T81.4 ist auch nicht im Wege der Mehrfachkodierung als Nebendiagnose zu kodieren. Eine **Mehrfachkodierung** - wie hier für ein und dieselbe Erkrankung (Arthritis) - findet **nur in den in DKR D012i abschließend aufgeführten Fallgruppen statt**, die hier nicht vorliegen. Nach BSG, Urt. v. 17.12.2019 - **B I 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. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden: Bronchiale Thermoplastie

**LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 09.06.2020 - L 5 KR 679/18**

**RID 20-04-96**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris  
SGB V §§ 2 I, 12 I, 70 I 1, 137c

**Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden** dürfen auch im Rahmen einer stationären Krankenhausversorgung nur dann angewendet werden, wenn der Behandlungserfolg aus wissenschaftlich einwandfrei durchgeführten Studien über die Zahl der behandelten Fälle und die Wirksamkeit der Methode abzulesen ist. Bei der „**bronchialen Thermoplastie**“ handelte es sich (jedenfalls im September 2015) um eine nach zwingenden normativen Vorgaben ungeeignete Versorgung von Versicherten nach dem SGB V.

**SG Aachen**, Urt. v. 16.08.2017 - S 15 KR 348/16 - verurteilte die Bekl. zur Zahlung von 3.296,73 € nebst Zinsen, das **LSG** wies die Klage ab.

## 2. Knöcherner Defekt und modulare Endoprothese

**LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 17.08.2020 - L 9 KR 152/17**

**RID 20-04-97**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris  
SGB V §§ 12, 39

**Leitsatz:** Die **knöcherne Defektsituation** i.S. des OPS-Kodes 5-829.k (2014) zeichnet sich dadurch aus, dass die Funktion des Knochens eingeschränkt ist. Klassischerweise ist das dann der Fall, wenn durch einen Knochenbruch eine Lücke - auch bildgebend - im Knochen nachweisbar ist. Der Defekt kann dadurch bedingt sein, dass der Verlust an Knochen auftritt, entweder im Bereich der Knochenrinde oder im Bereich des Knochenbalkens, die dann zu einer Lücke oder einer leeren Stelle führen. Ein knöcherner Defekt liegt aber auch dann vor, wenn eine Veränderung des Knochens bei inzipienter pathologischer Fraktur besteht oder bei einer bereits eingetretenen Unterbrechung der Knochenrinde.

**SG Cottbus**, Gerichtsbb. v. 07.03.2017 - S 18 KR 209/16 - verurteilte die Bekl., an die Kl. 1.550 € nebst Zinsen zu zahlen. Das **LSG** korrigierte die Nebenentscheidung und wies im Übrigen die Berufung zurück.

## 3. Mindestmenge

a) Vermutung der berechtigten mengenmäßigen Erwartung

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

**RID 20-04-98**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris  
SGB V §§ 108, 136 b I 1 Nr. 2, IV

Bei der **Widerlegung der Richtigkeit** der vom Krankenhausträger getroffenen Prognose bzgl. der erforderlichen Mindestmenge handelt es sich um eine hoheitliche Regelung mit Außenwirkung, mit der verbindlich über die Leistungserbringungsberechtigung des Krankenhauses für das kommende Jahr entschieden wird.

Es besteht bereits eine **Vermutung der berechtigten mengenmäßigen Erwartung**, wenn das Krankenhaus im vorausgegangenen Kalenderjahr die maßgebliche Mindestmenge erreicht hat.

Bei einem „**Kalenderjahr**“ handelt es sich nach dem allgemeinen Wortverständnis immer um den Zeitraum zwischen dem 1. Januar und dem 31. Dezember eines Jahres. **Bezugspunkt** des „vorausgegangen“ ist dabei das Jahr, in dem die Prognose zu stellen ist und nicht das Jahr, für das die Prognose zu stellen ist.

Das Krankenhaus stellt die Mindestmengenprognose selbst auf. Für eine **Feststellungsklage** fehlt es deshalb an einem **Rechtsschutzbedürfnis**.

**SG Braunschweig**, Urt. v. 21.01.2020 hob den Feststellungsbescheid betreffend die Mindestmengenregelung für die Leistung „Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus“ auf und stellte fest, dass am Klinikum der Kl. die Mindestmengenregelung für die Leistung „Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus“ für das Kalenderjahr 2020 erfüllt sei. Das **LSG** hob das Urteil auf, soweit es feststellte, dass am Klinikum der Kl. die Mindestmengenregelung für die Leistung „Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus“ für das Kalenderjahr 2020 erfüllt sei. Im Übrigen wies es die Berufung zurück.

b) Abgabe einer wirksamen Prognose nach strukturellen Veränderungen

**SG Würzburg, Urteil v. 25.08.2020 - S 11 KR 507/19**

**RID 20-04-99**

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) = juris  
**SGB V § 136b**

**Leitsatz:** Ein **Begründungsausschluss** nach § 4 Abs. 3 Mm-R liegt lediglich für solche Veränderungen vor, die das Erreichen der **Mindestmengen** verhindert haben (z.B. Weggang eines Chefarztes). Strukturelle Veränderungen, die ausschließlich eine positive Fallzahlenentwicklung erwarten lassen, können wiederholt zur Prognosebegründung herangezogen werden.

Das **SG** hob den angefochtenen Bescheid der Beklagten auf.

#### 4. Prüfverfahrensvereinbarung

a) Konkrete Bezeichnung der Unterlagen durch MDK

**LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 14.11.2019 - L 16 KR 929/16**

**RID 20-04-100**

*Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 34/20 B*  
[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)  
**SGB V §§ 109 IV 3; KHEntgG § 7 I; KHG § 17b**

Die **PrüfvV 2015** nach § 17c II KHG geht als jüngere und bundeseinheitliche Regelung den landesvertraglichen Bestimmungen nach § 112 II Nr. 2 SGB V vor; eine entsprechende Bestimmung trifft § 11 PrüfV 2015.

Nach § 7 II 2 PrüfV 2015 kann der MDK bei einer Prüfung im schriftlichen Verfahren die Übersendung einer Kopie der Patientenunterlagen verlangen, die er zur Beurteilung von Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistung sowie zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung benötigt. Der **MDK** hat die von ihm benötigten **Unterlagen** insoweit **konkret zu bezeichnen**.

**SG Detmold**, Urt. v. 04.11.2016 - S 15 KR 155/16 - verurteilte die Bkl. zur Zahlung eines Betrages von 1.696,84 € nebst Zinsen, das **LSG** wies die Berufung zurück.

b) Ausschlussfrist zur Mitteilung der abschließenden Prüfentscheidung

**SG Dresden, Urteil v. 24.06.2020 - S 38 KR 219/18**

**RID 20-04-101**

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) = juris  
**SGB V §§ 39, 108; KHG § 17c II; PrüfV 2014**

**Leitsatz:** 1. Die Krankenkasse kann ihre **Leistungsentscheidung** nach Ablauf der **Frist** des § 8 S. 3 PrüfV) in der bis zum 31.12.2016 geltenden Fassung (PrüfvV a.F.) nicht mehr **abändern**.

2. Eine **Korrektur** oder Berichtigung der Leistungsentscheidung nach § 8 S. 1 PrüfV a.F. und der wesentlichen Gründe nach § 8 S. 2 PrüfV a.F. ist nur in engen Grenzen möglich, insbesondere muss die Unrichtigkeit offensichtlich sein und sich aus der Leistungsentscheidung selber ergeben.

Das **SG** verurteilte die Bkl., an die Kl. 3.073,25 € nebst Zinsen zu zahlen.

c) Nachforderung des Krankenhauses nach MDK-Prüfung

**SG Fulda, Gerichtsbescheid v. 13.08.2020 - S 4 KR 169/18**

**RID 20-04-102**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris  
SGB V §§ 109, 112, 275; KHG § 17c II; KHEntgG § 7

**Leitsatz:** Führt das **Ergebnis der MDK-Prüfung** einer Krankenhausabrechnung zu einer höheren Vergütung, unterliegt die daraus folgende Korrektur von Datensätzen sowie eine entsprechende **Nachforderung des Krankenhauses** nicht den Einschränkungen des § 7 Abs. 5 PrüfV (in der ab 01.01.2017 geltenden Fassung).

Das **SG** verurteilte die Bekl., an die Kl. 4.939,92 € nebst Zinsen zu zahlen.

d) Vorlagefrist für Krankenhausunterlagen: Materiell-rechtliche Ausschlussfrist

**LSG Hessen, Urteil v. 27.08.2020 - L 8 KR 41/19**

**RID 20-04-103**

Revision anhängig: B 1 KR 32/20 R  
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris  
SGB V §§ 109 IV 3, 275 Ic; KHG § 17c II

Nach § 7 I PrüfV 2015 liegt es in der **Entscheidungsbefugnis des MDK**, eine Prüfung vor Ort oder eine Prüfung im schriftlichen Verfahren durchzuführen, wenn es zu keiner Verständigung mit dem Krankenhaus kommt.

Aus § 7 II 2 PrüfV 2015 folgt eine weitgehende Beurteilungs- bzw. Einschätzungsfreiheit des MDK hinsichtlich der von ihm für die Prüfung benötigten **Unterlagen**.

Die Regelung des § 7 II 3 und 4 PrüfV 2015 beinhaltet der Sache nach eine **materiell-rechtliche Ausschlussfrist**. Die betreffende Vereinbarung lässt sich auch auf eine hinreichende gesetzliche Ermächtigungsgrundlage (§ 17c II KHG) stützen (vgl. bereits LSG Hessen, Urte. v. 28.05.2020 - L 8 KR 221/18 - RID 20-03-125, Revision anhängig: B 1 KR 24/20 R).

**SG Marburg**, Gerichtsbes. v. 02.01.2019 - S 14 KR 1/18 - RID 19-01-142 wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

e) Nachträgliche Abrechnungskorrektur: Keine materielle Ausschlussfrist

**LSG Bayern, Urteil v. 13.08.2020 - L 4 KR 437/19**

**RID 20-04-104**

Revision anhängig: B 1 KR 34/20 R  
www.sozialgerichtsbarkeit.de  
SGB V §§ 109, 112, 275; KHG § 17c II; KHEntgG § 7; PrüfV § 7 V

Die Fünfmónatsfrist für die nachträgliche (Abrechnungs-)Datensatzkorrektur im MDK-Prüfverfahren nach § 7 V PrüfV 2014 schließt schon nach ihrem Wortlaut die nachträgliche Korrektur einer Krankenhausabrechnung nicht aus. Darüber hinaus sprechen auch systematische Erwägungen dagegen, dass § 7 V PrüfV 2024 die Vergütung betreffende **materielle Ausschlussfristen** enthält (Anschluss an LSG Baden-Württemberg, Urte. v. 17.04.2019 - L 5 KR 1522/17 - RID 19-02-95; LSG Hessen, Urte. v. 14.11.2019 - L 8 KR 224/17 -).

**SG Landshut**, Urte. v. 26.06.2019 - S 6 KR 151/17 - verurteilte die Bekl., an die Kl. 5.371,36 € nebst Zinsen zu zahlen. Das **LSG** wies die Berufung zurück.

## 5. Fallpauschalen

a) Fallzusammenführung

**LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 08.07.2020 - L 10 KR 276/19**

**RID 20-04-105**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris  
FPV 2014 § 2

Ein Krankenhaus verstößt gegen das **Wirtschaftlichkeitsgebot**, wenn es den Versicherten entlässt, statt ihn zu beurlauben. Es kann nach den Grundsätzen des fiktiven wirtschaftlichen Alternativverhaltens nur die Vergütung beanspruchen, die angefallen wäre, wenn es den Versicherten in wirtschaftlicher Weise behandelt hätte. Eine **Entlassung** am Freitag, 20.06.2014, und

**Wiederaufnahme** am darauffolgenden Montag, 23.06.2014, zur CT-gesteuerte Punktion und Anlage einer Drainage aufgrund eines am 18.06.2014 diagnostizierten Abszessprogresses mit Wirbelkörperdestruktion ist unwirtschaftlich.

*SG Düsseldorf*, Ur. v. 26.02.2019 - S 27 KR 433/17 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

b) Kodierung der Hauptdiagnose

**LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 25.06.2020 - L 1 KR 111/18**

**RID 20-04-106**

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

**SGB V §§ 109 IV 3, 112 II, 301; KHG § 17b I; KHEntgG § 7 I 1 Nr. 1, 9 I 1 Nr. 1**

Funktion der **Hauptdiagnose** ist, die Krankheit zu bezeichnen, die vorrangig während des Aufenthalts des Patienten im Krankenhaus behandelt wird. Eine bei einem Versicherten bestehende Gesundheitsstörung wird nicht als Haupterkrankung kodiert, wenn sie während des Krankenhausaufenthaltes nicht behandelt wird.

*SG Potsdam*, Ur. v. 22.02.2018 - S 15 KR 376/15 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

c) Geriatriche frührehabilitative Komplexbehandlung

aa) Dokumentationsanforderungen

**SG Dortmund, Urteil v. 24.07.2020 - S 74 KR 1768/17**

**RID 20-04-107**

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

**SGB V §§ 39, 69, 109, 295, 301; BGB §§ 142, 812; KHEntgG § 7; KHG § 17b**

**Leitsatz:** 1. Die von BSG, Ur. v. 19.12.2017 - B 1 KR 19/17 R - BSGE 125, 91 = SozR 4-1500 § 120 Nr. 3 aufgestellten Grundsätze zu den **Dokumentationsanforderungen** der wöchentlichen Teambesprechung im Rahmen des OPS 8-550.1 sind durch die **Klarstellung des DIMDI** zum 01.01.2019 nicht vollständig aufzugeben.

2. Nach dem OPS 8-550.1 müssen alle Berufsgruppen einschließlich der fachärztlichen Behandlungsleitung an der wöchentlichen **Teambesprechung** teilnehmen.

3. Auch wenn die Dokumentation der Teilnahme nicht Voraussetzungen für den OPS 8-550.1 ist, muss die Teilnahme aller Berufsgruppen während der wöchentlichen Teambesprechung gleichwohl **nachweisbar** sein.

Das *SG* verurteilt die bekl. Krankenträgerin, für die Behandlung des Herrn M in der Zeit vom 09.11.2013 bis zum 26.11.2013 der kl. Krankenkasse 4.462,12 € zzgl. Zinsen zu zahlen.

bb) Erstattungsanspruch: Einwand unzulässiger Rechtsausübung

**LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 26.08.2020 - L 9 KR 462/17**

**RID 20-04-108**

*Revision anhängig: B 1 KR 31/20 R*

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

**SGB V §§ 108, 109 IV 3, 275 I c, 301; KHEntgG §§ 7 I 1 Nr. 1, 9 I 1 Nr. 1; KHG § 17b**

**Leitsatz:** Einem Erstattungsanspruch einer Krankenkasse aus Anlass einer Krankenhausvergütung kann der **Einwand unzulässiger Rechtsausübung** (§ 242 BGB) entgegenstehen, wenn die Vergütung **langjähriger Verwaltungspraxis** entsprach und erst auf der Grundlage einer Entscheidung des Bundessozialgerichts zu Kodierungsfragen **rückwirkend** für Zeiten vor der Entscheidung Erstattungsansprüche begründet werden.

*SG Neuruppin*, Ur. v. 25.09.2017 - S 33 KR 417/15 - verurteilte die Bekl., den streitigen Betrag nebst Zinsen an die Kl. zu zahlen. Das *LSG* wies die Berufung zurück.

d) Diagnostischer Aufwand zur Abklärung einer Begleiterkrankung

**LSG Mecklenburg-Vorpommern, Urteil v. 19.08.2020 - L 6 KR 2/16**

**RID 20-04-109**

juris

**SGB V § 108**

**Leitsatz:** 1. Ein **diagnostischer Aufwand** zur Abklärung einer Begleiterkrankung führt auch dann zu deren **Kodierfähigkeit**, wenn das Ergebnis dieser Diagnostik keine weiteren (diagnostischen,

therapeutischen oder pflegerischen) Folgen hat (BSG, Urt. v. 25.11.2010 - B 3 KR 4/10 R - BSGE 107, 140 = SozR 4-2500 § 109 Nr. 21, juris Rn. 21).

2. Eine konkrete Erkrankung, sei sie auch nur eine vermutete oder befürchtete, selbst wenn sie sich noch nicht zu einer Verdachtsdiagnose verdichtet hat, macht eine gerade auf ihre Bestätigung (oder ihren Ausschluss) gerichtete Untersuchung im Sinne der DKR erforderlich; bestätigt die Untersuchung das Vorliegen der Erkrankung, führt dies zu deren **Kodierbarkeit als Nebendiagnose**.

*SG Stralsund*, Urt. v. 27.11.2015 - S 3 KR 56/12 - wies die Klage ab, das *LSG* verurteilte die Bekl., an die Kl. 4.185,89 € nebst Zinsen zu zahlen.

e) Intensivmedizinische Komplexbehandlung: Behandlungsleitende Ärzte

**SG München, Urteil v. 23.07.2020 - S 15 KR 1684/18**

**RID 20-04-110**

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

**SGB V §§ 109 IV 3, 112 II, 301; KHG § 17b I; KHEntgG § 7 I 1 Nr. 1, 9 I 1 Nr. 1**

Nach dem klaren Wortlaut der **intensivmedizinischen Komplexbehandlung** OPS 8-980 im Jahr 2015 ist es unerheblich, ob die **behandlungsleitenden Ärzte** am Wochenende/feiertags Dienst hatten, denn für die Leitung bedarf es bereits keinesfalls eine tägliche sowie ständige (24-stündige) Anwesenheit (ähnl. *LSG Baden-Württemberg*, Urt. v. 24.03.2015 - L 11 KR 5212/13 - RID 15-04-121, juris Rn. 48). Es reicht, wenn ein leitender Arzt mit der Zusatzweiterbildung „Intensivmedizin“ die Geschicke der Intensivabteilung lenkt; andernfalls wäre im OPS die Notwendigkeit einer fortwährenden Behandlungsleitung - auch nachts und am Wochenende - anzugeben (im Ergebnis ebs. *SG Osnabrück*, Urt. v. 14.02.2018 - S 34 KR 576/16 - RID 18-02-147, juris Rn. 27 ff.).

Das *SG* verurteilte auf Klage des Krankenträgers die Bekl., an die Kl. 9.132,66 € nebst Zinsen zu zahlen (bzw. wies im Parallelverfahren die Klage der Krankenkasse ab).

**Parallelverfahren:**

**SG München, Urteil v. 23.07.2020 - S 15 KR 2143/18**

**RID 20-04-111**

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

f) „Multimodale Schmerztherapie“: Psychologe

**LSG Sachsen, Urteil v. 10.04.2019 - L 1 KR 170/16**

**RID 20-04-112**

*Revision - B 1 KR 25/19 R - zurückgewiesen*

juris = KHE 2019/53 = KRS 2020, 218

**KHEntgG §§ 1, 11**

**Leitsatz:** 1. Ein Krankenhaus darf die **Prozedur „Multimodale Schmerztherapie“** (Nr 8-918 OPS 2014) nur kodieren, wenn die Behandlung unter Einbeziehung eines Facharztes für Psychiatrie, Psychotherapie oder Psychosomatik oder eines Psychologischen Psychotherapeuten durchgeführt wurde. Die Einbeziehung eines **Psychologen** mit der Erlaubnis der Heilkunde auf dem Gebiet der Psychotherapie nach § 1 Abs. 1 HeilprG genügt nicht.

2. Zum **Facharztstandard** im Rahmen der Krankenhausbehandlung.

*SG Dresden*, Gerichtsbb. v. 23.06.2015 - S 18 KR 884/14 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung, *BSG*, Urt. v. 27.10.2020 - B 1 KR 25/19 R - die Revision zurück.

g) Gabe von Apherese-Thrombozyten-Konzentraten

**SG Detmold, Urteil v. 01.09.2020 - S 2 KR 369/20**

**RID 20-04-113**

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

**SGB V §§ 109 IV 3, 112 II, 301; KHG § 17b I; KHEntgG § 7 I 1 Nr. 1, 9 I 1 Nr. 1**

Die Gabe von **Apherese-Thrombozyten-Konzentraten** im Rahmen einer Herzoperation ist medizinisch erforderlich und kann nicht durch die kostengünstigeren **Pool-Thrombozyten-Konzentrate** ersetzt werden. Dies ergibt sich bereits unter dem Aspekt des Goldstandards und dem Aspekt des Infektionsschutzes.

Das *SG* verurteilte die Bekl., an die Kl. 489,30 € nebst Zinsen zu zahlen.

**Parallelverfahren:**

**SG Detmold, Urteil v. 01.09.2020 - S 2 KR 1684/19**

RID 20-04-114

*Berufung anhängig: LSG Nordrhein-Westfalen - L 10 KR 655/20 -  
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris*

**SG Detmold, Urteil v. 01.09.2020 - S 2 KR 1333/19**

RID 20-04-115

*www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris*

h) Kodierung einer Shuntvene

**LSG Hamburg, Urteil v. 26.08.2020 - L 1 KR 97/19**

RID 20-04-116

*Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 82/20 B  
www.sozialgerichtsbarkeit.de*

**SGB V §§ 109 IV 3, 112 II, 301; KHG § 17b I; KHEntgG § 7 I 1 Nr. 1, 9 I 1 Nr. 1**

Eine **Shuntvene** ist kein „sonstiges“ Gefäß, ansonsten würde das bedeuten, dass ein Gefäß in seinem Verlauf von einem „sonstigen“ Gefäß in eine „normale“ Vene mutiert. Ein Gefäß hat einen bestimmten Charakter und behält diesen in seinem Verlauf. Eine Shuntvene ist als **Vene** zu kodieren. Im Bereich der Kodierung stationärer Behandlungen ist eine **ergebnisorientierte Betrachtung** unzulässig.

*SG Hamburg*, Urt. v. 25.06.2019 - S 8 KR 1239/16 - verurteilte die Bekl. zur Zahlung von 2.642,52 € nebst Zinsen, das *LSG* wies die Klage ab.

**Parallelverfahren:**

**LSG Hamburg, Urteil v. 26.08.2020 - L 1 KR 53/20**

RID 20-04-117

*Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 83/20 B  
www.sozialgerichtsbarkeit.de*

i) Nachweis einer Harnwegsinfektion

**LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 26.06.2020 - L 9 KR 523/17**

RID 20-04-118

*www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris*

**SGB V §§ 109 IV 3, 112 II, 301; KHG § 17b I; KHEntgG § 7 I 1 Nr. 1, 9 I 1 Nr. 1**

Das Vorliegen einer **Infektion/entzündlichen Reaktion** muss **zweifelsfrei feststehen**, allein die Möglichkeit oder ein Verdacht reichen nicht. Zwar umfasst T83.5 alle Arten der Infektion/entzündlicher Veränderung im Harntrakt, im Fall der Klägerin kommt jedoch allein eine Harnwegsinfektion in Betracht.

*SG Berlin*, Gerichtsbb. v. 10.11.2017 - S 210 KR 1284/13 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

j) Implantation eines Ereignisrekorders

**LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 18.08.2020 - L 11 KR 2084/19**

RID 20-04-119

*www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris*

**SGB V §§ 2 I 3, 39 I 2, 109 IV 3, 301 II 2; KHG § 17b; KHEntgG §§ 7 I 1 Nr. 4, 9 I Nr. 1**

**Leitsatz:** Zur **Indikation** für die Implantation eines **Ereignisrekorders** (implantierbarer Loop-Rekorder - ILR) im Jahr 2016.

*SG Karlsruhe*, Urt. v. 29.05.2019 - S 13 KR 1033/17 - verurteilte die Bekl. zur Zahlung von 3.374,74 € zzgl. Zinsen, das *LSG* wies die Berufung zurück.

## 6. Rückforderung der Umsatzsteuer durch Krankenkasse

**SG Duisburg, Urteil v. 18.09.2020 - S 60 KR 1678/19 WA**

RID 20-04-120

*www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris*

**SGB V § 129a**

Erwirkt ein Universitätsklinikum, dass das zuständige **Finanzamt** durch **Korrekturbescheide** die Umsatzsteuer zurücknimmt, so erfolgt die Leistung der **Umsatzsteuer** durch die Krankenkasse ohne Rechtsgrund.

Das *SG* verurteilte auf Klage der Krankenkasse die bekl. Trägerin eines Universitätsklinikums, an die Kl. 57.788,71 € zzgl. Zinsen zu zahlen.



## 7. Aufwandspauschale: Erweiterung des Prüfgegenstandes aufgrund Fallsplittings

SG Dortmund, Urteil v. 05.08.2020 - S 83 KR 6061/19

RID 20-04-121

www.sozialgerichtsbarkeit.de  
SGB V a.F. § 275 I c 3

Bei Überprüfung eines bereits geprüften Erstaufenthaltes unter einer **Erweiterung des Prüfgegenstandes** innerhalb der Prüfung eines zweiten Aufenthaltes mit der Fragestellung eines unzulässigen Fallsplittings fällt keine **Aufwandspauschale** an.

Das *SG* wies die Klage ab.

## IX. Beziehungen zu Leistungserbringern und Arzneimittelherstellern

Nach BSG, Urt. v. 10.09.2020 - *B 3 KR 11/19 R* - ist eine **Feststellungsklage** gegen die Änderung der Anlage XII der AM-RL durch den Nutzenbewertungsbeschluss des beklagten GBA **zulässig**, wenn es nicht von vornherein gänzlich ausgeschlossen ist, dass das Fertigarzneimittel in das frühe Nutzenbewertungsverfahren nicht einzubeziehen war. Aus der vertretbaren Sicht der Kl. **könnte das Fertigarzneimittel so qualifiziert werden, dass es sich gar nicht um ein solches mit einem „neuen“ Wirkstoff i.S. von § 35a I SGB V i.V.m. § 2 I 2 AM-NutzenV handelt**. Ob dies inhaltlich zutrifft, ist nicht im Rahmen der Zulässigkeit zu prüfen, sondern ist eine Frage der Begründetheit der Klage. Im Übrigen gilt schon nach der Rechtsprechung des Senats zur Festbetragsgruppenbildung nach § 35 I SGB V, dass Arzneimittelhersteller zur Anrufung der Gerichte befugt sind, wenn sie rügen, in ihren Grundrechten aus Art. 12 I i.V.m. Art. 3 I GG durch staatliche Maßnahmen, die den **Wettbewerb verfälschen**, verletzt zu sein. Da der Nutzenbewertungsbeschluss Feststellungen dazu enthält, was im Einzelfall für die Behandlung zweckmäßig und wirtschaftlich ist, entfaltet er Wirkungen für das am Wirtschaftlichkeitsgebot zu messende vertragsärztliche Verordnungsverhalten und kann eine erhebliche Marktsteuerung bewirken. Die Kl. kann als Grundrechtsträgerin auch nur durch die hier erhobene Klage gegen den GBA **effektiven Rechtsschutz** erlangen. Der Ausschluss der Klagemöglichkeit würde sie in ihrem Recht aus Art. 19 IV GG verletzen. Zwar ist nach § 35a VIII 1 SGB V u.a. eine „gesonderte Klage“ gegen den Nutzenbewertungsbeschluss nach § 35a III SGB V unzulässig. Dem kann aber nicht entnommen werden, dass eine solche Klage in jeder prozessualen Konstellation ausgeschlossen ist (BSG, Urt. v. 28.03.2019 - *B 3 KR 2/18 R* - BSGE 127, 288 = SozR 4-2500 § 130b Nr. 3, Rn. 36 f.). Zuletzt hat der Senat noch offen gelassen, wie die Rechtslage zu beurteilen ist, wenn im Anschluss an die Nutzenbewertung des GBA - wie vorliegend - auf der zweiten Stufe kein Schiedsspruch nachfolgt, sondern Pharmaunternehmen und GKV-SpV einen Erstattungsbetrag vereinbaren. Diese Konstellation ist so zu entscheiden, dass der Ausschluss nur für eine „gesonderte“ Klage gilt, dass eine solche vorliegend aber gar nicht im Raum steht, weil es gar keinen Schiedsspruch gibt. Der **Nutzenbewertungsbeschluss** ist auch keine bloße vorbereitende behördliche Verfahrenshandlung (vgl. § 56a Satz 1 SGG), sondern hat **Normcharakter** (vgl. § 35a III, § 92 I 2 Nr. 6, § 91 VI SGB V). Der Kl. war es nicht zuzumuten, nach der Nutzenbewertung durch den GBA zunächst ein Schiedsverfahren zur Festsetzung des Erstattungsbetrags durchzuführen, statt sich mit dem GKV-SpV über diesen Betrag zu einigen; ein Schiedsverfahren hätte für sie eine erhebliche Verzögerung bedeutet. Die Inanspruchnahme von Rechtsschutz kann der Klägerin nicht durch die Vereinbarung des Erstattungsbetrags versagt werden, weil sie ihre fortbestehenden materiell-rechtlichen Einwände in den Vorbemerkungen der Vereinbarung ausdrücklich aufrecht erhalten hat. Das Rechtsschutzbedürfnis besteht allein schon durch die - auf der Grundlage des Nutzenbewertungsbeschlusses - fortbestehende Änderung der Anlage XII der AM-RL.

### 1. Apotheken: Anerkennung eines Einspruchs gegen Retaxierungen nach Fristablauf

LSG Bayern, Beschluss v. 03.07.2019 - L 20 KR 177/18

RID 20-04-122

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris  
SGB V § 129

Nach dem **Arzneimittelversorgungsvertrag** Bayern gilt ein Einspruch innerhalb einer **Frist** von vier Monaten nach Zugang des **Einspruchs** als anerkannt, wenn er nicht schriftlich beschieden ist. Hierbei handelt es sich nicht um eine interne Prüffrist. Hiervon kann nicht abgewichen werden.

*SG Nürnberg*, Urt. v. 15.12.2017 - S 21 KR 333/14 - verurteilte die Bekl., 3.308,12 € (= 3.321,11 € - 12,99 €) nebst Zinsen an die Kl. zu zahlen. Das *LSG* wies die Berufung zurück. BSG, Beschl. v. 03.06.2020 - *B 3 KR 36/19 B* - verwarf die Nichtzulassungsbeschwerde der Bekl. als unzulässig.

### 2. Keine Kürzung der Lieferung über Sprechstundenbedarf

SG Dortmund, Gerichtsbescheid v. 31.07.2020 - S 16 KA 18/19

RID 20-04-123

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris  
SGB V § 69 I 3; BGB § 433

**Leitsatz:** 1. Krankenkassen sind nicht berechtigt, die Rechnungen von **Lieferanten von Sprechstundenbedarf auf Wirtschaftlichkeit zu prüfen**.

2. Lieferanten von Sprechstundenbedarf, die **Großhändler** sind, haben einen direkten **Zahlungsanspruch gegen die Krankenkasse**, zu deren Lasten die Verordnung erfolgt ist. Die in Westfalen-Lippe geltende Sprechstundenbedarfsvereinbarung steht dem nicht entgegen.

Die Kl., die über eine Großhandelserlaubnis nach § 52a AMG verfügt und keine Produkte direkt an Endverbraucher vertreibt, streitet mit der beklagten Krankenkasse über die Kaufpreishöhe für in den Jahren 2015 bis 2017 gelieferten Sprechstundenbedarf. Aufgrund zulasten der Bekl. erfolgter Verordnungen lieferte die Kl. in den Jahren 2015 bis 2017 SSB an diverse in Westfalen-Lippe niedergelassene Vertragsärzte. Die Beklagte kürzte 251 der von der Kl. erteilten Rechnungen. Der Brutto-Gesamtbetrag der Rechnungen betrug 468.842,84 € Diesen Betrag kürzte die Bekl. um insgesamt jedenfalls 78.140 €, also 16,67 %, weil einzelne Artikel nicht preisgünstig abgerechnet worden seien. Das **SG** verurteilte die Bekl., an die Kl. 78.140 € nebst Zinsen zu zahlen.

### 3. Arzneimittelhersteller: Open-House-Verfahren/Kündigungsklausel

**LSG Baden-Württemberg, Beschluss v. 13.08.2020 - L 11 KR 2139/20 ER-B**

**RID 20-04-124**

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

**SGB V §§ 69, 130a; SGG § 86b; BGB §§ 305 ff.**

**Leitsatz:** Bei **Open-House-Verfahren** handelt es sich immer um „für eine Vielzahl von Verträgen vorformulierte Vertragsbedingungen“ i.S.v. § 305 Abs. 1 Satz 1 BGB, denn hierbei verpflichtet sich eine Krankenkasse dazu, mit jedem geeigneten pharmazeutischen Unternehmer, der die vorgegebenen Bedingungen akzeptiert, einen Rabattvertrag nach § 130a Abs. 8 SGB V zu einem vorher festgelegten Rabattsatz abzuschließen.

Die in einem Rabattvertrag enthaltene **Klausel**: „Eine **Kündigung** durch die AOK kann nur bei Beendigung des Open-House-Verfahrens (für alle oder einzelne Fachgruppen) erfolgen. In diesem Fall kündigt die AOK gleichzeitig gegenüber allen jeweiligen Vertragspartnern in der/den von der Beendigung betroffenen Fachgruppe/n.“ ist wirksam.

**SG Konstanz**, Beschl. v. 26.06.2020 - S 7 KR 1075/20 ER - lehnte den Antrag eines pharmazeutischen Unternehmens auf einstweiligen Rechtsschutz ab, das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

### 4. Krankentransportleistungen: Höhe der Entgelte

**LSG Schleswig-Holstein, Urteil v. 17.10.2019 - L 5 KR 113/16**

**RID 20-04-125**

*Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 3 KR 14/20 R*

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

**SGB V § 134; GG Art. 3 I, 12 I; SGG §§ 54 V, 55 I**

Bei einem Rechtsstreit über die Höhe der Entgelte von Krankentransportleistungen ist die **Leistungsklage** nach § 54 V SGG die richtige Klageart. Für eine Feststellungsklage ist in derartigen Fällen kein Raum; es fehlt am notwendigen Feststellungsinteresse (vgl. BSG, Ur. v. 20.11.2008 - B 3 KR 25/07 R - SozR 4-2500 § 133 Nr. 3, juris Rn. 14).

Vor dem Hintergrund einer eingeschränkten gerichtlichen Überprüfbarkeit der Rechtmäßigkeit der vertraglichen Vergütungsregelungen sind als **Prüfungsmaßstab der Gerichte** allein die in der Rechtsprechung aus Art. 12 I GG entwickelten Anforderungen an die Vergütung durch grundrechtsgebundene Körperschaften des öffentlichen Rechts und das Benachteiligungsverbot des Art. 3 I GG zu beachten, wobei es nicht Aufgabe der Gerichte ist, nach Art von Schiedsstellen die angemessene Vergütung festzusetzen.

Es gibt private Krankentransportunternehmen, die zu den angebotenen Entgelten tätig sind. Ob das für diese rentabel ist, ist rechtlich nicht erheblich und muss daher auch nicht hinterfragt werden. Grundsätzlich spricht aber die Vielzahl von privaten Krankentransportunternehmen in **Schleswig-Holstein** dafür, dass der Betrieb für diese wirtschaftlich betrachtet einen Sinn ergibt.

**SG Lübeck**, Ur. v. 10.05.2016 - S 1 KR 314/13 - verpflichtete die Bekl., dem Kl. für die Einsätze des Krankentransportwagens ein Entgelt von 63 € zzgl. 1,95 € ab dem 7. Beförderungskilometer zu zahlen. Ab 1. Januar 2015 erhöht sich dieser Satz auf 64,60 € zzgl. 2 € ab dem 7. Besetzkilometer und ab 1. Januar 2016 auf 66,50 € zzgl. 2,05 € ab dem 7. Beförderungskilometer. Im Übrigen wies es die Klage ab. Das **LSG** wies die Berufung des Kl. zu 1) zurück und die Klage der Kl. zu 2) ab.

## X. Verfahrensrecht

### 1. Recht auf eine mündliche Verhandlung

LSG Baden-Württemberg, Beschluss v. 21.09.2020 - L 4 KR 194/20

RID 20-04-126

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris  
SGG §§ 124 II, 144 I 1 Nr. 1, 158

**Leitsatz:** Verzichtet ein Rechtsmittelführer bereits in der ersten Instanz auf die Durchführung einer Verhandlung, so ist sein durch Art 6 Abs. 1 EMRK geschütztes **Recht auf eine mündliche Verhandlung** nicht verletzt, wenn das Rechtsmittelgericht nach Anhörung der Beteiligten eine Berufung mangels Erreichens des Beschwerdewertes ohne mündliche Verhandlung gemäß § 158 S. 2 SGG durch Beschluss verwirft. Insofern ist auch in diesem Fall eine Entscheidung durch Beschluss statthaft.

Zwischen den Beteiligten ist im Berufungsverfahren die Erstattung von Kosten einer Haushaltshilfe wegen Entbindung i.H.v. 493,36 € für den Zeitraum vom 28.05. bis 06.06.2014 streitig. **SG Heilbronn**, Urte. v. 19.11.2019 - S 16 KR 2610/17 - wies (mit Einverständnis der Beteiligten ohne mündliche Verhandlung) die Klage ab, das **LSG** verwarf die Berufung als unzulässig.

## XI. Bundessozialgericht (BSG)

### 1. Genehmigungsfiktion

a) Rechtsposition sui generis auf Selbstbeschaffung

BSG, Urteil v. 26.05.2020 - B 1 KR 9/18 R

RID 20-04-127

juris

Die **Genehmigungsfiktion** nach § 13 IIIa 6 SGB V vermittelt keinen eigenständigen Anspruch auf Versorgung mit einer **Naturalleistung**, sondern nur ein Recht auf **Selbstbeschaffung** bei Ablauf der in § 13 IIIa SGB V genannten Fristen mit Anspruch auf Erstattung der Beschaffungskosten (**Aufgabe der bisherigen Rspr.**).

Kosten der Selbstbeschaffung sind nach Eintritt der Genehmigungsfiktion auch dann **erstattungsfähig**, wenn das Recht der gesetzlichen Krankenversicherung einen entsprechenden Anspruch nicht vorsieht, es sei denn, dass der Versicherte dies im Zeitpunkt der Selbstbeschaffung der Leistung wusste oder infolge grober Fahrlässigkeit nicht wusste. Eine Selbstbeschaffung vermag jedenfalls dann keinen Kostenerstattungsanspruch mehr auszulösen, wenn sie erst erfolgt, nachdem die Krankenkasse die beantragte Leistung bestandskräftig abgelehnt oder im Streitfall das Gericht die Anfechtungs- und Leistungsklage rechtskräftig abgewiesen hat.

Die **Genehmigungsfiktion** nach § 13 IIIa 6 SGB V ist **kein fingierter Verwaltungsakt**. Durch den Eintritt der Genehmigungsfiktion wird das durch den Antrag in Gang gesetzte Verwaltungsverfahren nicht abgeschlossen. Die Krankenkasse ist weiterhin berechtigt und verpflichtet, über den gestellten Antrag zu entscheiden und damit das laufende Verwaltungsverfahren abzuschließen (**Aufgabe der bisherigen Rspr.**).

b) Kostenerstattungsanspruch für Behandlung im EU-Ausland/CISIS-Behandlung

BSG, Urteil v. 26.05.2020 - B 1 KR 21/19 R

RID 20-04-128

juris

Die **CISIS-Behandlung mit MyoRing-Implantation** gehört nicht zum Leistungskatalog der GKV. Systemversagen liegt nicht vor.

§ 13 IIIa SGB V ist auf **Ansprüche nach § 13 IV SGB V** sachlich nicht anwendbar. § 13 IIIa SGB V findet jedenfalls dann keine Anwendung auf Ansprüche gegen Krankenkassen, die unmittelbar auf eine **Geldleistung gerichtet** sind, wenn der zugrunde liegende Beschaffungsvorgang des Versicherten nicht seinerseits von einer Bewilligung der Krankenkasse als weiterer Voraussetzung abhängt. Auch der Anspruch auf sachleistungsersetzende Kostenerstattung nach § 13 IV SGB V ist auf eine Geldleistung für die vorausgegangene Beschaffung einer Leistung im Ausland (EU, EWR, Schweiz) gerichtet.

## 2. Krankenhausvergütung

a) Fallzusammenführung mit drittem Krankenhausaufenthalt

**BSG, Urteil v. 16.07.2020 - B 1 KR 22/19 R**

**RID 20-04-129**

juris

Für eine **Fallzusammenführung** ist es **unerheblich**, dass **zwischen** den beiden derselben MDC (Major Diagnostic Category - Hauptdiagnosegruppe) zugeordneten Behandlungsfällen **eine weitere Behandlung stattgefunden** hat, die einer anderen MDC zugeordnet ist. Die Vorschrift in § 2 II FPV 2015 regelt nach ihrem Wortlaut nur die Reihenfolge der Partitionen, denen abgerechnete Fallpauschalen „innerhalb der gleichen Hauptdiagnosegruppe“ zugeordnet sind.

b) Kodierung einer Nebendiagnose

**BSG, Urteil v. 16.07.2020 - B 1 KR 16/19 R**

**RID 20-04-130**

juris

Eine **Nebendiagnose** nach DKR D003i ist dann zu kodieren, wenn die Voraussetzungen des Diagnoseschlüssels vorliegen und sich die Erkrankung etc. zudem auf das Versorgungsgeschehen tatsächlich im Sinne eines zusätzlichen Aufwands ausgewirkt hat. T81.4 ist auch nicht im Wege der Mehrfachkodierung als Nebendiagnose zu kodieren. Eine **Mehrfachkodierung** - wie hier für ein und dieselbe Erkrankung (Arthritis) - findet **nur in den in DKR D012i abschließend aufgeführten Fallgruppen statt**, die hier nicht vorliegen.

c) Hauptdiagnose N30.0 (Akute Zystitis)

**BSG, Urteil v. 26.05.2020 - B 1 KR 26/18 R**

**RID 20-04-131**

juris

Ungeachtet der Frage, ob die Voraussetzungen von T83.5 vorlagen, d.h. ob der bei dem Versicherten vorliegende **Harnwegsinfekt** durch den bei ihm eingesetzten suprapubischen Blasenkatheter als Unterfall einer Prothese, eines Implantats oder Transplantats bedingt war, scheidet eine Kodierung dieses Kodes als **Hauptdiagnose** danach vorliegend aus. Denn in Bezug auf die bei dem Versicherten vorliegende Erkrankung existiert mit **N30.0 ein spezifischerer Kode**, dessen Verschlüsselung auch nicht durch ein Exklusivum des ICD-10-GM ausgeschlossen ist.

d) Erstattung bereits geleisteter Aufwandspauschalen

**BSG, Urteil v. 16.07.2020 - B 1 KR 15/19 R**

**RID 20-04-132**

juris

Soweit der Senat entschieden hat, dass die **Neuregelung** der Prüfungen gemäß § 275 I c 4 SGB V nur für Krankenhausbehandlungen gilt, die ab dem 01.01.2016 oder später beginnen, hält er nach erneuter Prüfung hieran nicht fest. Maßgeblich ist der **Zeitpunkt**, in dem der **Prüfauftrag** der Krankenkassen - regelhaft über den MDK mit dessen Prüfanzüge - dem Krankenhaus zugeht.

Der Geltendmachung eines **Erstattungsanspruchs für vor dem 01.01.2015 gezahlte Aufwandspauschalen** steht das Verbot unzulässiger Rechtsausübung entgegen.

Krankenkassen können die Erstattung der **nach dem 31.12.2014** geleisteten Zahlungen der Aufwandspauschale für sachlich-rechnerische Prüfungen verlangen.

## C. ENTSCHEIDUNGEN ANDERER GERICHTE

### I. Ärztliches Berufsrecht

#### 1. Widerruf/Ruhen/Wiedererteilung der Approbation/Berufserlaubnis

##### a) Widerruf der Approbation

##### aa) Tatsächliche Feststellungen in rechtskräftigem Strafurteil

#### VG Bayreuth, Beschluss v. 11.07.2019 - B 10 S 18.968

RID 20-04-133

<sup>juris</sup>  
BÄO §§ 3 I 1 Nr. 2, 5 II 1; VwGO § 80 V

Die in einem **rechtskräftigen Strafurteil** enthaltenen **tatsächlichen Feststellungen** dürfen regelmäßig zur Grundlage einer behördlichen oder gerichtlichen Beurteilung der betroffenen Persönlichkeit gemacht werden, ohne diese auf ihre vom Betroffenen bestrittene Richtigkeit selbst überprüfen zu müssen (vgl. BVerwG, Beschl. v. 06.03.2003 - 3 B 10/03 -; Urt. v. 26.09.2002 - 3 C 37/01 - juris). Im Approbationswiderpruchsverfahren besteht für die Verwaltungsgerichte damit grundsätzlich keine Veranlassung, die tatsächlichen Feststellungen in einem rechtskräftigen Strafurteil erneut zu überprüfen. Etwas anderes gilt ausnahmsweise nur dann, wenn gewichtige Anhaltspunkte für die Unrichtigkeit der strafgerichtlichen Tatsachenfeststellungen sprechen (vgl. BVerwG, Beschl. v. 06.03.2003 - 3 B 10/03 -; Urt. v. 26.09.2002 - 3 C 37/01 - juris), insb. wenn ersichtlich Wiederaufnahmegründe vorliegen oder wenn die Behörden und Verwaltungsgerichte den bestrittenen Sachverhalt nunmehr besser als das Strafgericht aufklären können (VG München, Urt. v. 16.10.2007 - M 16 K. 06 4847 - juris). Es bedarf demzufolge insoweit der Darlegung substantiierter nachprüfbarer Umstände, die eine Unrichtigkeit der strafgerichtlichen Feststellungen belegen könnten (vgl. BVerwG, Beschl. v. 18.08.2011 - 3 B 6/11 -; ferner BayVG, Urt. v. 08.11.2011 - 21 B 10.1543 - juris).

Ausgehend von dem strafgerichtlich festgestellten Sachverhalt und der Bewertung dessen als **schwere Vergewaltigung** in 6 Fällen jeweils mit gefährlicher Körperverletzung und mit Verletzung des höchstpersönlichen Lebensbereichs durch Bildaufnahmen, davon in 4 Fällen mit sexuellem Missbrauch unter Ausnutzung eines Behandlungsverhältnisses, als schwere sexuelle Nötigung in 5 Fällen jeweils mit sexuellem Missbrauch unter Ausnutzung eines Behandlungsverhältnisses, mit gefährlicher Körperverletzung und mit Verletzung des höchstpersönlichen Lebensbereichs durch Bildaufnahmen, als schweren sexuellen Missbrauchs von Widerstandsunfähigen in 4 Fällen, jeweils mit sexuellem Missbrauch unter Ausnutzung eines Behandlungsverhältnisses und mit Verletzung des höchstpersönlichen Lebensbereichs durch Bildaufnahmen, davon in 3 Fällen mit vorsätzlicher Körperverletzung und der gefährlichen Körperverletzung in einem Fall, ist der Ast. **zur Ausübung des ärztlichen Berufs unwürdig**.

##### bb) Strafbefehl wegen gefährlicher Körperverletzung mit versuchtem Schwangerschaftsabbruch

#### VG München, Urteil v. 07.09.2020 - M 16 K 19.5386

RID 20-04-134

<sup>juris</sup>  
BÄO §§ 3 I 1 Nr. 1, 5 II

Steht nach nicht bestrittenen tatsächlichen Feststellungen, die einem rechtskräftig gewordenen Strafbefehl (Freiheitsstrafe von 11 Monaten auf Bewährung) zugrunde liegen, fest, dass der Arzt die Geschädigte in dem Glauben, diese sei von ihm schwanger, dazu verleitet hat, das Abtreibungsmittel Cytotec einzunehmen, indem er wahrheitswidrig angibt, es handle sich um ein Verspannungen lösendes Magnesiumpulver, und stellen sich in der Folge bei der Geschädigten starke, wehenartige Unterleibsschmerzen ein, die in einer Blutung münden, so liegt ein **schwer wiegendes Fehlverhalten** vor, dass den Widerruf der Approbation rechtfertigt.

cc) Hinterziehung von Steuern

**VG Berlin, Urteil v. 15.09.2020 - 17 K 3/20**

**RID 20-04-135**

<sup>juris</sup>  
**BÄO §§ 3 I 1 Nr. 2, 5 II 1**

Die **Hinterziehung von Steuern** kann den Widerruf einer Approbation rechtfertigen. Auch wenn nicht jedes Steuervergehen die Annahme der Unwürdigkeit nahelegt, ist dies jedenfalls regelmäßig in den Fällen angezeigt, in denen ein schwerwiegendes, beharrliches steuerliches Fehlverhalten darauf hindeutet, der Arzt setze sich im eigenen finanziellen Interesse in einem erheblichen Maß über strafbewehrte, im Interesse der Allgemeinheit bestehende Bestimmungen hinweg.

Sind die Voraussetzungen für den Widerruf der Approbation erfüllt, bedarf es keiner weiteren **Prüfung der Verhältnismäßigkeit** mehr. Diese ergibt sich vielmehr aus der vom Gesetzgeber selbst getroffenen Wertung. Für die Berücksichtigung individueller Lebensumstände wie Lebensalter, Familienverhältnisse oder Fehlen anderer Erwerbsmöglichkeiten ist daher kein Raum (vgl. BVerwG, Beschl. v. 31.07.2019 - BVerwG 3 B 7/18 - juris Rn. 11; v. 14.04.1998 - BVerwG 3 B 96/97 - juris Rn. 11).

Die wiederholte **Verurteilung wegen Steuerhinterziehung** und **Steuerrückstände** in Höhe von 2.781.752,32 € für die Veranlagungszeiträume 1995 bis 2012 können den Widerruf der Approbation rechtfertigen.

b) Ruhen der Approbation: Medikamentöse Behandlung einer psychiatrischen Erkrankung

**VGH Bayern, Beschluss v. 11.08.2020 - 21 AS 17.796**

**RID 20-04-136**

<sup>juris</sup>  
**BÄO §§ 3 I 1 Nr. 3, 6 I Nr. 2; VwGO §§ 80 VII 2, 88**

Ist ein Arzt zur Ausübung seines Berufes erst dann wieder geeignet, wenn er sich erfolgreich einer **medikamentösen Behandlung** seiner **psychiatrischen Erkrankung** unterzieht, dann fehlt dem Arzt bis zu einer erfolgreichen medikamentösen Behandlung seiner Erkrankung die gesundheitliche Eignung zur Ausübung seines Berufs und können sich konkrete Gefahren für die Patientengesundheit und das Patientenwohl ergeben.

VG Bayreuth, Beschl. v. 26.08.2015 - B 4 S 15.408 - juris stellte die aufschiebende Wirkung der Klage wieder her. VGH, Beschl. v. 05.11.2015 - 21 CS 15.2052 - lehnte den Eilantrag ab. **VG Bayreuth**, Urt. v. 18.01.2017 - B 4 K 15.409 - RID 17-02-210 hob den Bescheid über das Ruhen der Approbation auf. Der Ag. beantragte die Zulassung der Berufung. VGH, Beschl. v. 26.05.2020 ließ die Berufung zu. Der Ast. stellte einen Antrag nach § 80 VII VwGO, den der **VGH** ablehnte.

c) Widerruf einer Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des Arztberufes

**VG Magdeburg, Beschluss v. 04.08.2020 - 3 B 170/20**

**RID 20-04-137**

<sup>juris</sup>  
**BÄO § 10 II 2; VwVfG § 49; VwGO § 80 V**

**Leitsatz:** Bei einer durch eine erforderliche Kenntnisprüfung festgestellten **Patientengefährdung** kann die **Erlaubnis** zur vorübergehenden Ausübung des Arztberufes **widerrufen** werden.

## 2. Strafrecht

a) BGH: Umgehung des Beteiligungsverbots für Apotheker an MVZ

**BGH, Urteil v. 19.08.2020 - 5 StR 558/19**

**RID 20-04-138**

<sup>juris</sup>  
**SGB V § 95; StGB § 263**

**Leitsatz:** Zum Abrechnungsbetrug im Fall eines medizinischen Versorgungszentrums bei **unzulässiger Beteiligung eines Apothekers**.

Der BGH hat in einem Fall des Abrechnungsbetrugs entschieden, dass das LG Hamburg die Einreichung der Abrechnungen von ärztlichen Leistungen und Verordnungen unter Verschleierung der **Umgehung des Beteiligungsverbots für Apotheker** an einem medizinischen Versorgungszentrum rechtsfehlerfrei als **Betrug** gewertet hat.

Das LG Hamburg hatte die Angeklagten (einen Apotheker und zwei Ärzte) wegen mehrfachen – teils banden- und gewerbsmäßig begangenen – Betrugs zu Gesamtfreiheitsstrafen von drei Jahren und sechs Monaten, zehn Monaten und sechs Monaten verurteilt. Die Vollstreckung der beiden letztgenannten Strafen hatte es zur Bewährung ausgesetzt. Zudem hatte es die Einziehung von rund eineinhalb Mio. Euro als Erträge aus den Betrugstaten angeordnet.

Nach den Feststellungen des Landgerichts wollte der Angeklagte Z., der u.a. **eine Apotheke in Hamburg betrieb**, ein **medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) erwerben**, um sich – über den dann möglichen Einfluss auf das Ordnungsverhalten der dort tätigen Ärzte – neue Absatzquellen für von ihm hergestellte hochpreisige Medikamente zu erschließen. Ihm war indes bewusst, dass die Beteiligung von Apothekern an einem medizinischen Versorgungszentrum aufgrund einer Änderung der sozialrechtlichen Vorschrift des § 95 Abs. 1a SGB V seit Januar 2012 rechtlich nicht mehr möglich war. Um dieses gesetzliche Beteiligungsverbot zu umgehen, suchte er nach einem zugelassenen **Arzt als „Strohmann“**. Diesen fand er in dem Angeklagten D., über den er in der Folge die Mehrheitsanteile an einem im Mai 2012 rechtmäßig zur kassenärztlichen Versorgung zugelassenen MVZ des sich in einer schwierigen finanziellen Lage befindlichen Angeklagten Dr. F. in Hamburg erwarb. Dr. F., der weiterhin als dessen ärztlicher Leiter tätig war, wusste ebenfalls um die „Strohmann“-Konstruktion und die damit bezweckte Umgehung des für den Angeklagten Z. bestehenden Beteiligungsverbots.

Obwohl allen Angeklagten bewusst war, dass die Voraussetzungen für die kassenärztliche Zulassung des MVZ nicht mehr vorlagen und dieses daher nicht berechtigt war, ärztliche Leistungen bei der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg abzurechnen, reichte das MVZ in den Jahren 2014 und 2015 bei dieser fünf **Quartalsabrechnungen** ein. Die Kassenärztliche Vereinigung zahlte im Vertrauen auf dessen Abrechnungsberechtigung fast eineinhalb Mio. Euro an das MVZ aus. Der Angeklagte Z. stellte darüber hinaus der Techniker Krankenkasse von August 2014 bis Juni 2015 **ärztliche Verordnungen des MVZ in Rechnung, die in seiner Apotheke eingelöst** worden waren. Die Angeklagten wussten, dass die Verordnungen aufgrund der – durch die „Strohmann“-Konstruktion verdeckten – tatsächlichen Beteiligung des Angeklagten am MVZ nicht abrechenbar waren. Im Vertrauen auf die Ordnungsgemäßheit der Verordnungen zahlte die Krankenkasse rund 150.000 Euro an die Verrechnungsstelle der Apotheke des Angeklagten Z. aus.

Der **BGH** hat die Revision der Angeklagten mit Urteil vom 19.08.2020 weitgehend als unbegründet verworfen.

Nach Auffassung des BGH hat das Landgericht die Einreichung der Abrechnungen von ärztlichen Leistungen und Verordnungen unter Verschleierung der Umgehung des in § 95 Abs. 1a SGB V normierten Beteiligungsverbots für Apotheker an einem medizinischen Versorgungszentrum rechtsfehlerfrei als Betrug gewertet.

Der BGH hat indes die Schuldsprüche abgeändert, da das Landgericht die Tatbeiträge der Angeklagten und das konkurrenzrechtliche Verhältnis der Taten zueinander nicht durchweg rechtlich zutreffend bestimmt hat. Aufgrund dessen hat er die Strafaussprüche – betreffend den Angeklagten Dr. F. auch auf die Revision der Staatsanwaltschaft hin – aufgehoben und die Sache insoweit zu neuer Verhandlung und Entscheidung an eine andere Wirtschaftsstrafkammer des LG Hamburg zurückverwiesen. Zudem muss über die Höhe der Einziehung neu entschieden werden, da bisher nicht berücksichtigt worden ist, dass dem am Verfahren beteiligten MVZ im Zusammenhang mit der an sich sachgemäßen Krankenbehandlung berücksichtigungsfähige Aufwendungen entstanden sein könnten.

Pressemitteilung des BGH Nr. 109/2020 v. 19.08.2020

## b) Stellung der rechtfertigenden Indikation vor radiologischer Untersuchung

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

RID 20-04-139

juris

StGB §§ 25 II, 53, 56 I, 263 III 2 Nr. 1; RöV § 23 I

Die Einreichung der Quartalsabrechnungen, in denen der Arzt jeweils bewusst wahrheitswidrig versichert hat, die durch ihn abgerechneten Leistungen seien nach dem EBM abrechnungsfähig gewesen, begründet jeweils die **Täuschungshandlung** im Sinne des § 263 I StGB (vgl. BGH, Urt. v. 06.07.1993 - 1 StR 280/93 - juris).

Zur normgemäßen **Stellung der rechtfertigenden Indikation** vor der Durchführung der Untersuchung gilt: 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.

Werden in einer radiologischen Praxis Patienten vom Praxispersonal anhand eines vorher vom Arzt unterzeichneten Erklärungsformulars, der auf die entsprechende CT- bzw. Röntgenanforderung zugeschnitten war, aufgeklärt und erhalten dann die radiologische Untersuchung, die angefordert worden war, und befundet der Arzt im Anschluss, dann sieht der Patient zum ersten Mal einen Arzt nach der Röntgenuntersuchung. Bei diesem **Praxisablauf** kann eine rechtfertigende Indikation also schon gar nicht gestellt werden.

c) Abrechnungsbetrug/Körperverletzung durch Injektion eines flüssigen  
Medikamentencocktails

**LG Köln, Urteil v. 27.05.2020 - 119 KLS 7/19**

**RID 20-04-140**

juris  
StGB §§ 223 I, 263 I

Ein **Abrechnungsbetrug** liegt vor, wenn das für einen Patienten bestimmte Medikament (hier: Lucentis, Jetrea und Eylea), dessen Darreichungsform aber die doppelte Menge beinhaltet, bei zwei Patienten verabreicht wird und dabei das Medikament per **Kassenrezept** für den ersten Patienten bezogen wird, während dem zweiten Patienten als Privatpatienten hierfür die **gesamten Sachkosten** in Rechnung gestellt werden (hier: Einnahmen in der Zeit zwischen dem 18.11.2014 und dem 10.05.2019 durch insgesamt 384 Liquidationen in Höhe von 621.490,25 €).

Ein **Abrechnungsbetrug** liegt vor, wenn ein als Sprechstundenbedarf beschafftes Medikament (hier: Modigraf und Restasis) als Einzeldosis verabreicht wird, dem Patienten aber der **Preis der Großpackung in Rechnung** gestellt wird (hier: im o.g. Zeitraum bei insgesamt 491 Liquidationen Einnahmen in Höhe von 350.960,92 €).

Ein Augenarzt begeht durch folgende Vorgehensweise eine **vorsätzliche Körperverletzung**: im Rahmen seiner augenärztlichen Tätigkeit wandte der Angeklagte an einer Vielzahl von Patienten, bei welchen er die Diagnose einer chronischen Reizkonjunktivitis bzw. eines trockenen Auges gestellt hatte, eine Injektionsbehandlung an. Hierzu stellte der Angeklagte u.a. aus den Medikamenten Modigraf und Restasis einen flüssigen Medikamentencocktail her, indem er diese in nicht näher feststellbarem Verhältnis vermengte. Die so gewonnene Medikamentenlösung injizierte der Angeklagte den Patienten - nach vorheriger Spülung der Augen mit einem Antibiotikum und lokaler Betäubung mittels Augentropfen - an vier verschiedenen Punkten eines jeden Auges unter die Bindehaut. Der in dem Medikament Modigraf enthaltene Wirkstoff Tacrolimus gehört zur Gruppe der Immunsuppressiva und wird zulassungsgemäß gegen Abstoßungsreaktionen bei der Organtransplantation verwendet. Das in Form eines Granulats zur Herstellung einer Suspension vertriebene Medikament ist zur oralen Einnahme vorgesehen und zugelassen. Für die Anwendung in der Augenheilkunde ist das Medikament, wie der Angeklagte wusste, behördlich nicht zugelassen. Das in Form von Augentropfen vertriebene, den Wirkstoff Cyclosporin enthaltende Medikament Restasis ist in den USA für die Anwendung am Auge zugelassen; in Deutschland verfügt das Medikament, wie der Angeklagte wusste, über keine behördliche Zulassung. Obgleich dem Angeklagten bewusst war, dass sich die Injektionen aufgrund der in Deutschland generell bzw. für die konkrete Verwendung fehlenden Zulassungen der Medikamente als ein - mit erhöhten Aufklärungspflichten einhergehender - sog. „Off-Label-Use“ darstellten, unterließ er es, die von ihm auf diese Weise behandelten Patienten hinsichtlich des Umstands der fehlenden Zulassung aufzuklären.

Das **LG** verurteilt den Angeklagten wegen Steuerhinterziehung in fünf Fällen, des Betruges in drei Fällen sowie der vorsätzlichen Körperverletzung in fünf Fällen zu einer Gesamtfreiheitsstrafe von 5 Jahren und 4 Monaten.

### 3. Aufbewahrung von Patientenakten nach Tod des Arztes

**OLG Rostock, Beschluss v. 29.06.2020 - 3 W 7/19**

**RID 20-04-141**

juris  
BGB §§ 630f III, 1944

**Leitsatz:** 1. Nach dem Tod eines Arztes geht die **Aufbewahrungspflicht** für die Patientenakten auf den Erben über.

2. Steht der Erbe nicht fest, ist auch in Mecklenburg-Vorpommern nicht die Ärztekammer zur Aufbewahrung der Akten berufen, sondern ein **Nachlasspfleger** zu bestellen.



## II. Arzthaftung

### 1. Behandlungsfehler

a) Darlegungslast: Hygienemangel als Ursache einer nosokomialen Infektion

**LG Flensburg, Urteil v. 08.09.2020 - 3 O 375/14**

**RID 20-04-142**

juris

**BGB §§ 280, 630a, 810, 823**

**Leitsatz:** Zu den Anforderungen an die **Darlegung** eines haftungsbegründenden **Hygienemangels** als Ursache einer **nosokomialen Infektion** des klagenden Patienten.

b) Unterschreitung des medizinischen Standards (Geburt)

**OLG Celle, Beschluss v. 13.11.2019 - 1 U 25/19**

**RID 20-04-143**

juris = GuP 2020, 196

**BGB §§ 630a, 823**

Eine **Unterschreitung des medizinischen Standards** kann nur festgestellt werden, wenn das Verhalten des behandelnden Arztes nicht dem eines gewissenhaften und aufmerksamen Arztes in der konkreten Behandlungssituation aus der berufsfachlichen Sicht seines Fachbereichs im Zeitpunkt der Behandlung entspricht. Der medizinische Standard repräsentiert den jeweiligen Stand der naturwissenschaftlichen Erkenntnisse und der ärztlichen Erfahrung, der zur Erreichung des ärztlichen Behandlungsziels erforderlich ist und sich in der Erprobung bewährt hat (vgl. BGH, Ur. v. 24.02.2015 - VI ZR 106/13 - juris Rn. 7). Eine Standardunterschreitung liegt daher nicht bereits darin, dass eine **Methode** angewandt wird, an der es **Kritik** gibt.

### 2. Aufklärung/Einwilligung

a) Relative Indikation einer Operation

**OLG Dresden, Beschluss v. 03.09.2020 - 4 U 905/20**

**RID 20-04-144**

juris

**BGB § 630e**

**Leitsatz:** 1. Auch bei einer nur **relativen Indikation einer Operation** muss der Arzt über eine **konservative Behandlung** nur dann aufklären, wenn diese eine echte Wahlmöglichkeit darstellt. Besteht im Falle einer Weiterführung der konservativen Behandlung das Risiko einer Amputation des betroffenen Gelenks, ist dies nicht der Fall.

2. Hat der Arzt die **ständige Praxis einer ordnungsgemäßen Aufklärung** nachgewiesen und sprechen ausreichende Indizien dafür, dass es auch im konkreten Fall ein Aufklärungsgespräch gegeben hat, sollte dem Arzt im Zweifel geglaubt werden, dass die Aufklärung auch im Streitfall in der gebotenen Weise vorgenommen wurde.

b) Risikoaufklärung vor Bypass-Operation

**OLG Dresden, Urteil v. 21.08.2020 - 4 U 1349/18**

**RID 20-04-145**

juris

**BGB §§ 630a, 630a ff.**

**Leitsatz:** 1. Die am Vortag einer Bypass-Operation gegen 16:00 Uhr erfolgte **Risikoaufklärung** des Patienten ist noch als **rechtzeitig** anzusehen.

2. Geht der aufklärende Arzt aufgrund eines einfachen **Diagnoseirrtums** davon aus, dass eine Stentimplantation keine Alternative zu der beabsichtigten Bypass-Operation ist, scheidet seine Haftung wegen einer **unzureichenden Aufklärung** über Behandlungsalternativen aus.

3. Ob die postoperative **Wundbehandlung** des Thorax nach einer solchen Operation fachgerecht war, ist ausgehend vom **herzchirurgischen Standard** zu beurteilen; der Einholung eines mikrobiologischen Sachverständigengutachtens bedarf es hierzu nicht.

c) Entfernung eines supraklitoral gelegenen Tumors

**OLG Köln, Beschluss v. 23.08.2019 - 5 U 26/19**

**RID 20-04-146**

juris  
**BGB § 630a**

Bei der Entfernung eines supraklitoral gelegenen Tumors ist über das **Risiko** einer Verletzung der Klitoris zu unterrichten. Zudem ist über die Möglichkeit, den Tumor zunächst unvollständig zu entfernen, die Klitoris sicher zu erhalten und im Fall eines bösartigen histologischen Befunds **zweizeitig vorzugehen** und den Tumor in einem weiteren Eingriff vollständig zu entnehmen, aufzuklären.

d) Einsatz einer Kupferspirale zur Empfängnisverhütung

**OLG Dresden, Beschluss v. 07.08.2020 - 4 U 1285/20**

**RID 20-04-147**

juris  
**BGB § 630e; ZPO § 529**

**Leitsatz:** 1. Im Zusammenhang mit dem Einsatz einer **Kupferspirale** zur **Empfängnisverhütung** schuldet der Arzt keine **Aufklärung** über mit dem Einsatz der Spirale verbundene Schmerzen, die lediglich kurzzeitig auftreten.

2. Konkrete **Zweifel** an der durch ein **Sachverständigengutachten** untermauerten Beweiswürdigung in der ersten Instanz kann eine Partei regelmäßig nicht dadurch **begründen**, dass sie der nachvollziehbaren Auffassung des Sachverständigen lediglich ihre entgegenstehende Meinung entgegenstellt.

### Anhang I: BSG - Anhängige Revisionen Vertragsarztrecht

Stand: 07.11.2020. 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>				
Veröffentlichung von Beschlüssen des erweiterten Bewertungsausschusses im Internet	B 6 KA 8/20 R	Erfordert die ordnungsgemäße Bekanntmachung eines Beschlusses des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 6 Satz 9 (seit 11.5.2019; Satz 10) SGB 5 neben der Bekanntmachung im Internet, dass zeitgleich ein Hinweis auf die Fundstelle im Deutschen Ärzteblatt veröffentlicht wird?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 22.05.2019 - L 5 KA 2830/18 -	19-03-1 NZB
Wachstumsmöglichkeit von Ärzten mit anteiligem Versorgungsauftrag	B 6 KA 12/19 R <b>Termin:</b> 15.07.2020	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 Fachgruppenschnitt 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 <b>Termin:</b> 15.07.2020	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?	<i>LSG Schleswig-Holstein</i> , Urt. v. 01.10.2019 - L 4 KA 55/17 -	20-02-1
	B 6 KA 5/20 R <b>Termin:</b> 15.07.2020	Verstößt eine Regelung des Honorarverteilungsmaßstabes einer Kassenärztlichen Vereinigung (hier: im Jahr 2013) gegen höherrangiges Recht, die Ärzten mit anteiligem Versorgungsauftrag anders als Ärzten mit vollem Versorgungsauftrag Wachstumsmöglichkeiten über den Fachgruppenschnitt 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 <b>Termin:</b> 25.11.2020	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 <b>Termin:</b> 25.11.2020	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	B 6 KA 28/19 R	Ist ein als Vertragsarzt niedergelassener Anästhesist berechtigt, anästhesiologische Lei-	<i>LSG Schleswig-Holstein</i> ,	19-04-3

Abrechnung der MKG-Operation über KZV	<b>Termin:</b> 25.11.2020	stungen 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?	Urt. v. 18.06.2019 - L 4 KA 43/17	
Konvergenzregelung: Ungleichbehandlung/Honorarsteigerung	B 6 KA 4/19 R <b>Termin:</b> 15.07.2020	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.	<b>LSG Hamburg</b> , Urt. v. 18.10.2018 - L 5 KA 33/17 -	19-01-9

### Arzt-/Psychotherapeutenregister

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

Physikalische und Rehabilitative Medizin: Sonographieleistungen	B 6 KA 19/19 R <b>Termin:</b> 15.07.2020	Ist ein Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin berechtigt, Sonographieleistungen gegenüber einer Kassenärztlichen Vereinigung abzurechnen?	<b>LSG Saarland</b> , 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.	<b>LSG Bayern</b> , 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?	<b>SG Düsseldorf</b> , Urt. v. 05.12.2018 - S 2 KA 77/17 -	19-01-26

### Sachlich-rechnerische Berichtigung

Fortbildungsverpflichtung: Wechsel des Fachgebiets während des Fünfjahreszeitraums	B 6 KA 9/20 R	Wie wirkt sich ein Zulassungsverzicht, verbunden mit einer Neuzulassung im gleichen KÄV-Bezirk für ein anderes Fachgebiet, auf die Möglichkeit aus, eine unter der alten Zulassung begangene Verletzung der Fortbildungspflicht zu sanktionieren?	<b>LSG Bayern</b> , Urt. v. 16.01.2020 - L 12 KA 11/18 -	20-03-10 NZB
3. Job-Sharing: Berechnung des Rückforderungsbetrags/Quartalspunktwert	B 6 KA 12/20 R	Zur Berechnung des Rückforderungsbetrags bei einer sachlich-rechnerischen Honorarberichtigung wegen Überschreitung des Praxiseumfangs im Rahmen eines sogenannten Job-Sharings für die Quartale IV/04 bis III/09 unter Zugrundelegung des Quartalspunktworths.	<b>LSG Hessen</b> , Urt. v. 27.05.2020 - L 4 KA 48/17 -	20-04-6
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 <b>Termin:</b> 15.07.2020	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 <b>Termin:</b> 25.11.2020	Kann der Zuschlag nach Ziffer 86516 Anhang 2 der Onkologie-Vereinbarung ("Zuschlag ... für die intravenös und/oder intraarteriell applizierte zytostatische Tumorthherapie ...") abgerechnet werden, wenn Bisphosphonate intravenös und/oder intraarteriell und anschließend eine zytostatische Therapie oral appliziert wird? Welche rechtlichen Maßstäbe gelten für die Auslegung von Vergütungsbestimmungen,	<b>LSG Baden-Württemberg</b> , Urt. v. 14.11.2018 - L 5 KA 4616/17 -	19-01-20 NZB

		die nicht vom Bewertungsausschuss beschlossen, sondern in einer Anlage zum Bundesmantelvertrag (hier: Onkologie-Vereinbarung) vereinbart worden sind?		
Postoperativer Bereitschaftsdienst anästhesistischer BAG u. unvorhergesehene Inanspruchnahme	B 6 KA 13/19 R <b>Termin:</b> 15.07.2020	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
Angabe eines falschen Kostenträgers	B 6 KA 10/20 R	Greifen die Regelungen der Abrechnungsprüfung nach den §§ 106a aF und 106d nF SGB V auch in Fällen, in denen seitens des Vertragsarztes im Rahmen der Abrechnung von Leistungen aus einem Sozialversicherungsabkommen ein falscher Kostenträger angegeben worden ist?	<b>LSG Saarland,</b> Urt. v. 24.06.2020 - L 3 KA 2/18 -	20-04-5

### Wirtschaftlichkeitsprüfung/Regress

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
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
Formunwirksamkeit eines vor Beschwerdeausschuss protokollierten Vergleichs	B 6 KA 7/20 R	Ist ein im Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung von dem Vorsitzenden des Beschwerdeausschusses in dessen Sitzung protokollierter Vergleich formunwirksam nach § 58 Absatz 1 SGB X in Verbindung mit § 125 BGB?	<b>LSG Hessen,</b> Urt. v. 12.02.2020 - L 4 KA 11/17 -	20-02-18
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 -	20-03-29
Nachfolgebesezung: 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 Nachfolgebesezung fort?	<b>LSG Bayern,</b> Urt. v. 26.06.2019 - L 12 KA 22/18 -	19-04-28
Sonderbedarfszulassung:	B 6 KA 2/20 R	Kann für die Frage, ob im Rahmen einer spezialfachärztlichen Versorgung (hier: Innere	<b>SG Marburg,</b>	20-01-32

Zumutbare Wege/Anliegender Planungsbereich		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?	Urt. v. 15.01.2020 - S 12 KA 230/18 -	
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 <b>Termin:</b> 30.09.2020	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?	<b>SG Hamburg</b> , 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

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

Abschläge nach § 95d SGB V: Auslegung des Begriffs „Honorarberichtigungen“ in Vergütungs vb.	B 6 KA 5/19 R <b>Termin:</b> 30.09.2020	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?	<b>LSG Nordrhein-Westfalen</b> , 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?	<b>LSG Berlin-Brandenburg</b> , Urt. v. 10.04.2019 - L 7 KA 35/16 KL -	19-03-43
Klage einer KV gegen in Rundschreiben erteilte Hinweise	B 6 A 2/20 R (alt: B 6 KA 11/20 R)	Ist eine Kassenzahnärztliche Vereinigung zur Klage gegen die von einer Aufsichtsbehörde in einem Rundschreiben erteilten Hinweise befugt? (Hier: Rundschreiben des BVA an alle bundesunmittelbaren Krankenkassen vom 13.9.2018 zu den Vergütungsverträgen zur vertragsärztlichen Versorgung nach § 87a SGB V)	<b>LSG Sachsen</b> , Beschl. v. 17.01.2020 - L 1 KA 21/18 KL -	20-01-40 NZB
Vertrag nach § 140a SGB V	B 6 A 1/20 R (Vormals: B 1 A 4/19 R)	Darf in einem Vertrag nach § 140a SGB V vereinbart werden, dass die teilnehmenden Leistungserbringer Operationen ambulant erbringen und abrechnen dürfen, auch wenn diese weder im Leistungskatalog des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs für vertragsärztliche Leistungen noch im AOP-Katalog enthalten sind? Darf in einem Vertrag nach § 140a SGB V vereinbart werden, dass häusliche Krankenpflege oder Haushaltshilfe gemäß der Verträge nach den §§ 132, 132a SGB V zu Lasten der Krankenkasse im Anschluss an die im Vertrag definierten Leistungen (operative Eingriffe) ausgeschlossen und mit der Vergütung der Komplexpauschale abgegolten sind? 2. Vertrag zur integrierten Versorgung: Unzulässige Erweiterung der ambulanten Operationen	<b>LSG Hessen</b> , Urt. v. 18.07.2019 - L 1 KR 644/18 KL -	20-01-128

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

**Sonstiges/Verfahrensrecht**

## Anhang II: BSG - Anhängige Revisionen Krankenversicherung

Stand: 07.11.2020. 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 Erfolgs der Krankenbehandlung (§ 33 Absatz 1 Satz 1 Variante 1 SGB V), steht es dann in einem untrennbaren Zusammenhang mit einer neuen Behandlungsmethode im Sinne des § 135 SGB V?	<i>LSG Rheinland-Pfalz,</i> Urt. v. 08.11.2018 - L 5 KR 21/18 -	19-01-98 NZB
Nichtärztliche Elektroepilation nach geschlechtsangleichender Behandlung	B 1 KR4/20 R B 1 KR 6/20 R <b>Termin:</b> 17.12.2020  B 1 KR 19/20 R <b>Termin:</b> 17.12.2020	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 - Urt. v. 17.03.2019 - L 16 KR 552/18 - <i>LSG Berlin-Brandenburg,</i> Urt. v. 10.10.2019 - L 1 KR 397/18 -	20-02-54  20-03-56 NZB 20-03-57 NZB
<b>Kostenerstattung</b>				
Grundrechtsorientierte Auslegung des Leistungsrechts (Trainingsprogramm „Project Walk“ in den USA bei Querschnittslähmung)	B 1 KR 29/20 R	Setzt ein Leistungsanspruch aufgrund grundrechtsorientierter Auslegung des Leistungsrechts voraus, dass für die Behandlung einer mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung wertungsmäßig vergleichbaren Einschränkung einer wesentlichen Körperfunktion ein zeitlicher Druck zur Verhinderung von deren Ausfall besteht, oder kommt ein Anspruch auch dann in Betracht, wenn die Körperfunktion bereits ausgefallen ist, durch die in Rede stehende Behandlung aber wieder hergestellt oder der bestehende Zustand gebessert werden soll?	<i>LSG Bayern,</i> Urt. v. 22.11.2018 - L 4 KR 585/16 -	19-02-75 NZB
Genehmigungsfiktion: Leistung vor Fristablauf	B 1 KR 3/20 R <b>Termin:</b> 27.10.2020	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?	<i>LSG Sachsen-Anhalt,</i> Urt. v. 20.02.2020 - L 6 KR 12/18 -	20-03-73
Nicht zugelassene Psychotherapeuten: Fehlende Erforderlichkeit?	B 1 KR 22/20 R	Liegen hinreichend bestimmte Anträge als Grundlage für Genehmigungsfiktionen vor, wenn eine Versicherte am selben Tag mit vier verschiedenen Schreiben verhaltenstherapeutische Leistungen durch vier verschiedene, namentlich genannte Nicht-Vertragspsychotherapeuten beantragt? Liegt eine den Kostenerstattungsanspruch ausschließende zumindest grob fahrlässige Unkenntnis vor, wenn eine Versicherte die Erbringung von Leistungen durch nicht Nicht-Vertragspsychotherapeuten beantragt und sie bereits früher darauf hingewiesen wurde, dass die Krankenkasse nur vertragspsychotherapeutische Leistungen genehmigen werde?	<i>LSG Niedersachsen-Bremen,</i> Urt. v. 17.09.2019 - L 16 KR 240/19 -	20-03-74

Genehmigungsfiktion: Behandlung in Privatklinik	B 1 KR 5/20 R Erledigt durch Rücknahme	Zum Anspruch nach § 13 Absatz 3a Satz 6 SGB V bezüglich eines Antrags auf Kostenübernahme einer operativen Geschlechtsanpassung, die von vornherein nur in einer speziellen Privatklinik erfolgen soll.	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 27.02.2020 - L 1 KR 308/18 -	20-02-67
Fingierte Genehmigung und Kassenwechsel	B 1 KR 14/20 R Erledigt durch Rücknahme	Erledigt sich eine Genehmigungsfiktion dadurch, dass eine Versicherte, ohne zuvor sich die Leistung selbst beschafft zu haben, zu einer anderen Krankenkasse wechselt?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 11.12.2018 - L 11 KR 1276/18	19-01-106 NZZ
Fingierte Genehmigung: Frist/Zurücknahme	B 3 KR 11/20 R	Kann eine fingierte Genehmigung nach § 13 Absatz 3a SGB V durch § 45 SGB X zurückgenommen werden? Gilt die 5-Wochen-Frist von § 13 Absatz 3a Satz 1 letzter Halbsatz SGB V, wenn die gutachterliche Stellungnahme unterblieben ist?	<i>LSG Saarland</i> , Urt. v. 23.07.2019 - -	20-03-75 NZZ
Genehmigungsfiktion: Zurücknahme	B 3 KR 13/19 R <b>Termin:</b> 18.06.2020	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
Genehmigungsfiktion: Zurücknahme	B 3 KR 14/18 R <b>Termin:</b> 18.06.2020	Unter welchen Voraussetzungen kann eine fiktive Genehmigung nach § 13 Absatz 3a Satz 6 SGB V zurückgenommen werden?	<i>SG Düsseldorf</i> , Urt. v. 28.06.2018 - S 8 KN 1459/17 KR -	18-04-44
Zurücknahme einer fiktiven Genehmigung	B 3 KR 6/19 R <b>Termin:</b> 18.06.2020	Finden die Regelungen der §§ 44 SGB X auf die fingierte Genehmigung eines Hilfsmittels (hier: Kompressionstherapiegerät) Anwendung?	<i>LSG Schleswig-Holstein</i> , Urt. v. 14.02.2019 - L 5 KR 163/16 -	19-03-86

#### Stationäre Behandlung

Liposuktion	B 1 KR 25/20 R	Hat eine Versicherte für in den Jahren 2016 und 2017 durchgeführte stationäre Liposuktionen gegen ihre Krankenkasse Anspruch auf Erstattung der Behandlungskosten?	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 27.11.2018 - L 20 KR 525/17 -	20-04-69 NZZ
-------------	----------------	--	---	-----------------

#### Auslandskrankenbehandlung

##### Arzneimittel

Allogene Stammzelltherapie im Off-Label-Use bei Mantelzelllymphom	B 1 KR 20/19 R <b>Termin:</b> 19.03.2020 omV	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?	<i>LSG Hamburg</i> , Urt. v. 28.03.2019 - L 1 KR 125/17 -	19-03-122
---	--	--	---	-----------

##### Hilfsmittel/Heilmittel

Exoskelett	B 3 KR 10/20 R	Dient ein Exoskelett, das als orthopädisches Hilfsmittel die Funktion der Beine ersetzt und ein selbstständiges Gehen und Stehen ermöglicht, dem unmittelbaren Behinderungsausgleich?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 27.02.2020 - L 5 KR 675/19 -	20-02-76
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?	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urt. v. 23.04.2018 - L 4 KR 148/17 -	19-03-107 NZZ
Uhr mit Alarmfunktion	B 3 KR 15/19 R <b>Termin:</b> 10.09.2020	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?	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urt. v. 17.09.2019 - L 16 KR 182/18 -	19-04-65

##### Häusliche Krankenpflege/Haushaltshilfe

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?	<i>LSG Bayern</i> , 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?	<i>LSG Bayern</i> , 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?	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 13.02.2020 - L 5 KR 404/19 -	20-02-82

### Fahrkosten

### Zuzahlung

### Rehabilitationsmaßnahmen

### Krankenhauskosten

Neue Behandlungsmethode: Transkathetere Aortenklappen- Implantation (TAVI)	B 1 KR 18/20 R	Hat eine Krankenkasse die Kosten einer kathetergestützten transkathetere Aortenklappen-Implantation (TAVI), die 2013 in einem Krankenhaus ohne Herzchirurgie durchgeführt wurde, zu übernehmen?	<i>LSG Hessen</i> , Urt. v. 30.04.2020 - L 8 KR 511/16 -	20-03-106
Mindestmenge: Widerlegung einer Prognose eines Krankenhauses	B 1 KR 16/20 R	Welche Klageart ist gegen die Widerlegung der Prognose eines Krankenhauses für die Berechtigung zur Erbringung mindestmengenbelegter Leistungen statthaft? Welche Anforderungen sind an den Vortrag weiterer Umstände zur Begründung der berechtigten mengenmäßigen Erwartung und im Gegenzug, welche Anforderungen an die begründeten erheblichen Zweifel an der Richtigkeit einer vom Krankenhausübermittelter Prognose für die Berechtigung zur Erbringung mindestmengenbelegter Leistungen zu stellen?	<i>SG Berlin</i> , Urt. v. 05.03.2020 - S 56 KR 2033/19 -	20-03-105
Vorlagefrist für Krankenhausunterlagen: Materiell- rechtliche Ausschlussfrist?	B 1 KR 32/20 R	Beinhaltet die Regelung des § 7 Absatz 2 Satz 3 und 4 der Prüfverfahrensvereinbarung - PrüfV vom 18.7.2014 der Sache nach eine materiell-rechtliche Ausschlussfrist und ist die Vereinbarung einer solchen Ausschlussfrist von der Ermächtigungsgrundlage des § 17c Absatz 2 KHG gedeckt?	<i>LSG Hessen</i> , Urt. v. 27.08.2020 - L 8 KR 41/19 -	20-04-103
Nachträgliche Abrechnungskorrektur: Materielle Ausschlussfrist?	B 1 KR 34/20 R	Schließt die Regelung des § 7 Absatz 5 Satz 2 der Prüfverfahrensvereinbarung - PrüfV vom 18.7.2014 - eine nachträgliche Korrektur der Krankenhausabrechnung aus?	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 13.08.2020 - L 4 KR 437/19 -	20-04-104
Fallzusammenführung: Verschiedene Hauptdiagnosegruppen	B 1 KR 10/20 R <b>Termin:</b> 27.10.2020	Steht ein zwischenzeitlicher anderweitiger Krankenhausaufenthalt der Zusammenführung der Falldaten zweier Krankenhausaufenthalte nach § 2 Absatz 2 der Fallpauschalenvereinbarung 2015 entgegen?	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 19.03.2019 - L 20 KR 148/18 -	19-02-108 NZZ
Fallzusammenführung: Unvorher- sehbarer weitere Erkrankung	B 1 KR 9/20 R <b>Termin:</b> 27.10.2020	Setzt die Beurlaubung eines Versicherten von einer stationären Behandlung die Initiative des Versicherten hierzu voraus?	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 29.01.2019 - L 5 KR 631/17 -	20-03-128 NZZ
Fallzusammenführung: Verlegung	B 1 KR 8/20 R <b>Termin:</b> 27.10.2020	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 NZZ
Stationäre Notfallbehandlung vor Verlegung	B 1 KR 11/20 R	Liegt eine stationäre Notfallbehandlung des erstaufnehmenden Krankenhauses vor, wenn eine Versicherte bei subduralem Hämatom, Vigilanzminderung und fehlenden Schutzreflexen in diesem Krankenhaus untersucht (klinisch, Labor, CT), in dessen Schockraum mittels Tubus insgesamt eine Stunde beatmet, anschließend in die neurochirurgische Abteilung eines anderen Krankenhauses verlegt und dort noch am selben Tag operiert wird?	<i>LSG Saarland</i> , Urt. v. 23.07.2019 - L 2 KR 2/18 -	20-03-130 NZZ
Verlegung ohne aktives Tun des Krankenhauses	B 1 KR 12/20 R <b>Termin:</b> 27.10.2020	Liegt eine Verlegung (§ 3 Absatz 1 Satz 1, § 1 Absatz 1 Satz 4 FPV 2013) vor, wenn ein Krankenhaus eine(n) Versicherte(n) in die hausärztliche Betreuung entlässt und	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 11.04.2019	19-03-129

		diese(r) ohne Mitwirkung und Kenntnis des entlassenden Krankenhauses binnen 24 Stunden in einem anderen Krankenhaus mit einer anderen Diagnose stationär aufgenommen wird?	- L 4 KR 215/17 -	
Spontanatmungsstunden in der Periode der Entwöhnung	B 1 KR 13/20 R <b>Termin:</b> 17.12.2020	Können Spontanatmungsstunden in der Periode der Entwöhnung nach den bis zum 31.12.2019 maßgeblichen Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) auch dann als Beatmungsstunden abgerechnet werden, wenn der Patient bei seiner Entlassung weiter ganz oder teilweise auf künstliche Beatmung angewiesen bleibt?	<b>LSG Rheinland-Pfalz,</b> Urt. v. 07.02.2019 - L 5 KR 260/17 -	20-03-144 NZB
Berechnung der Beatmungsstunden	B 1 KR 26/20 R	Setzt die Abrechnung von Spontanatmungsstunden als Beatmungsstunden in Form einer Entwöhnung nach Nummer 10011 der Deutschen Kodierrichtlinien 2013 eine vorherige Gewährung des Patienten an den Respirator voraus?	<b>LSG Bayern,</b> Urt. v. 26.05.2020 - L 5 KR 273/17 -	20-03-143
Prozedur „Multimodale Schmerztherapie“	B 1 KR 25/19 R <b>Termin:</b> 27.10.2020	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)?	<b>LSG Sachsen,</b> Urt. v. 10.04.2019 - L 1 KR 170/16 -	20-04-112
Rückwirkende Änderung der Kodierungsvorschriften (Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung) u. Erstattungsanspruch	B 1 KR 31/20 R	Steht einem Erstattungsanspruch einer Krankenkasse aus Anlass einer Krankenhausvergütung der Einwand unzulässiger Rechtsausübung (§ 242 BGB) entgegen, wenn die Vergütung langjähriger Verwaltungspraxis entsprach und erst auf der Grundlage einer Entscheidung des Bundessozialgerichts zu Kodierungsfragen rückwirkend für Zeiten vor der Entscheidung Erstattungsansprüche begründet werden?	<b>LSG Berlin-Brandenburg,</b> Urt. v. 26.08.2020 - L 9 KR 462/17 -	20-04-108
Vorlagefrist für Krankenhausunterlagen: Materiell-rechtliche Ausschlussfrist?	B 1 KR 24/20 R	Beinhaltet die Regelung des § 7 Absatz 2 Satz 3 und 4 der Prüfverfahrensvereinbarung - PrüfVv vom 18.7.2014 (juris: PrüfVvbg) der Sache nach eine materiell-rechtliche Ausschlussfrist und ist die Vereinbarung einer solchen Ausschlussfrist von der Ermächtigungsgrundlage des § 17c Absatz 2 KHG gedeckt?	<b>LSG Hessen,</b> Urt. v. 28.05.2020 - L 8 KR 221/18 -	20-03-125
Landesvertragliches Aufrechnungsverbot	B 1 KR 17/20 R	Ermächtigt § 112 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe b SGB V die Vertragsparteien auf Bundesebene (§ 112 Absatz 1 SGB V) dazu, außerhalb des Anwendungsbereichs des § 109 Absatz 6 SGB V die Aufrechnungsbefugnis der Krankenkassen zugunsten der Krankenhausträger zu begrenzen?	<b>LSG Nordrhein-Westfalen,</b> Beschl. v. 08.04.2019 - L 10 KR 723/17 -	20-03-120 NZB
Verjährung nach Zahlung unter Vorbehalt und Verrechnung	B 1 KR 23/20 R	Ist in einem Fall, in welchem nach vorläufiger Zahlung einer Forderung für eine Krankenhausbehandlung durch die Krankenkasse nach Aufrechnung um einen Vergütungsanspruch in einem späteren Fall gestritten wird, für die Verjährung auf den späteren, unstreitigen Vergütungsanspruch des Krankenhauses abzustellen?	<b>LSG Niedersachsen-Bremen,</b> Urt. v. 26.11.2019 - L 4 KR 25/16 -	20-03-118 NZB
Aufwandspauschale: Erstattungsforderung der Krankenkasse	B 1 KR 27/20 R	Ist eine Erstattungsforderung der Krankenkasse für eine ohne Rechtsgrund gezahlte Aufwandspauschale nach § 275 Absatz 1c SGB V vor dem 1.1.2016 nach Treu und Glauben ausgeschlossen?	LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 09.06.2020 - L 9 KR 320/19 -	20-03-148
<b>Ambulante Versorgung</b>				
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**

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 hinzugeetretenen Arzneimittels zwischen den Beteiligten unstreitig sind?	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , 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?	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , 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 vertraglichen Regelung des Versorgungsvertrages nach § 127 SGB V nicht vor der Versorgung zugegangen ist.	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 27.06.2019 - L 16 KR 541/18 -	
Festbetragsfestsetzung für Einlagen	B 3 KR 4/20 R	Zur Festsetzung der einheitlichen Festbeträge für Hilfsmittel (hier: Einlagen) und zur entsprechenden Anwendung des § 35 Absatz 5 SGB V.	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 11.03.2020 - L 1 KR 178/17 KL -	20-02-114
Krankentransportleistungen: Höhe der Entgelte	B 3 KR 14/20 R	Können landesrechtlich zugelassene private Anbieter von Krankentransportleistungen eine Preisvereinbarung gegen Krankenkassen gerichtlich durchsetzen im Fall des Scheiterns von Preisverhandlungen, wenn kein Schiedsverfahren vorgesehen ist?	<i>LSG Schleswig-Holstein</i> , Urt. v. 17.10.2019 - L 5 KR 113/16 -	20-04-125 NZB

**Integrierte Versorgung**

**Krankenkassen**

Ablehnung der Elektronischen Gesundheitskarte	B 1 KR 7/20 R	Können Versicherte die Verwendung der wegen ihrer Online-Funktion und der ihr zugrundeliegenden Telematik-Infrastruktur wirksam ablehnen?	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , Urt. v. 29.08.2019 - L 5 KR 303/18 -	20-03-125
	B 1 KR 15/20 R	Können Versicherte die Verwendung der elektronischen Gesundheitskarte wegen ihrer Online-Funktion und der ihr zugrundeliegenden Telematik-Infrastruktur wirksam ablehnen?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 28.03.2019 - L 16 KR 676/16 -	20-03-155 NZB
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 Mitglieder gewähren, an Laienwerber Aufwandsentschädigungen von mehr als 0,7% der monatlichen Bezugsgröße zahlen und gewährte Aufwandsentschädigungen nach der Anzahl der geworbenen Mitglieder staffeln?	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. 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 <b>Termin:</b> 10.09.2020	Zulässigkeit der Klage gegen einen Nutzenbewertungsbeschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA), wenn ein Erstattungsbetrag zwischen pharmazeutischen Unternehmen und dem GKV-Spitzenverband vereinbart wurde?	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 19.10.2018 - L 1 KR 558/15 KL -	19-01-158 NZB
--	---	---	--	------------------

**Sonstiges**