

Rechtsprechungsinformationsdienst 21-01

REDAKTION	5
EDITORISCHE HINWEISE	5
A. VERTRAGS ARZTRECHT	6
I. Honorarverteilung	6
1. Regelleistungsvolumen	6
a) Weggang einer Ärztin aus BAG unter Mitnahme der Zulassung	6
b) Keine Aufbaupraxis nach Umwandlung einer BAG in Einzelpraxen	7
c) Regelung zu sog. Aufbaupraxen in Honorarverteilungsvertrag/Quotierte Akupunkturleistungen	7
d) Vergrößerung des RLV in Höhe der gesamten Überschreitung des Fallwertes	7
e) Standortabhängiger Kooperationszuschlag	8
f) Einbeziehung der hausärztlichen Zusatzpauschale (Nr. 03040 EBM) in das RLV	8
g) Zuschlag zum RLV für BAG mit Ärzten mit einer sog. Doppelzulassung	8
2. Individualbudget	9
a) Individuelles Leistungsbudget und Fallzahlsteigerungen	9
b) Neubescheidung über Individualbudget nach Vergleich (Quartal II/05)	9
3. Festsetzung einer „Umbuchung Überzahlung“: Verwaltungsakt	10
4. Wirkung eines Widerspruchs gegen Honorarbescheid/Ziff. 3.5 HVM KV Hessen	10
5. Kein Anspruch eines Dentallabors aus abgetretenem Recht bei fehlender Honorarfestsetzung	10
6. Fehlgeleitete Abschlagszahlungen auf Konto eines Dritten: Nichtleistungskondition	10
II. Sachlich-rechnerische Berichtigung	11
1. Plausibilitätsprüfung	11
a) Anästhesie bei Katarakt: Untersuchung/Aufklärung und Analgesie am selben Tag	11
b) Unkorrekte Abrechnung im KV-Notdienst	11
2. Ambulante Notfallbehandlung im Krankenhaus: Ablehnung einer stationären Aufnahme	12
3. Einhaltung einer Bagatellgrenze	13
4. Zahnärzte: Funktionsanalytische Diagnostik: Okklusionsprüfungen (Ziff. 2181 GOÄ)	13
III. Genehmigung/Disziplinarrecht/Notdienst	13
1. Ausgelagerte Praxisräume: Räumliche Nähe	13
2. Assistentengenehmigung während der Erziehung von Kindern	14
3. Anerkennung als Praxisnetz	14
4. Unterschrift unter Abrechnungssammelerklärung: Überörtliche BAG mit MVZ	14
5. Befreiung von der Verpflichtung zum Anschluss an die Telematikinfrastruktur	14
6. Teilnahme an der Schmerztherapie-Vereinbarung: „Entsprechend qualifizierte“ Einrichtung	15
7. Abrechenbarkeit humangenetischer Leistungen für Internisten	15
8. Zur Auslegung einer Erklärung als Verzicht auf eine Dialysegenehmigung	15
9. Nichtnutzung eines besonderen Versorgungsauftrags	16
10. Disziplinarrecht	16
a) Rechtfertigungsgründe und Irrtum	16
b) Psychotherapie bei Erwachsenen durch Kinderärztin	16
11. Befreiung vom Notdienst: Dialyse-Arzt	17
IV. Wirtschaftlichkeitsprüfung/Arzneikostenregress/Schadensersatz	18
1. Vertagung oder Sachentscheidung nach Angebot zum Sachvortrag	18
2. Arzneikosten/Grundrechtsorientierte Auslegung: Ipiliumab u. Novilumab als Kombinationstherapie	18
3. Zahnärzte	18
a) Zahnersatz: Kein Recht zur Nachbesserung nach Sachverständigengutachten	18
b) Regress nach nicht über die KZV abgerechneter andersartiger Versorgung	19
V. Zulassungsrecht	19
1. Praxisnachfolgeverfahren nach Antragsrücknahme durch ausgewählte Bewerberin	19
2. Anstellung der BAG-Gesellschafter durch BAG als MVZ-Träger	20
3. Zulassungsentziehung	20
a) Hohe Honorarkürzungen	20
b) Größliche Pflichtverletzung: Nichtabrechnung über mehrere Jahre hinweg	20
c) Nichterfüllung der Fortbildungsverpflichtung	21
d) Belegarztzulassung: Kaum Behandlung von Belegpatienten	21

VI. Gesamtvergütung/Versorgung von Asylbewerbern	22
1. Gesamtvergütung: Verjährung der Forderungen für sog. Altquartalsfälle	22
2. Versorgung von Asylbewerbern: Zahlungsanspruch gegenüber kommunalem Leistungsträger	22
VII. Streitwert/Verfahrensrecht/EHV der KV Hessen	23
1. Streitwert	23
a) Klare Honorarmehrvergütung: Kein prozentualer Abschlag bei Bescheidungsantrag	23
b) Zulassungssachen: Kein direkter Zusammenhang mit Status/Zulassungsfragen	23
2. Verfahrensrecht	23
a) Unzulässiger Widerspruch bei fehlender Vorlage der Vollmacht	23
b) Rechtsweg: Untersagung der Nutzung der Kennzeichnung „MVZ“	24
3. EHV der KV Hessen	24
a) Abweichende Aufteilung der EHV-Beiträge	24
b) Beitragsklasse: Sonderregelung bei Neuniederlassung	24
VIII. Bundessozialgericht (BSG)	25
1. QZV: Praxisbesonderheiten	25
2. Qualifikationsbezogene Genehmigung für fachgebietsfremde Leistungen	25
3. Sachlich-rechnerische Berichtigung	25
a) Dokumentationspflicht/Feststellungslast hinsichtlich Vergütungsanspruchs	25
b) EBM-Auslegung mit Hilfe der Kalkulations- und Prüfzeiten (Anästhesie bei Katarakt-Op)	26
c) Keine weitere ambulante Operation innerhalb von drei Tagen	26
d) Knochendeckelmethode zum Zugang zur Wurzelspitze oder Kieferhöhle (Nr. 2255 GOÄ)	26
4. Verletzung der Fortbildungspflicht: „Zweiter“ Fünfjahreszeitraum und frühere Altersgrenze	26
5. Wirtschaftlichkeitsprüfung/Arzneikostenregress	27
a) Annexkompetenz zu sachlich-rechnerischen Richtigstellungen	27
b) Keine Pflicht zur mündlichen Anhörung	27
6. Gerichtliche Anhörung/Zulässigkeit einer Restitutionsklage	28
B. KRANKENVERSICHERUNGSRECHT	29
I. Vertrags(zahn)ärztliche Behandlung	29
1. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	29
a) Alternative Krebstherapie	29
b) Protonenbehandlung	29
c) Stammveneninsuffizienz mittels des VNUS-Closure®-Verfahrens	29
d) Radiofrequenztherapie mittels der „VNUS-Closure“-Methode	30
e) Sehnervanalyse mit dem Heidelberg Retina Tomographen	30
f) Grafting Operation	30
g) DaVinci-Operationsmethode	30
h) Kardiovaskuläre Erkrankungen nicht akut lebensbedrohlich (Lipid-Apherese)	31
II. Stationäre Behandlung	31
1. Chirurgischen Brust- und Bauchdeckenstraffung	31
2. Oberarmstraffung: Operationsindikation in Form einer sog. Entstellung	31
III. Kostenerstattung	32
1. Genehmigungsfiktion	32
a) Mitteilung der Krankenkasse ohne Regelungscharakter	32
b) Neuantrag/Zweit Antrag im Widerspruchsverfahren (Liposuktion)	32
c) Vertrauensschutz nach Aufgabe der bisherigen höchstrichterlichen Rspr.	32
2. Keine Kostenerstattung über sozialrechtlichen Herstellungsanspruch	33
3. Kostenerstattung nach § 13 II SGB V nach dem Tod des Versicherten	33
IV. Arzneimittel	33
1. Off-Label-Use	33
a) Avastin (Wirkstoff Bevacizumab) bei Krebserkrankung „Glioblastom“	33
aa) Undurchführbarkeit von Phase-III-Studien	33
bb) Fehlende Erfolgsaussicht aufgrund der Datenlage	34
b) Travatan Z bei Glaukom	34
c) Galcanezumab (Emgality) für Behandlung des chronischen Clusterkopfschmerzes	34
2. Cannabis	35
a) Einschätzungsprärogative des behandelnden Vertragsarztes	35
b) Einschätzungsprärogative/Befristung/Dauerwirkung/Behandlungsende/Arztwechsel	35
c) Schwerwiegende Erkrankung	36
d) Tourette-Syndrom	36

V. Hilfsmittel	36
1. Bestandteil einer neuen Behandlungs- und Untersuchungsmethode	36
a) Bewegungstrainer „Innowalk medium“	36
b) Ganzkörpervibrationsgerät Galileo® S 35	36
c) Hypoglossus-Schrittmachersystem bei Schlafapnoe	37
2. Wetterschutzverdeck für Elektromobil	37
3. Versorgung eines Jugendlichen mit einer weiteren Handprothese	37
4. Hörgeräteversorgung	37
a) Gebrauchsvorteil nicht objektivierbar aufgrund der Messergebnisse	37
b) Ergebnis vergleichender Testmessungen im Rahmen der 5 Prozent-Grenze	38
5. Perücke aus asiatischem Echthaar	38
VI. Rehabilitation/Häusliche Krankenpflege/Fahrkosten	38
1. Häusliche Krankenpflege	38
a) Kosten einer häuslichen Krankenpflege während eines Krankenhausaufenthalts	38
b) Betreutes Wohnen: Behandlungspflege Teil der Eingliederungshilfe	39
c) Herrichten der Medikamente und Medikamentengabe	39
2. Fahrkosten	39
a) Keine hohe Behandlungsfrequenz durch monatliche Hausarztbesuche	39
b) Keine vergleichbare Einschränkung der Mobilität aufgrund Kindesalters	39
VII. Beziehungen zu Krankenhäusern	40
1. BVerfG: Verwendung gespeicherter Sozialdaten für Vorbereitung von Versorgungsinnovationen	40
2. Vergütungsanspruch/Fälligkeit	40
a) Notwendigkeit stationärer Behandlung	40
b) Ausschlussfrist für Prüfung der Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung	41
c) AOP-Vertrag	41
aa) Notwendigkeit vollstationärer Krankenhausbehandlung	41
bb) Stationäre Durchführung einer Schieloperation	41
d) Qualitätsgebot: Immunadsorptionstherapie im Jahr 2010	41
e) Keine vorstationäre Krankenhausbehandlung ohne ärztliche Verordnung	42
f) Erfassung der Prozedur (OPS 5-385.70) durch AOP-Vertrag	42
g) Zahlungsanspruch trotz Ruhens des Leistungsanspruchs des Versicherten	42
h) Aufrechnung nach dem 09.11.2018: Verkürzte Ausschlussfrist	42
3. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	43
a) Wirtschaftlichkeitsgebot auch bei neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	43
b) Coil-Implantationen	43
4. Mindestmenge	43
a) Vorlage einer Prognose ausreichend	43
b) Prognose für Mindestmenge: Einstweiliger Rechtsschutz	44
5. Prüfverfahrensvereinbarung	44
a) Nichteinleitung eines Prüfverfahrens/Qualitätsgebot bei Bauchaortenaneurysma	44
b) MDK-Prüfung im Versichertenverhältnis: Keine Ersetzung der Abrechnungsprüfung	45
c) Beauftragung des MDK innerhalb 12-Wochen-Frist	45
d) Auswahl der Behandlungsunterlagen allein durch MDK	45
e) Vorlagefrist für Krankenhausunterlagen	46
aa) Materiell-rechtliche Ausschlussfrist (§ 7 II PrüfV 2014)	46
bb) Materiell-rechtliche Ausschlussfrist	46
cc) Konkrete Unterlagenanforderung/Keine materiell-rechtliche Ausschlussfrist	46
dd) Keine Materiell-rechtliche Ausschlussfrist	47
f) Nachträgliche Korrektur der Krankenhausabrechnung	47
aa) Fünfmonatsfrist zur Rechnungskorrektur: Keine Ausschlussfrist (§ 7 V PrüfV 2016)	47
bb) Zulässigkeit einer nachträglichen Rechnungskorrektur	47
cc) Zulässigkeit nach abgeschlossenem MDK-Prüfverfahren	48
dd) Korrektur von nicht vom Prüfauftrag des MDK umfassten Tatbeständen	48
g) Vergütung für einen Krankenhausaufenthalt nach Wechsel der Krankenkasse	48
6. Fallpauschalen	48
a) Kodierung eines Symptoms (Gastrostoma-Anlage mit PEG-Sonde)	48
b) Mehrfachkodierung	49
c) Kenntnis von fehlenden Abrechnungsvoraussetzungen/Strukturanalyse	49
d) Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern: Dokumentation des Mehraufwandes	49
e) Intensivmedizinische Komplexbehandlung (OPS 8-980.20)	49
f) Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls	50
g) Berücksichtigungsfähige Beatmungstunden	50
aa) Entwöhnung von der maschinellen Beatmung auch ohne vorherige Gewöhnung	50
bb) Kodierung von Stunden maschineller Beatmung über Maskensysteme	50
cc) Continous-Positive-Airway-Pressure-(CPAP)-Beatmung bei Neugeborenen	51
h) Plasmapherese nach Nierentransplantation	51

i) Kodierung eines akuten Nierenversagens im Stadium 1 als Nebendiagnose	51
j) Kodierung einer Shuntvene	51
k) Dialyseshunts: Stellungnahme des DIMDI	52
l) Unwirtschaftlichkeit der Versorgung mit einer CAD/CAM-Prothese	52
m) Zusatzentgelte-Katalog: Gabe der Blutgerinnungsfaktoren	52
7. Aufwandspauschale	52
a) Vertragswidrige Aufrechnung von Aufwandspauschalen durch Krankenkasse	52
b) Prüfauftrag zur Abrechnungsminderung vor Rechnungsstellung	53
VIII. Beziehungen zu Leistungserbringern und Arzneimittelherstellern	53
1. Pharmazeutische Unternehmen	54
a) Rabattabschlag auf das Medikament	54
b) Generikaabschlag	54
2. Apotheken	54
a) Bindung an allgemeine Abgabevorschriften	54
b) Krankenhausapotheke: Rückerstattung der Umsatzsteuer	55
3. Hörgeräteakustiker: Zugang der Versorgungsanzeige unerheblich	55
4. Häusliche Krankenpflege	55
a) Fälligkeit einer Forderung nach beklagtem Schiedsspruch	55
b) Lauf einer vertraglich vereinbarten Verjährungsfrist	56
5. Entgelte für private Krankentransporte (Schleswig-Holstein)	56
IX. Angelegenheiten der Krankenkassen	56
1. BVerfG: Einführung der elektronischen Patientenakte	57
2. Elektronische Gesundheitskarte ohne Lichtbild	57
X. Verfahrensrecht	57
1. Streitwertbeschwerde nach Verfahrenstrennung	57
XI. Bundessozialgericht (BSG)	58
1. Genehmigungsfiktion: Kein eigenständig durchsetzbarer Sachleistungsanspruch	58
2. Krankenhausvergütung/Aufklärung: Allogene Stammzelltherapie im Off-Label-Use	58
C. ENTSCHEIDUNGEN ANDERER GERICHTE	59
I. Ärztliches Berufsrecht	59
1. Widerruf/Ruhen/Wiedererteilung der Approbation/Berufserlaubnis	59
a) BVerwG: Ruhen vor Abschluss des Strafverfahrens/Drohende Gefahr	59
b) Widerruf der Approbation	59
aa) Sexueller Missbrauch unter Ausnutzung eines Behandlungsverhältnisses	59
bb) Missbräuchliches Verordnen von Benzodiazepinen/Wiedererlangung der Berufswürdigkeit	59
c) Widerruf vorübergehender Ausübungserlaubnis: Verdacht einer gesundheitlichen Ungeeignetheit	60
2. Strafrecht	60
a) BGH/Selektiver Fetozid: Beginn der Geburt bei einer Mehrlingsgeburt	60
b) Strafbarkeit des operierenden Arztes bei verschwiegenen eigenen Gesundheitsproblemen	61
c) Strafbare missbräuchliche Anwendung von Fortpflanzungstechniken	61
d) Strafbares Anbieten von Schwangerschaftsabbrüchen auf ärztlicher Homepage	62
3. Berufspflichten: Sorgfaltspflichten bei der Ausstellung eines ärztlichen Attests	62
4. BVerwG: Genehmigungspflicht zur Herstellung eines Wirkstoffs tierischer Herkunft	63
5. Wahlgrundsätze bei Wahlen zur Vertreterversammlung der Landesärztekammer	63
6. Herausgabe des Mitgliederverzeichnisses zum Zwecke der Kammerwahlwerbung	63
II. Arzthaftung	64
1. Bundesgerichtshof (BGH)	64
a) Beachtlichkeit des Bestreitens nach Beweisaufnahme	64
b) Übergehen des Klagevorbringens	64
2. Behandlungsfehler	64
a) Abweichen von einer Operationsanleitung und Facharztstandard	64
b) Lückenhafte Dokumentation	64
c) Unterbliebene Vorlage des EKGs: Grundsätze über Befunderhebungsfehler/Schmerzensgeld	65
d) Kenntnis vom Behandlungsfehler/Schmerzensgeld	65
e) Schmerzensgeldbemessung bei Querschnittslähmung nach Operation	65
f) Kooperationsvertrag einer Geburtsklinik mit Neonatologen	66
g) Verantwortungsumfang des Konsiliararztes	66
h) Substantiierungsanforderungen an Zweifel an der erstinstanzlichen Beweiswürdigung	66
i) Befangenheitsgesuch gegen Sachverständigen	66
j) Prozesskostenhilfe: Benennung des Behandlungsfehlers	67

3. Aufklärung: Einwilligungsfähigkeit Minderjähriger („Pille“)	67
4. Zahlungsforderung einer Beihilfekasse wegen Ausstellens unrichtiger Rezepte	67
5. Zahnärztliche Behandlung: Nichterkennen einer apikalen Parodontitis an den Zähnen 46 und 47	68
ANHANG I: BSG - ANHÄNGIGE REVISIONEN VERTRAGS ARZTRECHT	69
ANHANG II: BSG - ANHÄNGIGE REVISIONEN KRANKENVERSICHERUNG	73

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@dgtkassenarztrecht.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.

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** wird hinsichtlich der Abteilungen Vertragsarztrecht und Krankenversicherung (Leistungsrecht) ausgewertet. Diese Ausgabe berücksichtigt die bis zum 07.02.2021 eingestellten Entscheidungen.

A. VERTRAGS ARZTRECHT

I. Honorarverteilung

Nach BSG, Urt. v. 25.11.2020 - **B 6 KA 29/19 R**, **B 6 KA 30/19 R** u. **B 6 KA 31/19 R** - stehen die **punktzahlmäßigen Bewertungen der schnittbildradiologischen Leistungen** im EBM 2009 mit höherrangigem Recht in Einklang. Die Partner des BewA haben unter Heranziehung wissenschaftlicher Erhebungen die wertmäßige Relation der einzelnen (radiologischen) Leistungen zueinander im Rahmen des ihnen zukommenden Gestaltungsspielraums festgelegt. Dass im Rahmen einer betriebswirtschaftlichen Kalkulation der Umsätze radiologischer Praxen ein höherer Punktwert kalkuliert worden ist, als mit dem Orientierungswert tatsächlich für 2009 festgelegt werden konnte, macht die Bewertungsrelationen nicht fehlerhaft. Die **Differenzierung** im Beschluss des EBewA vom 27./28.8.2020 bzw in der Honorarverteilungsvereinbarung (HVV) bei den den **RLV** unterfallenden **Fachärzten für Diagnostische Radiologie** danach, ob diese ein **CT** und/oder **MRT** vorhalten, ist rechtmäßig. Im Hinblick auf die erhöhten Kosten bei Vorhalten eines CT und/oder MRT dient sie der Vermeidung eines Mischfallwerts für eine einheitliche Gruppe der Diagnostischen Radiologen, der einerseits die Notwendigkeit der Finanzierung eines CT bzw MRT nicht hinreichend berücksichtigt, andererseits zu überhöhten Fallwerten bei Ärzten führt, die kein CT bzw MRT vorhalten. Zu Recht hat die beklagte KÄV bei der Berechnung des **RLV** für **Mitglieder von BAGen unterschiedliche Fallwerte** zugrunde gelegt, abhängig davon, ob sie eine **Genehmigung zur Erbringung von CT- und/oder MRT-Leistungen** haben. „Vorhalten“ im Sinne des Beschlusses des EBewA erfordert nicht nur das Vorhandensein des Geräts, sondern auch die Genehmigung zur Abrechnung der entsprechenden Leistungen. Dem steht auch nicht entgegen, dass die BAG der KÄV bei der Honorarabrechnung als einheitliche Rechtspersönlichkeit gegenübertritt, denn die Ermittlung der RLV erfolgt nach dem Beschluss des EBewA arztbezogen. Auch die Ermittlung des RLV für **Ärzte in Arztgruppen mit weniger als 20 Ärzten und einer relativen Streuung von mindestens 30 % auf Basis der individuellen Fallwerte** ist rechtmäßig. Die Vertragspartner der HVV waren zu einer solchen Regelung ermächtigt, da der Beschluss des EBewA den Vertragspartnern die Möglichkeit eröffnet hatte, „Modifikationen“ der Arztgruppen vorzunehmen. Mit der Regelung wird in angemessener Form dem Umstand Rechnung getragen, dass Durchschnittswerte bei sehr kleinen Arztgruppen wenig aussagekräftig sind und durch einzelne Ausreißer sehr stark verzerrt werden können. Die Grenzziehung bei 20 Ärzten und einer Streubreite von 30 % ist nicht erkennbar ungeeignet und hält sich im Rahmen der Gestaltungsfreiheit der Vertragspartner der HVV. Nach **B 6 KA 30/19 R** gilt weiter, dass **Praxisbesonderheiten** nicht anzuerkennen waren. Ein Arzt, der über die **Genehmigung zur Erbringung von CT- und MRT-Leistungen** verfügt, versieht **keinen besonderen Versorgungsauftrag** und seine Tätigkeit weist keine für die Versorgung **relevante Spezialisierung** auf. Die Erbringung von CT- und MRT-Leistungen ist gerade das entscheidende Merkmal seiner Zuordnung zur Arztgruppe der „**Fachärzte für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT und MRT**“. Auch der Umstand, dass Herr M. schwerpunktmäßig CT- und MRT-Leistungen erbringt, Dr. C. hingegen konventionell radiologische Leistungen, ist lediglich Ausdruck der unternehmerischen Freiheit einer BAG, die Zusammensetzung und das Leistungsspektrum der Praxispartner frei zu wählen, rechtfertigt aber nicht die Anerkennung von Praxisbesonderheiten. Die für einen Härteausgleich maßgebliche Grenze von 15 % Verlust infolge der Umstellung der Vergütung auf die RLV-Systematik konnte bereits aufgrund der Konvergenzzahlungen, die die Kl. erhalten hat, nicht eintreten. Mit der Begrenzung der Verluste auf 7,5 % werden existenzbedrohende Honorarminderungen ausgeschlossen. Nach BSG, Urt. v. 25.11.2020 - **B 6 KA 28/19 R** - besteht für einen Arzt für **Anästhesiologie** ein Anspruch auf die Abrechnung von Anästhesien als extrabudgetär vergütete Leistung nach Abschnitt 31.5.3 EBMÄ nur dann, wenn auch der Operateur seine Leistungen als ambulante Operationen nach diesem Kapitel abrechnet. Wenn der Anästhesist mit einem **MKG-Chirurgen zusammenarbeitet**, der von der Möglichkeit Gebrauch macht, seine Leistungen als **zahnärztliche Leistungen** gegenüber der KZV abzurechnen, kann der an der Operation mitwirkende Anästhesist seine Leistungen allein nach den im Kapitel 5 enthaltenen GOP abrechnen.

1. Regelleistungsvolumen

a) Weggang einer Ärztin aus BAG unter Mitnahme der Zulassung

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 22.12.2020 - L 7 KA 45/16

RID 21-01-1

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 87b

Leitsatz: Die Kassenärztliche Vereinigung ist nicht verpflichtet, im Rahmen der Bestimmung des RLV für eine radiologische Berufsausübungsgemeinschaft den **Weggang einer Vertragsärztin** unter **Mitnahme** ihrer **Zulassung** und Einbringung in ein **MVZ** im selben zulassungsbeschränkten Bezirk im Rahmen einer Fallzahlerhöhung für die verbliebenen Praxispartnerinnen zu berücksichtigen.

Die Kl. begehrt die Vergrößerung ihres RLV für das Quartal III/09. Die Kl. ist eine radiologische BAG mit drei Ärztinnen, darunter vom Quartal III/06 bis zum Quartal II/09 auch Frau Dr. S. Frau Dr. S wechselte mit ihrer Zulassung in ein MVZ. Ab dem Quartal IV/09 wurde Dr. L im Wege eines Jobsharings in der kl. BAG angestellt. Die Kl. legte gegen die RLV-Zuweisung erfolglos Widerspruch ein. Sie trug vor, Frau Dr. S sei übergangsweise und lediglich probeweise tätig gewesen und dann in das entfernte MVZ (im Zulassungsbezirk) gewechselt. Sie habe damit ihre vertragsärztliche Versorgung im Einzugsbereich der Praxis aufgegeben. Die Entfernung zwischen ihrer BAG und dem MVZ betrage knapp 22 km. Dr. S seien keine Patienten oder Überweisungen aus dem Einzugsgebiet an das MVZ gefolgt. **SG Berlin**, Urt. v. 22.06.2016 - S 79 KA 378/13 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

b) Keine Aufbaupraxis nach Umwandlung einer BAG in Einzelpraxen

LSG Hamburg, Urteil v. 24.06.2020 - L 5 KA 13/19

RID 21-01-2

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

Eine sog. **Aufbaupraxis** besteht nach **Umwandlung** einer **Berufsausübungsgemeinschaft** in Einzelpraxen jedenfalls dann nicht, 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.

Der Kl. ist Facharzt für Neurochirurgie. Streitig ist die Höhe des Honorars für die Quartale III/14 bis I/15. **SG Hamburg**, Urt. v. 27.03.2019 - S 27 KA 81/15 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

c) Regelung zu sog. Aufbaupraxen in Honorarverteilungsvertrag/Quotierte Akupunkturleistungen

SG Marburg, Gerichtsbescheid v. 04.01.2021 - S 12 KA 3/18 WA u.a.

RID 21-01-3

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

Leitsatz: 1. **Akupunkturleistungen** nach Nr. 30790, 30791 EBM können als sog. **freie Leistungen** und damit außerhalb des Regelleistungsvolumens vergütet werden. Im Bereich der KV Hessen bestand in den Quartalen IV/10 bis II/11 keine Stützungsverpflichtung.

2. Der Umstand einer **Neuniederlassung** ist kein Grund, um von einer allgemeinen **Quotierung** abzusehen. Sie befreit nur von Restriktionen, die im Zusammenhang mit der Aufbauphase stehen.

3. Fehlt eine **Regelung zu sog. Aufbaupraxen** in einem Honorarverteilungsvertrag, so kann sie nicht durch einen **Vorstandsbeschluss** ersetzt werden (Festhalten an **SG Marburg**, Urt. v. 26.10.2016 - S 12 KA 59/15 - juris Rdnr. 34 ff., RID 16-04-4).

Die Beteiligten streiten um die Honorarbescheide für die Quartale IV/10 bis II/11 sowie eine Sonderregelung zu den Regelleistungsvolumina für die Quartale II/11 bis IV/11. Die Kl. ist als Fachärztin für Physikalische und Rehabilitative Medizin seit 01.02.2008 mit vollem Versorgungsauftrag zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Das **SG** verurteilte die Bekl., die Kl. über ihren Honoraranspruch für das Quartal II/11 und ihre Anträge auf Erteilung einer Sonderregelung zu den Regelleistungsvolumina für die Quartale II/11 bis IV/11 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden, und wies im Übrigen die Klagen ab.

d) Vergrößerung des RLV in Höhe der gesamten Überschreitung des Fallwertes

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 23.09.2020 - L 7 KA 46/16

RID 21-01-4

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 37/20 B
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 87b

Leitsatz: Die Kassenärztliche Vereinigung ist nicht verpflichtet, im Rahmen der Berücksichtigung von **Praxisbesonderheiten** die Fallwertüberschreitung **zur Gänze** zu berücksichtigen.

Wie anerkannte Praxisbesonderheiten berücksichtigt werden, obliegt dem **Beurteilungsspielraum** der KV im Rahmen der Zuweisung des RLV. Sie ist nicht gehindert, ein RLV erst ab einem Schwellenwert des Honorarvertrags (15 %) zu erhöhen und die Differenz nicht gänzlich auszugleichen.

Grundsätze der **Honorarverteilungsgerechtigkeit** gebieten es nicht, dass gleiche (vertragsärztliche) Leistungen unterschiedslos stets in **gleicher Höhe vergütet** werden, unabhängig davon, welcher Arzt sie in welcher Situation erbringt.

Das kl. MVZ, hervorgegangen aus einer fachübergreifenden BAG für Radiologie und Neurochirurgie, begehrt noch die Vergrößerung ihres RLV für das Quartal IV/09. **SG Berlin**, Urt. v. 22.06.2016 - S 83 KA 389/13 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

e) Standortabhängiger Kooperationszuschlag

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 28.10.2020 - L 5 KA 3935/18

RID 21-01-5

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

Leitsatz: 1. Ein Vertragsarzt, der die Zuweisung eines **Regelleistungsvolumens** hat **bestandskräftig** werden lassen, ist an diese Festsetzung gebunden und kann im nachfolgenden Honorarstreitverfahren nicht mehr deren Fehlerhaftigkeit geltend machen (so schon BSG, Urt. v. 15.08.2012 - B 6 KA 38/11 R - SozR 4-2500 § 87b Nr. 1, juris; LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 24.02.2016 - L 5 KA 1991/13 - juris, RID 16-03-3 u. v. 05.10.2016 - L 5 KA 773/13 - juris, RID 16-04-3).

2. § 9 Abs. 5 des Honorarverteilungsmaßstabes der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg in der für das Quartal 4/2014 geltenden Fassung, wonach standortübergreifende Berufsausübungsgemeinschaften nur dann einen **Förderzuschlag** für die **kooperative Behandlung** von Patienten erhalten, wenn an einem Vertragsarztsitz mehrere Ärzte niedergelassen sind, ist nicht zu beanstanden. Die Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemäß § 87b Abs. 4 SGB V stehen dem nicht entgegen.

Im Streit steht höheres Honorar für die Quartale IV/13 bis IV/14, wobei zwischen den Beteiligten (noch) die Zuerkennung eines Kooperationszuschlags auf das Regelleistungsvolumen und Differenzen zwischen den in den Honorarzusammenstellungen und Honorarbescheiden ausgewiesenen Beträgen streitig sind. *SG Stuttgart*, Urt. v. 19.05.2017 - S 20 KA 1843/16 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

f) Einbeziehung der hausärztlichen Zusatzpauschale (Nr. 03040 EBM) in das RLV

SG Berlin, Urteil v. 07.10.2020 - S 87 KA 1084/16

RID 21-01-6

Berufung anhängig: LSG Berlin-Brandenburg - L 7 KA 41/20 -
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 87b

Die Einbeziehung der GOP 03040 EBM (**hausärztliche Zusatzpauschale**) in das **Regelleistungsvolumen** mit der daraus folgenden abgestaffelten Vergütung der Leistung ab einer Überschreitung der durchschnittlichen RLV-Fallzahl stellt eine Überschreitung des Gestaltungsspielraums und einen Verstoß gegen die Grundsätze der **Honorarverteilungsgerechtigkeit** und der leistungsproportionalen Vergütung dar. Denn sie widerspricht dem Zweck, der der Einführung dieser Vorhaltepauschale zugrunde liegenden Regelungen.

Das *SG* verpflichtete die Bekl., für die Quartale IV/13 bis III/15 über die Höhe des RLV/QZV und des Honoraranspruchs des Kl., eines Facharztes für Allgemeinmedizin, und für die Quartale IV/15 bis II/016 über die Höhe des dem Kl. zustehenden RLV/QZV erneut unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts zu entscheiden.

g) Zuschlag zum RLV für BAG mit Ärzten mit einer sog. Doppelzulassung

SG Marburg, Gerichtsbescheid v. 04.01.2021 - S 12 KA 35/15, S 12 KA 39/15

RID 21-01-7

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

Leitsatz: Eine Berufsausübungsgemeinschaft, der Ärzte mit einer sog. **Doppelzulassung** (hier: Fachärzte für Nuklearmedizin und Fachärzte für Diagnostische Radiologie) angehören, erhält in den Quartalen I und II/09 keinen **Zuschlag zum Regelleistungsvolumen** von 10 %, da sie nicht **arztgruppen- und schwerpunktgleich** ist. Arztgruppe bzw. Schwerpunkt sind im Sinne des Weiterbildungsrechts zu verstehen (vgl. LSG Sachsen, Urt. v. 08.11.2017 - L 1 KA 4/14 - juris Rdnr. 40).

Die Beteiligten streiten noch um die Höhe des Honorars für die beiden Quartale I/09 und II/09, um die Festsetzung der Regelleistungsvolumina (RLV) und um den Bescheid über die Änderung der RLV in diesen Quartalen und hierbei ausschließlich um die Frage, ob der Aufschlag von 10 % für fachgleiche Berufsausübungsgemeinschaften auch der zu 1) kl. BAG zusteht. Das *SG* wies die Klage ab.

2. Individualbudget

a) Individuelles Leistungsbudget und Fallzahlsteigerungen

LSG Hamburg, Urteil v. 19.11.2020 - L 5 KA 26/17

RID 21-01-8

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 87b

Der bloße Umstand einer **Fallzahlsteigerung** vermag keine Anpassung eines **individuellen Leistungsbudgets** aus Sicherstellungsgründen zu rechtfertigen, sondern führt lediglich zu einer Erhöhung des Budgets im entsprechenden Quartal des Folgejahres. Die Berücksichtigung lediglich von Fallzahlsteigerungen von mehr als 10 %, die auf eine Versorgungsübernahme zurückzuführen sind, steht in Übereinstimmung mit der Wertung, die in dem Beschluss des Bewertungsausschusses vom 26.03.2010 in dessen Teil F Abschnitt I Nr. 3.5 zum Ausdruck gebracht wurde und die angesichts des Zwecks der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung ohne weiteres nachvollziehbar ist.

Die Versorgung von nicht weiter verweisbaren **Akutupatienten**, die im Übrigen auch in Notfallpraxen bzw. -ambulanzen der Krankenhäuser vorgenommen werden dürfte, stellt keine Praxisbesonderheit dar, die zu einer Erhöhung des individuellen Leistungsbudgets aus Sicherstellungsgründen zu führen vermag.

Der Kl., ein Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, begehrt die Anpassung seines individuellen Leistungsbudgets für die Quartale IV/13 und I/14. *SG Hamburg*, Ur. v. 19.07.2017 - S 27 KA 21/15 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

b) Neubescheidung über Individualbudget nach Vergleich (Quartal II/05)

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 23.09.2020 - L 7 KA 12/19

RID 21-01-9

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V a.F. § 85 IV

Verpflichtet sich eine KV in einem **Vergleich zur Neubescheidung über Individualbudgets**, so schließt dies eine Neubescheidung über das Honorar und eine evtl. **Nachvergütung** ein.

BSG, Ur. v. 15.08.2012 - B 6 KA 38/11 R - SozR 4-2500 § 87b Nr. 1 hat klargestellt, dass erst seit der Bekanntgabe dieser Entscheidung für die gerichtliche Klärung von gesonderten Feststellungen (Bemessungsgrundlagen, Budgets, RLV), Teilelementen und Vorfragen zur Bestimmung des Quartalshonorars nur dann und solange Raum ist, als die jeweiligen Quartalshonorarbescheide noch nicht bestandskräftig sind. Für den Zeitraum davor haben die KVen zu prüfen, ob Vertragsärzten, die im Vertrauen auf die (ältere) Rechtsprechung des Senats von einer gleichzeitigen **Anfechtung der Honorarbescheide** abgesehen haben, Vertrauensschutz zu gewähren ist.

Die **Unzulässigkeit von Individualbudgets** ab dem **Quartal II/05** ist dann unerheblich, wenn in einem **Vergleich** ein höheres Individualbudget vereinbart wurde.

Im Termin vor dem LSG am 24.11.2010 schlossen die Beteiligten folgenden **Vergleich**: 1. Die Beklagte wird das MRT-Individualbudget der Kl. für den Zeitraum ab dem Quartal III/03 neu berechnen und der Berechnung den Bemessungszeitraum der Quartale IV/02 bis II/03 zugrunde legen. 2. Damit sind alle Ansprüche aus diesem Verfahren erledigt. Die Bekl. gewährte der Kl. auf der Grundlage dieses Vergleichs für die Quartale III/03 bis I/06 ein neu berechnetes MRT-Individualbudget. Ihrer Berechnung legte sie ein ungewichtetes MRT-Individualbudget im Primärkassenbereich von 998.578 Punkten und im Ersatzkassenbereich von 956.795 Punkten zu Grunde. Für die Quartale III/03 bis I/06 werde, sofern die Honorarfestsetzungsbescheide nicht bestandskräftig geworden seien, eine Nachvergütung im Wege der sachlich-rechnerischen Berichtigung vorgenommen. Den dagegen gerichteten Widerspruch wies sie mit Widerspruchsbescheid v. Dezember 2015 u.a. mit der Begründung zurück, dass nach der BSG-Rspr. und des LSG Honorarverteilungsregelungen anhand von Individualbudgets ab dem Quartal II/05 rechtswidrig seien, so dass vor diesem Hintergrund keine MRT-Individualbudget-Anhebungen für die Quartale II/05 bis I/06 erfolgen könnten. *SG Berlin*, Ur. v. 13.02.2019 - S 83 KA 576/16 - hob die angefochtenen Bescheide insoweit auf, als darin festgelegt worden sei, dass nur für die Quartale eine Nachvergütung erfolge, hinsichtlich derer die Honorarfestsetzungsbescheide noch nicht bestandskräftig geworden seien. Es verpflichtete die Bekl. auch hinsichtlich der Quartale IV/03 bis II/04 und IV/04 bis I/06, eine Nachvergütung auf der Grundlage des Neuberechneten MRT-Individualbudgets zu gewähren. Das *LSG* wies die Berufung zurück.

3. Festsetzung einer „Umbuchung Überzahlung“: Verwaltungsakt

SG Marburg, Gerichtsbescheid v. 04.01.2021 - S 12 KA 465/15

RID 21-01-10

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 87b; SGB X § 31 Satz 1

Leitsatz: Die Festsetzung einer „Umbuchung Überzahlung“ in einem Honorarbescheid auf das nächste Quartal, mit der das Leistungs- bzw. Zahlungsverhältnis abgeschlossen wird, ist, anders als bei der Einstellung einer einzelnen Rechnungsposition, ein **Verwaltungsakt**. Es wird verbindlich festgestellt, ob insgesamt noch Zahlungsansprüche oder Überzahlungen bestehen.

Die Beteiligten streiten um den Kontoauszug für das Quartal III/13 und hierbei insb. um die Frage, ob die Bekl. berechtigt war, nach einem Bescheid des Beschwerdeausschusses die festgesetzte Forderung mit Honorarzahllungen aufzurechnen. Das *SG* verurteilt die Bekl., im „Kontoauszug für das Quartal 3/2013“ eine „Umbuchung Überzahlung auf 4/13“ nicht über 11.696,96 € festzusetzen, und wies im Übrigen die Klage ab.

4. Wirkung eines Widerspruchs gegen Honorarbescheid/Ziff. 3.5 HVM KV Hessen

LSG Hessen, Urteil v. 28.10.2020 - L 4 KA 32/19

RID 21-01-11

SGB V § 87b; SGG § 84

Wird ein **Widerspruch** nicht eingeschränkt erhoben, erstreckt sich der Widerspruch automatisch auf den im Bescheidkonvolut übersandten „Nachweis zum arztbezogenen Regelleistungsvolumen (RLV) und zu den arztbezogenen qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina“, indem die der Berechnung des Honorarbescheids zugrundeliegenden Daten näher erläutert werden.

Ziff. 3.5 HVM KV Hessen über eine Sonderregelung zum RLV regelt weder eine **Antragsfrist** noch eine **Präklusion**, wobei dahingestellt bleiben kann, ob ein **Antragserfordernis** besteht.

Der Kl. ist Facharzt für Chirurgie und Gefäßchirurgie. Die Beteiligten streiten um die Höhe des Honorars für die Quartale I bis IV/14 und hierbei insb. um eine Sonderregelung bezüglich des QZV 31 (Sonographie III). *SG Marburg*, Gerichtsbes. v. 13.03.2019 - S 12 KA 695/16 - verurteilte die Bekl. zur Neubescheidung, das *LSG* wies die Berufung der Bekl. nach Maßgabe der Entscheidungsgründe zurück.

5. Kein Anspruch eines Dentallabors aus abgetretenem Recht bei fehlender Honorarfestsetzung

SG Marburg, Gerichtsbescheid v. 04.01.2021 - S 12 KA 138/20

RID 21-01-12

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 85 IV

Leitsatz: Ein Dentallabor hat auch aus **abgetretenem Recht** des Vertragszahnarztes keinen Anspruch gegenüber einer Kassenzahnärztlichen Vereinigung, wenn es bereits an einer **Honorarfestsetzung** fehlt oder Aufrechnungsansprüche aus **Regressfestsetzungen** bestehen.

Die Beteiligten streiten um die Geltendmachung der Vergütung des Vertragszahnarztes X aus abgetretenem Recht in Höhe von 79.095,38 €. Die Kl. betreibt ein Dentallabor. Für den Rechnungszeitraum der Monate Juni bis August 2015 erbrachte die Kl. zahntechnische Leistungen im Auftrag des Zahnarztes X im Umfang der Klageforderung. Das *SG* wies die Klage ab.

6. Fehlgeleitete Abschlagszahlungen auf Konto eines Dritten: Nichtleistungskondiktion

LSG Hamburg, Urteil v. 19.11.2020 - L 5 KA 3/18

RID 21-01-13

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
BGB § 812 I 1; SGG § 57a

Erhält ein Arzt, der nicht im Bezirk der KV zugelassen ist, Zahlungen der KV, so ist für ihn erkennbar, dass ihm das Geld nicht zusteht. Die KV kann dann das Geld im Wege der **Nichtleistungskondiktion** (§ 812 I 1 Alternative 2 BGB) zurückfordern. § 814 BGB ist im Rahmen der Nichtleistungskondiktion nicht anwendbar (vgl. BGH, Urt. v. 31.01.2018 - VIII ZR 39/17 - juris Rn. 40).

Die Auffassung der Vorinstanz, in einem solchen Fall handele es sich nicht um eine **Angelegenheit des Vertragsarztrechts** i.S.d. § 57a SGG, die örtliche Zuständigkeit richte sich deshalb in diesem

Verfahren nach § 57 I 2 SGG, also bei Verfahren gegen natürliche Personen nach ihrem Wohnsitz oder Sitz und nicht nach dem Sitz der Körperschaft des öffentlichen Rechts, ist zutreffend.

Die Beteiligten streiten um die Rückzahlung von 40.000 €. Die Ehefrau des Bekl., die Beigel. zu 1, war im Bezirk der kl. KV zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Im Mai 2012 beantragte sie ihre Zulassung als Vertragsärztin im Bezirk der zu 2 beigel. KV, weil der Bekl. schon seit längerem dort als Kinder- und Jugendpsychotherapeut zugelassen war. Seit 01.10.2012 betreiben der Bekl. und die Beigel. zu 1 in Hamburg eine Praxisgemeinschaft. Am 14.05.2012 ging bei der Kl. von der E-Mail-Adresse, die bis heute auf der Webseite der Praxisgemeinschaft unter „Kontakt“ angegeben, eine Mitteilung folgenden Inhalts ein: „Für Honorarzählungen nutzen sie bitte ab sofort die neue Bankverbindung bei der A.-Bank: Konto Kontoinhaber: S.“. Die Kl. veranlasste daraufhin mehrere Abschlagszahlungen auf das angegebene Konto. Nachdem die Kl. erfolglos versucht hatte, die Abschlagszahlungen von der Beigel. zu 1 zur erhalten (vgl. hierzu SG Marburg, Urt. v. 18.03.2015 - S 12 KA 458/13 - RID 15-02-17 u. LSG Hessen, Urt. v. 08.11.2017 - L 4 KA 23/15 - RID 18-02-12), leitete sie erfolglos ein Mahnverfahren gegen den Bekl. ein. **SG Hamburg**, Urt. v. 13.12.2017 - S 27 KA 104/16 - gab der Klage statt, das **LSG** wies die Berufung zurück.

II. Sachlich-rechnerische Berichtigung

Nach BSG, Urt. v. 25.11.2020 - **B 6 KA 14/19 R** - ist der Zuschlag nach Nr 86516 des Anhangs 2 der Onkologie-Vereinbarung, der die „**intravasale zytostatische Tumorthherapie**“ voraussetzt, nicht berechnungsfähig, wenn zwar Bisphosphonate „intravasal“ (intravenös oder -arteriell) appliziert werden, die Zytostatika jedoch vom Patienten oral eingenommen werden. Für die **Auslegung** der in der **Onkologie-Vereinbarung** enthaltenen, von den Bundesmantelvertragspartnern vereinbarten Gebührenordnungspositionen (GOP) ist in erster Linie deren **Wortlaut** maßgebend. Eine analoge Anwendung kommt nicht in Betracht. Insofern gilt nichts Anderes als für die Auslegung der vom Bewertungsausschuss (BewA) beschlossenen GOP des EBM.

1. Plausibilitätsprüfung

a) Anästhesie bei Katarakt: Untersuchung/Aufklärung und Analgesie am selben Tag

SG Düsseldorf, Urteil v. 02.12.2020 - S 7 KA 206/17

RID 21-01-14

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

Der in **GOP 05310** (Präanästhesiologische Untersuchung bei einer ambulanten oder belegärztlichen Operation der Abschnitte 31.2 bzw. 36.2) geregelte **Abrechnungsausschluss** neben der **GOP 31831** (Einleitung und Unterhaltung einer Analgesie und/oder Sedierung während eines operativen oder stationärer ersetzenden Eingriffs nach der Nr. 31351) (hier: Quartale IV/12 bis II/16) ist **sitzungsbezogen** zu verstehen. Beide Leistungen können in verschiedenen Sitzungen am selben Tag erbracht werden. Nach der Systematik des EBM wird das Wort „neben“ im Regelfall verwendet, um die kleinste Zeiteinheit, nämlich die Sitzung, zu wählen.

Es macht keinen Sinn, bei der Auslegung des **Sitzungsbegriffs** schwerpunktmäßig auf das Verlassen der Praxis abzustellen oder eine bestimmte Mindestzeit einer Unterbrechung zu fordern (und genügen zu lassen), da dies eine künstliche Aufspaltung von an sich einheitlichen Leistungen ermöglichen würde, was nicht sinnvoll wäre. Es ist vielmehr zu prüfen, ob die einzelnen Behandlungsabschnitte in sich selbstständig abgrenzbar sind, ohne künstlich getrennt zu werden, und ob zwischen den beiden Behandlungsschritten (hier: Voruntersuchung einerseits und Einleitung und Unterhaltung der Anästhesie andererseits) eine erkennbare Zäsur stattgefunden hat, die das Ende des einen Behandlungsabschnitts und den Beginn des zweiten Behandlungsabschnitts voneinander trennt.

Das **SG** verpflichtete die Bekl., der Kl., einer aus mehreren Fachärzten für Anästhesie bestehenden BAG, den einbehaltenen Betrag von 78.949,93 € wieder ausbezahlen.

b) Unkorrekte Abrechnung im KV-Notdienst

SG Marburg, Gerichtsbescheid v. 25.09.2020 - S 12 KA 642 bis 645/17

RID 21-01-15

Berufung anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 59/20 -
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 106d

Steht der dringende **Verdacht** im Raum, dass ein Arzt im **KV-Notdienst** abgerechnete **Leistungen nicht erbracht** hat und/oder Leistungen abgerechnet hat, die im Rahmen einer Notfallbehandlung nicht hätten erbracht werden dürfen, dann obliegt es dem Arzt, die Ordnungsgemäßheit der

Abrechnung nachzuweisen und reicht als Nachweis für die Leistungserbringung seine Abrechnung nicht mehr aus.

Die Beteiligten streiten um Honorarrückforderungen in Höhe von insgesamt 151.642,13 € aufgrund von patientenbezogenen und ergänzenden Plausibilitätsprüfungen der ÄBD-Honorarabrechnungen der sechs Quartale II/12 bis III/13, die die Bekl. insb. mit Hilfe eines Praxisabgleichs mit der Abrechnung der Hausarztpraxis C./D. durchgeführt hat. Das *SG* wies die Klage ab.

2. Ambulante Notfallbehandlung im Krankenhaus: Ablehnung einer stationären Aufnahme

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 09.12.2020 - L 24 KA 40/16

RID 21-01-16

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 76 I 2, 106a (a.F.)

Voraussetzung für die sachlich-rechnerische Richtigkeit der Abrechnung von **Notfallbehandlungen im Krankenhaus** ist, dass es sich tatsächlich um Notfälle handelt und keine über die Notfallversorgung hinausgehende Behandlung vorgenommen wird. Darauf, ob die Patienten sich auch während der **üblichen Sprechzeiten** in einer vertragsärztlichen Praxis zur Behandlung hätten vorstellen können, kommt es nicht an. Ein Krankenhaus kann einem Patienten, der eine Notfallambulanz zu den üblichen Sprechzeiten der Vertragsärzte aufsucht, eine Behandlung nicht ohne weiteres verweigern, sondern muss sich über bestehende Beschwerden und den Zustand des Patienten vergewissern (BSG, Urt. v. 11.09.2019 - B 6 KA 6/18 R - SozR 4-2500 § 76 Nr. 5, juris Rn 44).

Der Vergütungsanspruch entfällt nicht wegen einer **am Folgetag** der Vorstellung in der Rettungsstelle erfolgten **stationären Aufnahme** der Patienten im Krankenhaus der Kl. Aufgenommen worden in ein Krankenhaus ist ein Patient erst, wenn er das „spezifische Versorgungssystem eines Krankenhauses“ in Anspruch nimmt.

Als Aufnahme gilt nicht bereits die Einschätzung des in der Notfallambulanz untersuchenden Arztes. Die **ärztliche Einschätzung**, wonach Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit besteht, ist noch nicht mit einer ärztlichen **Aufnahmeentscheidung** gleichzusetzen. Allen Krankenhausärzten dürfte bekannt sein, dass sie einwilligungsfähige Patienten nicht gegen deren Willen aufnehmen dürfen. Aus diesem Grund kann von einer ärztlichen Aufnahmeentscheidung nicht ausgegangen werden, solange ein Patient ausdrücklich sein Einverständnis verweigert.

Die Beteiligten streiten über eine sachlich-rechnerische Richtigstellung betreffend Behandlungsleistungen, die im Quartal III/10 in der Notfallambulanz eines Krankenhauses erbracht worden sind. Die Kl. betreibt das S K B, dem eine Notfallambulanz („Rettungsstelle“) angegliedert war. Die Bekl. setzte mit Honorarbescheid das Honorar für das Quartal III/10 unter sachlich-rechnerischer Richtigstellung auf 106.548,13 € fest. Der Bescheid nahm Bezug auf eine Anlage (Liste P 123) in der „sachlich-rechnerische Richtigstellungen nach § 45 BMV-Ä und § 34 Abs. 4 EKV“ vorgenommen waren. Der Bescheid verwies darauf, dass 62 Behandlungsscheine sachlich-rechnerisch richtig zu stellen seien, weil **Patienten unmittelbar im Anschluss an die Notfallbehandlung in demselben bzw. in einem anderen Krankenhaus stationär aufgenommen worden** seien. Nach einem für 10 Behandlungsfälle erklärten und angenommenen Teilerkenntnis sowie nach teilweiser Klagerücknahme waren noch 34 Behandlungsfälle streitig. *SG Potsdam*, Urt. v. 08.06.2016 - S 1 KA 17/14 - verurteilt die Bekl. zur Neubescheidung unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts. In 30 von diesen Fällen habe die Beklagten mit Recht eine sachlich-rechnerische Richtigstellung vorgenommen, da jeweils von einem einheitlichen Behandlungsfall in Bezug auf eine nachfolgende stationäre Aufnahme auszugehen gewesen sei. Dagegen liege in vier Behandlungsfällen eine abgeschlossene Notfallbehandlung vor, so dass ein Vergütungsanspruch gegen die Bekl. bestehe. Nach einem von der Bekl. abgegebenen und angenommenen weiteren Teilerkenntnis führt die K. die Berufung nur noch wegen der Versorgung der beiden Patientinnen weiter, die sich **entgegen dem ärztlichen Rat nicht direkt von der Rettungsstelle in stationäre Behandlung begeben haben, sondern erst am Folgetag wieder zur stationären Aufnahme erschienen sind**. Das *LSG* änderte auf die Berufung der Kl. das Urteil und verpflichtete ebf. zur Neubescheidung.

3. Einhaltung einer Bagatellgrenze

LSG Hessen, Beschluss v. 04.01.2021 - L 4 KA 16/20 NZB
SGB V § 106d

RID 21-01-17

Auf die Höhe bzw. Einhaltung einer **Bagatellgrenze** (hier: 30 €) im Rahmen einer Abrechnungsrichtlinie der KV kommt es jedenfalls dann nicht an, wenn der von der Krankenkasse ursprünglich geltend gemachte **Berichtigungsbetrag** (hier: 106,50 €) darüber lag.

Der Kl. war bis Dezember 2016 als hausärztlicher Internist zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen und nimmt seit Januar 2017 an der EHV teil. Streitgegenstand des erstinstanzlichen Verfahrens war die Frage der sachlich-rechnerischen Berichtigung in Höhe von 30 € aus DMP-Verträgen (Disease-Management-Programm) in zwei Behandlungsfällen. *SG Marburg*, Gerichtsbl. v. 22.06.2020 - S 12 KA 377/19 - wies die Klage ab. Das *LSG* wies die Beschwerde gegen die Nichtzulassung der Berufung zurück.

4. Zahnärzte: Funktionsanalytische Diagnostik: Okklusionsprüfungen (Ziff. 2181 GOÄ)

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 30.09.2020 - L 3 KA 39/17
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 106a II 1

RID 21-01-18

Leitsatz: Okklusionsprüfungen im Rahmen der funktionsanalytischen Diagnostik können nicht als „gewaltsame Lockerung oder Streckung eines Kiefergelenks“ nach der **GOÄ-Ziffer 2181** abgerechnet werden.

SG Hannover, Urte. v. 22.03.2017 - S 35 KA 20/14 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

III. Genehmigung/Disziplinarrecht/Notdienst

1. Ausgelagerte Praxisräume: Räumliche Nähe

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 09.12.2020 - L 24 KA 6/18
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 75 II 2; Ärzte-ZV § 24 V

RID 21-01-19

Es erscheint fraglich, ob eine **verbesserte Erreichbarkeit** als sachlicher Grund für die Auslagerung von Praxisräumen angesehen werden kann, da § 24 V SGB V gerade von einer räumlichen Nähe der ausgelagerten Praxisräume zu dem bestehenden Vertragsarztsitz ausgeht.

Der Begriff der **räumlichen Nähe** ist ein unbestimmter Rechtsbegriff, der in der Ärzte-ZV nicht weiter konkretisiert wird. Jedenfalls Entfernungen von **mehr als 30 Km** sind auch in ländlichen Regionen nicht hinnehmbar. Die Auffassung, dass die ausgelagerten Räumlichkeiten innerhalb von 30 Minuten mit dem Auto erreichbar sein müssen, erscheint gegenüber der aktuellen BSG-Rspr. eher als eine sehr großzügig gehaltene äußerste Grenze. Für die Auffassung, dass die räumliche Nähe dann kein erhebliches Kriterium für die Zulässigkeit ausgelagerter Praxisräume sein könne, wenn der Vertragsarzt an den ausgelagerten Räumlichkeiten ohnehin nur eine **Tätigkeit im Umfang von bis zu zwei Stunden in der Woche** beabsichtige, findet sich im Text der Ärzte-ZV kein Anhaltspunkt. Eine bestehende räumliche Distanz ändert sich nicht dadurch, dass der Vertragsarzt sich ihre Bewältigung nur für einen Tag in der Woche vornimmt.

Der Kl. ist Facharzt für Augenheilkunde und verfügt über einen halben Vertragsarztsitz in S und einen hälftigen Versorgungsauftrag in L. Im März 2015 zeigte er der Bekl. an, dass er für seinen Vertragsarztsitz in S einen ausgelagerten Praxisraum mit der Adresse S B nutzen wolle. Mit Bescheid erklärte die Bekl., dass die Voraussetzungen eines ausgelagerten Praxisraums nicht erfüllt seien. Die angezeigte Tätigkeit in B sei nicht zulässig. Einem Arzt sei es nach der Ärzte-ZV gestattet, Untersuchungs- und Behandlungsräume in räumlicher Nähe zu seinem Vertragsarztsitz ausschließlich für spezielle Untersuchungs- und Behandlungszwecke zu nutzen. Es sei ausgeschlossen, in den ausgelagerten Praxisräumen dasselbe Leistungsangebot wie in der eigentlichen Praxis zur Verfügung zu stellen. Der Kl. wolle nach seinem Vorbringen in B Nachkontrollen im Anschluss an Operationen anbieten, halte Nachkontrollen für operierte Patienten aber auch in S vor. Unabhängig davon sei die Voraussetzung einer räumlichen Nähe nicht erfüllt, weil die Entfernung zwischen dem Praxisstandort in S und dem angezeigten ausgelagerten Praxisraum von 67,6 km eine Fahrtzeit von 42 Minuten erforderlich mache. *SG Potsdam*, Urte. v. 06.12.2017 - S 1 KA 94/15 - hob den angefochtenen Bescheid auf, das *LSG* wies die Klage ab.

2. Assistenteneignung während der Erziehung von Kindern

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 28.10.2020 - L 3 KA 31/20

RID 21-01-20

Revision anhängig: B 6 KA 15/20 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
Ärzte-ZV § 32 II 2 Nr. 2

Leitsatz: Vertragsärzte dürfen einen **Vertreter** oder einen Assistenten während der **Erziehung von Kindern** beschäftigen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

SG Hannover, Ur. v. 26.02.2020 - S 20 KA 6/16 - stellte fest, dass der angefochtene Bescheid rechtswidrig war, das *LSG* wies die Berufung zurück.

3. Anerkennung als Praxisnetz

SG München, Urteil v. 07.10.2020 - S 28 KA 424/19

RID 21-01-21

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 87b II 3, IV

Bei der **Anerkennung als Praxisnetz** handelt es sich um eine **gebundene** Entscheidung.

Gem. § 3 I 1 Nr. 1 a) Satz 1 RL-KVB ist allein auf die **überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaften** abzustellen. Bedenken hinsichtlich der Rechtmäßigkeit dieser Strukturvorgabe bestehen nicht.

Das *SG* wies die Klage ab.

4. Unterschrift unter Abrechnungssammelerklärung: Überörtliche BAG mit MVZ

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 28.10.2020 - L 5 KA 2789/17

RID 21-01-22

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
BMV-Ä § 35 II; SGB V § 82 I 2; GG Art. 3 I, 12 I

Leitsatz: 1. Die Festlegung des **Wortlauts** der **Abrechnungssammelerklärung** durch die Kassenärztliche Vereinigung nach § 35 Abs. 2 Satz 3 BMV-Ä hat **normativen** Charakter.

2. Die Festlegung, dass die Abrechnungssammelerklärung durch alle Mitglieder der Berufsausübungsgemeinschaft sowie durch den Vertretungsberechtigten und den ärztlichen Leiter des MVZ zu erfolgen hat, ist nicht zu beanstanden. Eine **überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft** bestehend aus mehreren MVZ wird hierdurch nicht in ihren Rechten verletzt.

Die Kl. ist eine überörtliche BAG (üBAG) mit Betriebsstätten in S. (Hauptbetriebsstätte), E. (Nebenbetriebsstätte), V. (Nebenbetriebsstätte), D. (Nebenbetriebsstätte), F. (Zweigpraxis) und E. am K. (Zweigpraxis). Die Partner der üBAG nehmen als zugelassene Fachärzte für Augenheilkunde an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Das von den Vertragsärzten der Kl. in der Rechtsform einer GbR gegründete MVZ S. Klinik in D. ist im Besitz einer Genehmigung zur Führung einer üBAG mit den Vertragsärzten der Kl. Seit 2019 besteht die üBAG aus vier MVZen (S., E., V. und D.), die jeweils die Rechtsform einer Partnerschaftsgesellschaft innehaben. Gesellschafter der als GbR gebildeten üBAG sind Dr. B. und Dr. M., die zugleich (jeweils) die Partnerschaftsgesellschafter der vier MVZen sind. Im April 2014 beantragte die Kl. ohne Erfolg, dass sie die Sammelerklärungen künftig nur noch von einem der einzelvertretungsberechtigten Gesellschafter, Dr. B. und Dr. M., unterschreiben lassen muss, solange der Bekl. eine schriftliche Erklärung aller Partner der Kl. vorliege, dass diese damit einverstanden seien, dass Dr. B. und Dr. M. jegliche Erklärungen auch für die übrigen Partner der Kl. und für die Gesellschafter des MVZ S. Klinik alleine abgeben und Rechtsgeschäfte ausführen dürfen. *SG Stuttgart*, Ur. v. 19.05.2017 - S 20 KA 1076/15 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

5. Befreiung von der Verpflichtung zum Anschluss an die Telematikinfrastruktur

SG Marburg, Gerichtsbescheid v. 09.12.2020 - S 12 KA 19/20

RID 21-01-23

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V i.d.F. des Art. 15a Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG) v. 11.12.2018 § 291 IIb 16

Leitsatz: Ein Vertragsarzt, der zum 31.03.2019 seine Zulassung beendet, ist von der Verpflichtung zum Anschluss an die Telematikinfrastruktur für das Quartal I/19 zu befreien (analog § 291 Abs. 2b

Satz 16 SGB V i.d.F. des Art. 15a Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals <Pflegepersonal-Stärkungsgesetz - PpSG> vom 11.12.2018, BGBl. I 2018, 2394).

Das *SG* verurteilte die Bekl., den Kl. von der Verpflichtung zum Anschluss an die Telematikinfrastruktur für das Quartal I/19 zu befreien.

6. Teilnahme an der Schmerztherapie-Vereinbarung: „Entsprechend qualifizierte“ Einrichtung

SG Düsseldorf, Urteil v. 02.12.2020 - S 7 KA 228/19

RID 21-01-24

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 135 II

§ 4 III Nr. 1 S. 1 Schmerztherapie-Vereinbarung fordert, dass man eine ganztägige, 12-monatige Tätigkeit in einer entsprechend qualifizierten Schmerzpraxis, Schmerzambulanz oder einem Schmerzkrankenhaus nachzuweisen hat. Dabei muss es sich nicht um eine förmlich „anerkannte“ Einrichtung handeln. Die gewählte Formulierung stellt auf die **Qualifikation** (und nicht auf die förmliche **Anerkennung**) der Einrichtung ab.

Das *SG* verpflichtete die Bekl., über den Antrag des Kl., eines Facharztes für Anästhesiologie, auf Genehmigung zur Teilnahme an der Schmerztherapie-Vereinbarung unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden.

7. Abrechenbarkeit humangenetischer Leistungen für Internisten

LSG Hessen, Urteil v. 28.10.2020 - L 4 KA 45/18

RID 21-01-25

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 50/20 B

Qualitätssicherungs-Vb Molekulargenetik; EBM Abschn. 11.4.3, 13.1.9, 19.4.1, 19.4.2

Eine **KV** hat keine **Befugnis** zum Erlass eines rechtsgestaltenden Verwaltungsakts über die **Genehmigung** bzw. der Versagung der Genehmigung der Abrechnung der Leistungen nach Nrn. 11511, 11512, 11513, 11516 und 11518 EBM aus Abschnitt 11.4.3 EBM, Nrn. 19401, 19402, 19403 und 19404 EBM aus Abschnitt 19.4.1 EBM sowie Nrn. 19411, 19421 und 19424 EBM aus Abschnitt 19.4.2 EBM hat.

SG Marburg, Ur. v. 21.11.2018 - S 12 KA 162/17 - RID 19-01-27 stellte fest, dass für den kl. Facharzt für Innere Medizin/Endokrinologie die Durchführung und Abrechnung der humangenetischen Leistungen nach Nr. 11511, 11512, 11513, 11516 und 11518 EBM aus Abschn. 11.4.3 EBM, Nr. 19401, 19402, 19403 und 19404 EBM aus Abschn. 19.4.1 EBM sowie Nr. 19411, 19421 und 19424 EBM aus Abschn. 19.4.2 EBM nicht genehmigungspflichtig ist. Das *LSG* wies die Berufung zurück.

8. Zur Auslegung einer Erklärung als Verzicht auf eine Dialysegenehmigung

SG für das Saarland, Urteil v. 22.07.2020 - S 2 KA 48/17

RID 21-01-26

Sprungrevision anhängig: B 6 KA 14/20 R

juris

BMV-Ä Anl. 9.1; BGB § 133; SGB X § 39 II

Eine **Erklärung**, wonach ab dem 01.10.2011 „die Einzelpraxis Dr. St. (Jobsharing mit Frau Dr. W.) die Versorgung der Patienten in A-Stadt übernehmen“ wird, ist als **Verzicht** der BAG auf die erteilte Genehmigung zu verstehen. Es ergibt sich daraus deutlich, dass Dr. St. allein die Nebenbetriebsstätte fortführen sollte. Dieser Auslegung der Erklärung als Verzicht steht auch nicht entgegen, dass hinsichtlich der Stätte in B-Stadt eine deutlichere Formulierung gefunden wurde („Der Standort in B-Stadt soll nicht weiter genutzt werden.“).

Die **Kl.** betreibt eine Dialysepraxis in A-Stadt, deren Infrastruktur auf die kontinuierliche Versorgung von mind. 200 Patienten mit allen Arten und Formen von Blutreinigungsverfahren ausgelegt ist. Sie bietet auch LC-Dialysen an. Sie verfügt derzeit über drei bestandskräftige besondere Versorgungsaufträge im Sinne von Anl. 9.1 BMV-Ä und über mindestens 20 (im Rechtssinne) freie Dialyseplätze. Die Kl. war zum Zeitpunkt der Klageerhebung eine BAG von drei Fachärzten für Innere Medizin mit Schwerpunkt Nephrologie, welche zur vertragsärztlichen Versorgung zu- und am Vertragsarztsitz A-Straße, A-Stadt, niedergelassen sind. Zum 01.04.2018 ging die Kl. im Wege der Gesamtrechtsnachfolge kraft Gesetzes in der neu gegründeten „A.“, welche durch ihren Geschäftsführer Dr. G. vertreten wird, auf. Die Kl. greift den Betrieb einer Dialyseeinrichtung in einer Nebenbetriebsstätte der Beigel. zu 1 in der H.-straße in A-Stadt an. Die **Beigel. zu 1**

verfügte ab Gründung über einen besonderen Versorgungsauftrag, ihre Zulassung erfolgte für einen Vertragsarztsitz in D-Stadt. Alleingesellschafterin der Beigel. zu 1 ist die Arbeitsgemeinschaft Heimdialyse e.V. **Dr. Bo. und Dr. St.** unterhielten in Form einer **BAG** unter Vertragsarztsitz in D-Stadt eine Dialysehauptbetriebsstätte, zu welcher auch u.a. eine **Nebenbetriebsstätte** speziell für LC-Dialysen **in der H.-straße in A-Stadt** gehörte. Die Nebenbetriebsstätte war unter der Geltung von Anlage 9.1 BMV-Ä auf der Grundlage von Übergangsvorschriften mit Bescheid der Bekl. v. 23.10.2003 genehmigt worden. Dabei wurde der Bescheid inhaltsgleich doppelt erstellt und an jeden der beiden Partner adressiert. Mit Schreiben v. 23.03.2011 teilte Dr. St. der Bekl. mit, er beabsichtige die Zusammenarbeit mit Dr. Bo. zu beenden und seine Praxis nach St. I. zu verlegen, zugleich beantragte er die Genehmigung zur Übernahme eines besonderen Versorgungsauftrages für seine neue Praxis. Auch zeigte er dem Zulassungsausschuss für Ärzte die Beendigung der BAG zum 01.10.2011 an und beantragte die Verlegung seines Vertragsarztsitzes zu diesem Datum in die S. Straße in St. I. Mit Bescheid v. 31.05.2011 erteilte die Bekl. Dr. St. einen besonderen Versorgungsauftrag für seine neue Dialyseambulanz in St. I. Hinsichtlich der Nebenbetriebsstätte in der H.-Straße teilte die BAG Dres. Bo. und St. der Bekl. mit Schreiben v. 18.08.2011 mit, sie wäre dankbar, wenn die Genehmigung für den Standort A-Stadt um 10 Jahre verlängert werden könnte. Ab dem 01.10.2011 werde die Einzelpraxis Dr. St. (Jobsharing mit Frau Dr. W.) die Versorgung der Patienten in A-Stadt übernehmen. Der Standort in B-Stadt solle nicht weiter genutzt werden. BSG, Urt. v. 15.03.2017 - B 6 KA 35/16 R - BSGE 126, 1 = SozR 4-5540 Anl. 9.1 Nr. 12 verneinte einen Unterlassungsanspruch der Kl. gegen die BAG Dres. Bo. und St., hielt aber den Betrieb der Praxisstätte in A-Stadt seit 01.10.2011 für rechtswidrig. Mit Schreiben v. 26.10.2017 teilte die Bekl. der Kl. mit, dass ihrer Auffassung nach die Genehmigung der Einrichtung in der H.-Straße fortgelte. Hiergegen wendet sich die Kl. Nach den Entscheidungsgründen war die betreffende Berechtigung durch Dr. Bo. in die Beigel. zu 1 eingebracht worden. Das **SG** stellte fest, dass die Beigel. zu 1 nicht über eine Genehmigung zur Durchführung von Versorgungsaufträgen i.S.d. Anlage 9.1 BMV-Ä in der H.-straße in A-Stadt verfügt.

9. Nichtnutzung eines besonderen Versorgungsauftrags

SG für das Saarland, Urteil v. 22.07.2020 - S 2 KA 46/17

RID 21-01-27

Sprungrevision anhängig: B 6 KA 13/20 R

juris

SGB X § 39 II; SGB I § 46

Die jahrelange **Nichtnutzung eines besonderen Versorgungsauftrags** im Sinne von Anlage 9.1 BMV-Ä begründet keinen Verzicht oder den Wegfall des Versorgungsauftrags.

Das **SG** wies die Klage ab.

10. Disziplinarrecht

a) Rechtfertigungsgründe und Irrtum

SG München, Urteil v. 23.11.2020 - S 28 KA 169/18

RID 21-01-28

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 81 V

Leitsatz: Im vertragsärztlichen **Disziplinarverfahren** können zur „Lückenschließung“ im Hinblick auf allgemein anerkannte Rechtfertigungsgründe und einen Erlaubnistatbestandsirrtum sowie hinsichtlich der Frage eines Schweigerechts Anleihen im beamtenrechtlichen Disziplinarverfahren genommen werden.

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

b) Psychotherapie bei Erwachsenen durch Kinderärztin

SG München, Urteil v. 25.11.2020 - S 38 KA 351/19

RID 21-01-29

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 81 V

Leitsatz: I. Durch eine **Genehmigung** zur Durchführung und Abrechnung von Leistungen, die nach der Weiterbildungsordnung außerhalb des Fachgebiets liegen, werden die **Fachgebietsgrenzen** nicht erweitert (vgl. BSG, Urt. v. 08.08.2018 - B 6 KA 47/17 R - SozR 4-2500 § 135 Nr. 27).

II. Ein **Vertrauensschutz** ergibt sich auch nicht aus einer über einen längeren Zeitraum andauernden **unbeanstandeten Abrechnung**; dies insbesondere dann nicht, wenn der Vertragsarzt später mehrfach

auf die fehlerhafte Abrechnung hingewiesen und dadurch ein etwaiges schützenswertes Vertrauen erschüttert wurde.

III. Ein **Pflichtverstoß** gegen vertragsärztliche Pflichten liegt nicht erst dann vor, wenn rechtskräftige Entscheidungen der Sozialgerichte zu einem bestimmten Fragenkomplex ergangen sind. Vielmehr wird gegen vertragsärztliche Pflichten verstoßen, wenn gegen die Grundsätze des Vertragsarztrechts, die gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen verstoßen wurde. Die Einhaltung der gesetzlich und vertraglich geregelten Bestimmungen ist für den Vertragsarzt verbindlich (vgl. § 95 Abs. 3 S. 3 SGB V).

IV. Im Rahmen des **Auswahlermessens** (§ 81 Abs. 5 SGB V) sind die Gesamtumstände abzuwägen und das Fehlverhalten in innerem und äußerem Zusammenhang zu würdigen, sowie die jeweilige Disziplinarmaßnahme an dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit zu messen. Die Disziplinarmaßnahme muss geeignet, erforderlich sein und darf nicht außer Verhältnis zu dem angestrebten Zweck stehen.

Die zur ausschließlichen psychotherapeutischen Tätigkeit zugelassene Kinderärztin besitzt eine Genehmigung nach der Psychotherapie-Vereinbarung zur Durchführung und Abrechnung tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie bei Erwachsenen. Sie erbrachte über einen langen Zeitraum (hier: sieben Quartale I/17 bis III/18) schwerpunktmäßig „Erwachsenenleistungen“. Die Bekl. verhängte eine Disziplinarmaßnahme in Form einer Geldbuße von 20.000 €. Das **SG** wies die Klage ab.

11. Befreiung vom Notdienst: Dialyse-Arzt

SG München, Urteil v. 25.11.2020 - S 38 KA 331/19

RID 21-01-30

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 73 II, 75 I 1 u. 2

Leitsatz: I. Die nach § 5 Abs. 4 der Qualitätssicherungs-Vereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren nach § 135 Abs. 2 SGB V verpflichtende **Dialyse-Rufbereitschaft** schließt grundsätzlich eine **Teilnahme am Allgemeinen ärztlichen Bereitschaftsdienst** nicht aus.

II. Ein subjektiver Anspruch des Klägers auf **Einrichtung eines Fachärztlichen Bereitschaftsdienstes** nach § 7 BDO-KVB besteht nicht. Während die Schaffung eines Allgemeinen ärztlichen Bereitschaftsdienstes für die Beklagte verpflichtend ist (§ 1 BDO-KVB), liegt die Schaffung des Fachärztlichen Bereitschaftsdienstes in der Gestaltungsfreiheit der Beklagten. Die Grenzen der Gestaltungsfreiheit sind nur bei Willkür und damit bei Verstoß gegen Art. 3 GG überschritten.

III. Ist bereits eine **hälfte Befreiung** vom ärztlichen Bereitschaftsdienst - wie hier - gewährt worden, kommt es darauf an, ob im konkreten Fall eine solche teilweise Befreiung ausreicht, um ein Überschreiten der Grenze der Zumutbarkeit auszuschließen.

IV. Der Behörde kann nicht verwehrt werden, ihre Verwaltungspraxis zu ändern oder sogar aufzugeben, insbesondere dann, wenn sich die Verwaltungspraxis als rechtswidrig erweist und/oder für eine Änderung bzw. Aufgabe der Verwaltungspraxis sachlich einleuchtende Gründe vorliegen (vgl. VG Gelsenkirchen, Urteil vom 05.10.2018, Az.: 20 K 2276/18).

Der Kl. ist Internist und Facharzt für Nephrologie und verfügt über einen vollen Versorgungsauftrag. Zusammen mit Dres. A., F. und S. bildet er eine BAG mit insgesamt drei Versorgungsaufträgen. Der Kl. gab an, die Dialyse-Rufbereitschaft für die behandelten Dialysepatienten (150-200) im Umfang von 1.592,5 Stunden/Jahr pro Arzt, aber auch die Behandlung von vielen Diabetes-Patienten (2.000) auch schwereren Grades, die Versorgung von Patienten sowohl in der Hauptpraxis als auch in den beiden Filialen und die Kooperation mit den Krankenhäusern in C-Stadt und D-Stadt bedeute eine sehr hohen Arbeitsbelastung auch des einzelnen Arztes einer BAG. Die Bekl. gewährte dem Kl. zwar eine hälftige Befreiung vom ärztlichen Bereitschaftsdienst, lehnte aber eine vollständige Befreiung ab. Das **SG** wies die Klage ab.

IV. Wirtschaftlichkeitsprüfung/Arzneikostenregress/Schadensersatz

1. Vertagung oder Sachentscheidung nach Angebot zum Sachvortrag

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 17.06.2020 - L 7 KA 19/16

RID 21-01-31

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V a.F. § 106; 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. Facharzt für Nervenheilkunde wendet sich gegen eine Regressfestsetzung in Höhe von noch 325.864,31 € im Rahmen der Richtgrößenprüfung für das Jahr 2006; die Beteiligten streiten insb. über die Berechnung der relevanten Verordnungskostensumme. **SG Berlin**, Urt. v. 27.01.2016 - S 79 KA 227/12 - wies die Klage ab, das **LSG** hob den angefochtenen Beschl. des Bekl. auf.

2. Arzneikosten/Grundrechtsorientierte Auslegung: Ipiliumab u. Novilumab als Kombinationstherapie

SG München, Urteil v. 15.09.2020 - S 38 KA 280/18

RID 21-01-32

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 2 Ia, 106

Leitsatz: 1. Anders als bei den zum **off label use** entwickelten allgemeinen Grundsätzen wird bei einer grundrechtsorientierten Auslegung nicht gefordert, dass aufgrund einer Datenlage die begründete Aussicht besteht, dass mit dem betreffenden Präparat ein **Behandlungserfolg** (kumulativ oder palliativ) erzielt werden kann. Dies bedeutet, dass es keiner klinischen Studie bedarf.

2. Ein nicht gestellter Kostenübernahmeantrag nach § 2 Abs. 1a S. 2 SGB V schließt die Annahme eines off label use nicht aus. Die **Antragstellung** dient lediglich der Vorabklärung vor Beginn der Behandlung, wenn der Versicherte oder der Leistungserbringer dies beantragen (§ 2 Abs. 1a S. 2 SGB V).

3. In einem so sensiblen Bereich wie der **onkologischen Versorgung** ist tunlichst ein Therapiewechsel während laufender Therapie zu vermeiden.

Die Beigel. zu 1 verordnete ab 03.03.2016 Ipiliumab und Novilumab in den Quartalen I bis IV/16 als Kombinationstherapie für eine Patientin. Die Kombinationstherapie war grundsätzlich ab Mai 2016 zugelassen, jedoch mit einer geringeren empfohlenen Dosis. Die Beigel. zu 2 stellte, gestützt auf ein MDK-Gutachten, einen Rückforderungsantrag bei der Prüfungsstelle. Diese gab dem Antrag zum Großteil statt und setzte den Rückerstattungsbetrag auf 136.323,91 € fest. Dem dagegen eingelegten Widerspruch der Beigel. zu 1 wurde stattgegeben und der Bescheid der Prüfungsstelle aufgehoben. Das **SG** wies die Klage ab.

3. Zahnärzte

a) Zahnersatz: Kein Recht zur Nachbesserung nach Sachverständigengutachten

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 08.07.2020 - L 11 KA 84/17

RID 21-01-33

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 136a IV 3 u. 4 (§ 137 IV 3 u. 4 a.F.)

Das **Vertrauensverhältnis** des Versicherten **zum Zahnarzt** wird bereits dadurch zerstört, dass es dem Zahnarzt in neun Terminen nach der Eingliederung nicht gelingt, eine **mangelfreie prothetische Versorgung** herzustellen. Die prothetische Versorgung muss dem zahnärztlichen Standard

entsprechen. Sonst liegt eine schuldhafte Verletzung öffentlich-rechtlicher Pflichten vor, unabhängig davon, ob der Versicherte die Pflichtverletzung (schon) bemerkt (hat). Wenn der Zahnarzt trotz mehrerer Kontroll- oder Nachbesserungstermine nach der Eingliederung Mängel, die hier der **Sachverständige** nach erstmaliger Untersuchung des Versicherten feststellen kann, nicht erkannt hat, führt das nicht dazu, dass er nach Erstellung eines Gutachtens erneut die Möglichkeit zur Nachbesserung erhält, sondern erst recht dazu, dass dem Versicherten eine weitere Behandlung unzumutbar ist.

SG Düsseldorf, UrT. v. 25.10.2017 - S 2 KA 846/16 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

b) Regress nach nicht über die KZV abgerechneter andersartiger Versorgung

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 09.12.2020 - L 24 KA 11/17

RID 21-01-34

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 55 V; EKV-Z § 21 II

§ 21 II EKV-Z erfasst auch **Schadensersatzansprüche**, welche von den Krankenkassen wegen **Festzuschüssen** geltend gemacht werden, die nach § 55 V SGB V wegen Durchführung einer andersartigen Versorgung gezahlt werden. Die Vorschrift setzt nicht voraus, dass die mangelhaften Leistungen, derentwegen ein Regress begehrt wird, auch vorher über die KZV abgerechnet worden sind. Im Wortlaut des § 21 II EKV-Z findet sich für eine entsprechende Einschränkung kein Anhaltspunkt. Sie ist auch nicht aus Sinn und Zweck der Vorschrift abzuleiten.

Der Beigel. gliederte im August 2011 bei einer Versicherten der kl. Krankenkasse Zahnersatz im Ober- und Unterkiefer ein. Nachdem die Versicherte gegenüber der Kl. Beschwerden angegeben hatte, erfolgte eine Begutachtung der Prothetik. Der Gutachter Dr. P befand den Zahnersatz mangelbehaftet und nicht funktionstüchtig. Die Kl. wies die Bekl. darauf hin, dass sie wegen eines gestörten Vertrauensverhältnisses zwischen ihrer Versicherten und dem Beigeladenen einem Behandlerwechsel zugestimmt habe. Die Bekl. lehnte eine Honorarrückforderung ab, weil der Heil- und Kostenplan nicht über sie abgerechnet worden sei. *SG Potsdam*, UrT. v. 07.12.2016 - S 1 KA 55/15 - verpflichtete die Bekl. zu einer Sachentscheidung über den Antrag auf Festsetzung eines Schadensersatzanspruchs gegen den Beigel., das *LSG* wies die Berufung der Bekl. zurück.

V. Zulassungsrecht

Nach BSG, UrT. v. 27.01.2021 - **B 6 KA 27/19 R** - steht einer unmittelbaren Anwendung des § 37 I 2 BedarfspIRL a.F., wonach die für die **Sonderbedarfszulassung** geltenden Beschränkungen endeten, wenn der Landesausschuss für den entsprechenden Planungsbereich feststellt, dass eine Überversorgung gemäß § 103 I u. 3 SGB V nicht mehr besteht, entgegen, dass der Landesausschuss keine Feststellung getroffen hatte, dass Überversorgung nicht mehr besteht, sondern allein festgestellt hat, dass die 20%-Quote nach § 103 IV 5 SGB V für Psychotherapeuten, die ausschließlich Kinder und Jugendliche behandeln, nicht ausgeschöpft war. Ob § 37 I 2 BedarfspIRL a.F. in dieser Konstellation entsprechend anwendbar war, kann dahingestellt bleiben. Denn die Praxisvorgängerin hat die Erteilung einer Regelzulassung nicht beantragt und ihr Zulassungsstatus hat sich auch nicht kraft Gesetzes geändert. Dass insoweit eine entsprechende **statusbegründende Entscheidung** durch die Zulassungsgremien **erforderlich** ist, folgt bereits daraus, dass § 37 I 2 BedarfspIRL - anders als § 26 BedarfspIRL - den Konflikt der Bevorrechtigung mit anderen Zulassungen (z.B. Sonderbedarfszulassung für Belegärzte, Jobsharing) nicht regelt. Zudem kann die Umwandlung einer Sonderbedarfszulassung in eine Regelzulassung nicht gegen den Willen eines Psychotherapeuten erfolgen, sodass ein **Antrag oder mindestens das ausdrückliche Einverständnis** sowie eine daraufhin ergehende statusbegründende Entscheidung des Zulassungsausschusses notwendig sind. An einer solchen Entscheidung hat es bezogen auf die Praxisvorgängerin der Kl. gefehlt. Im Übrigen konnte der Kl. nur eine Zulassung mit den Beschränkungen erteilt werden, die der Zulassungsausschuss bei seiner Entscheidung über die Nachbesetzung im Rahmen des Ausschreibungsverfahrens nach § 103 IIIa SGB V festgelegt hat.

1. Praxisnachfolgeverfahren nach Antragsrücknahme durch ausgewählte Bewerberin

LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 30.12.2020 - L 7 KA 38/20 B ER

RID 21-01-35

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 103; SGG § 86b II SGG

Verzichtet eine ausgewählte Bewerberin auf den Vertragsarztsitz und wird der Praxissitz automatisch, ohne dass es eines erneuten Antrags des Praxisabgebers bedarf, von der KV neu ausgeschrieben, dann bedarf es keines Antrags **auf Erlass einer einstweiligen Anordnung**.

In der Sache ist es offen, ob allein dadurch, dass die ausgewählte **Bewerberin** vor der förmlichen Zustellung der Entscheidung i.S. des § 41 V Ärzte-ZV ihren **Antrag zurückgenommen** hat, auch das Verwaltungsverfahren zur Praxisnachfolge beendet wurde. Voraussetzung wäre allerdings, dass der nach § 41 II Ärzte-ZV gefasste Beschluss zu seiner Wirksamkeit nicht der nach dem Gesetz „alsbald“ vorzunehmenden „Zustellung einer Ausfertigung“ an die Beteiligten bedarf.

SG Berlin, Beschl. v. 05.11.2020 - S 87 KA 162/20 ER - wies den Antrag, den Ag. zu verpflichten, das Praxisnachbesetzungsverfahren fortzusetzen, einen Praxisnachfolger oder eine -nachfolgerin auszuwählen und mit hälftigem Versorgungsauftrag zum nächst möglichen Zeitpunkt zuzulassen, ab. Das *LSG* wies die Beschwerde zurück.

2. Anstellung der BAG-Gesellschafter durch BAG als MVZ-Träger

SG Magdeburg, Urteil v. 18.11.2020 - S 1 KA 25/18

RID 21-01-36

Sprungrevision zugelassen

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 95 VI 4, 103 IVa

Leitsatz: Ein medizinisches Versorgungszentrum (**MVZ**) in **Trägerschaft** einer Gesellschaft bürgerlichen Rechts (**GbR**) hat auch dann gemäß § 103 Abs. 4a Satz 1 SGB V einen Anspruch auf die Erteilung der erforderlichen **Anstellungsgenehmigung** durch die Zulassungsgremien, wenn der Arzt, der auf seine vertragsärztliche Zulassung verzichtet, um in diesem MVZ angestellt ärztlich tätig zu werden, zugleich als (**Gründer-)Gesellschafter** Anteile an der Träger-GbR des MVZ in beherrschendem Umfang hält.

Die Kl. nimmt als internistisch-nephrologisch ausgerichtetes MVZ an der vertragsfachärztlichen Versorgung in Sachsen-Anhalt teil. Sie war aus einer Berufsausübungsgemeinschaft hervorgegangen, die seit April 2016 gemeinsam von den Gesellschaftern zu 1) und 2), jeder mit einem vollen Versorgungsauftrag, als zugelassene Vertragsärzte fortgeführt worden war. Im Juni 2017 beantragten die Gesellschafter neben der Zulassung des MVZ auch - erfolglos - nach Verzicht auf die Zulassung zu Gunsten des MVZ ihre Anstellung im MVZ. Das *SG* verpflichtete den Bekl., der Kl. die Genehmigung zur Anstellung von Herrn Dr. A. K. sowie Herrn Dr. S. W., beide jeweils in einem Umfang von mehr als 30 Stunden wöchentlich, zu erteilen.

3. Zulassungsentziehung

a) Hohe Honorarkürzungen

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 26.11.2018 - L 11 KA 69/17

RID 21-01-37

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 95 VI

Die Auffassung der Vorinstanz, wonach zahlreiche und betragsmäßig **hohe Honorarregresse sowie -kürzungen** im Zeitpunkt der Entziehungsentscheidung den Vorwurf der gröblichen Verletzung vertragsärztlicher Pflichten erfüllen, zumal wenn die Ärztin zum Ausdruck bringt, an ihrem rechtswidrigen Verhalten festhalten zu wollen, und wonach es ohne Belang sei, dass die Ärztin die Regressforderungen in der Vergangenheit stets ausgeglichen habe, ist nicht zu beanstanden.

SG Duisburg, Urt. v. 25.08.2017 - S 19 KA 12/16 WA - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

b) Gröbliche Pflichtverletzung: Nichtabrechnung über mehrere Jahre hinweg

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 09.09.2020 - L 11 KA 32/19

RID 21-01-38

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 41/20 B

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 95 VI

Zu den Pflichten eines Vertragsarztes gehört es, die von ihm erbrachten Leistungen offenzulegen und bei der KV ordnungsgemäß abzurechnen. Die sog. **peinlich genaue Abrechnung** gehört zu den Grundpflichten eines Vertragsarztes und zum Kernbereich der vertragsärztlichen Tätigkeit.

Gegen die Pflicht zur peinlich genauen Abrechnung verstößt nicht nur derjenige, welcher nicht erbrachte Leistungen zu Unrecht abrechnet, sondern auch derjenige, der **tatsächlich erbrachte**

Leistungen und Leistungsfälle **nicht oder nicht vollständig abrechnet** (LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 28.04.1999 - L 11 KA 16/99 - juris).

Erst mit der **Abrechnung der erbrachten Leistungen** wird eine Überprüfbarkeit der ärztlichen Behandlungs- und Ordnungsweise in den gesetzlich vorgesehenen Verfahren gewährleistet. Nur sie ermöglicht auch eine gerechte Kostenverteilung unter den Krankenkassen entsprechend der von ihren jeweiligen Mitgliedern in Anspruch genommenen Leistungen. Unerlässlich ist die genaue Abrechnung schließlich auch im Verhältnis zu den übrigen Vertragsärzten. Der Vertragsarzt, der seine gesetzlich versicherten Patienten ohne eine Abrechnung gegenüber der KV behandelt, verschafft sich einen Wettbewerbsvorteil gegenüber den übrigen Vertragsärzten (BSG, Urt. v. 25.11.1998 - B 6 KA 75/97 R - BSGE 83, 128 = SozR 3-2500 § 116 Nr. 17; LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 28.04.1999 - L 11 KA 16/99 - juris). Er verfälscht die statistischen Daten, an denen die Wirtschaftlichkeit ihrer Arbeitsweise und der Umfang und Inhalt der vertragsärztlichen Versorgung insgesamt gemessen wird.

Der 1950 geb. Kl. ist Facharzt für Innere Medizin und in einer Einzelpraxis seit 1987 zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Im September 2014 erklärte er, zwar habe er seit 2010 keine bzw. keine vollständigen Abrechnungen mehr vorgelegt, da sein Bruder seitdem lebensbedrohlich erkrankt sei und intensiver medizinischer Betreuung bedürftig habe. Als einziger Verwandter habe er neben dem laufenden Praxisbetrieb die Fürsorge für seinen Bruder nur sicherstellen können, indem er aus Zeitmangel auf administrative Tätigkeiten verzichtet habe. Als sich der Gesundheitszustand seines Bruders gebessert habe, habe er feststellen müssen, dass seine Praxis-EDV Abrechnungsquartale nicht habe überspringen können. Deshalb könne er keine aktuellen Abrechnungen mehr einreichen. Dass er seine ärztliche Tätigkeit zu keinem Zeitpunkt unterbrochen habe, lasse sich von Seiten der KV nachvollziehen; es lägen entsprechende Dokumente in großer Zahl vor (Rezepte, Überweisungen, Krankenhauseinweisungen, AU-Bescheinigungen sowie Abrechnungen aus dem Notdienst). In der mündlichen Verhandlung vor dem LSG räumte er ein, ab 2010 etwa 400 bis 500 gesetzlich versicherte Patienten pro Quartal behandelt zu haben, deren gesamte Leistungsdaten er mithin der KV und den Krankenkassen vorenthalten habe. **SG Köln**, Urt. v. 25.01.2019 - S 26 KA 17/15 - wies die Klage gegen die Zulassungsentziehung ab, das **LSG** die Berufung zurück.

c) Nichterfüllung der Fortbildungsverpflichtung

LSG Hamburg, Urteil v. 19.11.2020 - L 5 KA 24/17

RID 21-01-39

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 42/20 B

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 95 VI, 95d

Die Entziehung der Zulassung wegen **Nichterfüllung der Fortbildungsverpflichtung** eines Arztes ist **verhältnismäßig**, wenn das Fortbildungskonto am Ende des fünfjährigen Fortbildungszeitraums 50 Punkte und zwei Jahre später 70 Punkte aufweist.

Der 1940 geb. Kl. ist Facharzt für Neurologie und Psychiatrie und seit 1979 zugelassen, unterbrochen nur durch das Erreichen der damals noch geltenden Altersgrenze im September 2008 bis zur Neuzulassung nach deren Wegfall Anfang Februar 2009. Er ist in Einzelpraxis ausschließlich psychotherapeutisch tätig. Der Bekl. entzog dem Kl. im Juni 2016 die Zulassung mit Wirkung zum 30.09.2016 wegen Nichterfüllung der Fortbildungsverpflichtung. **SG Hamburg**, Urt. v. 16.08.2017 - S 3 KA 272/16 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

d) Belegarztzulassung: Kaum Behandlung von Belegpatienten

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 28.10.2020 - L 3 KA 25/20

RID 21-01-40

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 49/20 B

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 95 VI, 103 VII

Leitsatz: Eine **belegärztliche Sonderbedarfszulassung** nach § 103 Abs. 7 SGB V kann **entzogen** werden, wenn sich herausstellt, dass die belegärztliche Tätigkeit nur **pro forma** ausgeübt wird und gegenüber der vertragsärztlichen ambulanten Tätigkeit faktisch völlig in den Hintergrund tritt.

SG Hannover, Urt. v. 12.02.2020 - S 24 KA 215/18 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

VI. Gesamtvergütung/Versorgung von Asylbewerbern

Nach BSG, Urt. v. 27.01.2021 - **B 6 A 1/20 R** – ist es rechtlich nicht zu beanstanden, dass in einem Vertrag über eine besondere Versorgung nach § 140a SGB V **Operationen ambulant** durchgeführt werden können, die in der Regelversorgung nur stationär durchgeführt werden könnten. Die in § 140a II 1 und 2 SGB V geregelte Befugnis, Abweichendes von den Vorschriften des Dritten und Vierten Kapitels des SGB V zu regeln, erfasst auch den EBM in seiner Funktion als Katalog abrechenbarer Leistungen. Die Vereinbarung **eigenständiger Vergütungsstrukturen** und der Verzicht auf die Vorgaben des EBM ist wesentlicher Teil des Gestaltungsspielraums der Partner eines Vertrages nach § 140a SGB V. Die Möglichkeit, Operationen in weiterem Umfang als in der Regelversorgung ambulant durchzuführen, widerspricht auch nicht Sinn und Eigenart der besonderen Versorgung. Deren Ziel besteht gerade darin, die **Entwicklung abweichender Versorgungsstrukturen zu ermöglichen** und so Impulse für die Fortentwicklung der Regelversorgung zu geben. Mit der Erbringung der ambulanten Operationen überschreiten die am Vertrag teilnehmenden Ärzte auch nicht ihren **Zulassungsstatus**. Die vertragsärztliche Zulassung ist grundsätzlich Voraussetzung für die Erbringung ambulanter vertragsärztlicher Leistungen, sie legt aber nicht die erbringbaren bzw. abrechenbaren Leistungen fest. Soweit die teilnehmenden Krankenhäuser ambulante Leistungen erbringen, ist es nach § 140a III 2 SGB V ausreichend, dass die Leistungserbringung vom Zulassungsstatus der teilnehmenden Vertragsärzte gedeckt ist. Soweit Gegenstand der aufsichtsrechtlichen Beanstandung die **Regelung zur häuslichen Krankenpflege** ist, hatte der Senat **hierüber nicht zu entscheiden**. Die Entscheidung des LSG, nach der die vertragliche Regelung insoweit rechtmäßig und die Beanstandung deshalb zu Unrecht erfolgt ist, ist rechtskräftig geworden, da die Beklagte keine Revision eingelegt hat. Im Übrigen setzt die getroffene selektivvertragliche Regelung zwar **gewichtige Anreize, von einer Verordnung häuslicher Krankenpflege abzusehen**; solch eine das Versorgungsgeschehen steuernde Regelung, mit der das Ziel einer gegenüber der Regelversorgung wirtschaftlich effizienteren Versorgung verfolgt wird, kann aber **Gegenstand von Verträgen über eine besonderen Versorgung** sein.

1. Gesamtvergütung: Verjährung der Forderungen für sog. Altquartalsfälle

LSG Hamburg, Urteil v. 19.11.2020 - L 5 KA 17/19

RID 21-01-41

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 85 I, 295 II u. III

In einem **Gesamtvertrag** kann für die Abrechnung der Gesamtvergütung vereinbart werden, dass die Lieferung der Datenträger spätestens bis zum Ende des fünften auf das Abrechnungsquartal folgenden Monats zu erfolgen hat. Eine solche **Fünf-Monats-Frist** ist als **Ausschlussfrist** zu verstehen.

Streitig ist ein Zahlungsanspruch der kl. KV gegen die bekl. Krankenkasse aus Vergütungen für vertragsärztliche Leistungen in sog. Altquartalsfällen. **SG Hamburg**, Urt. v. 26.06.2019 - S 27 KA 342/16 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

Parallelverfahren:

LSG Hamburg, Urteil v. 19.11.2020 - L 5 KA 16/19

RID 21-01-42

www.sozialgerichtsbarkeit.de

LSG Hamburg, Urteil v. 19.11.2020 - L 5 KA 15/19

RID 21-01-43

www.sozialgerichtsbarkeit.de

LSG Hamburg, Urteil v. 19.11.2020 - L 5 KA 14/19

RID 21-01-44

www.sozialgerichtsbarkeit.de

2. Versorgung von Asylbewerbern: Zahlungsanspruch gegenüber kommunalem Leistungsträger

SG Marburg, Gerichtsbescheid v. 16.12.2020 - S 12 KA 303/20

RID 21-01-45

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 75; AsylbLG § 9 IV 1 Nr. 3; SGB X §§ 102 ff.

Leitsatz: 1. Die Kassenzahnärztliche Vereinigung Hessen hat nach der hessischen **Rahmenvereinbarung** über die zahnärztliche Versorgung der Leistungsberechtigten nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) vom 08.03.2016 bereits nach Rechnungstellung gegenüber dem **kommunalen Leistungsträger** einen **Zahlungsanspruch** für die Behandlung von **Asylbewerbern**. Die kommunalen Leistungsträger haben kein vorheriges Prüfungsrecht oder ein Zurückbehaltungsrecht.

2. Stellt sich die **Unzuständigkeit** der kommunalen Leistungsträger nachträglich heraus, haben sie ggf. einen Erstattungsanspruch gegen den zuständigen Leistungsträger, i.d.R. eine gesetzliche Krankenkasse. Damit fällt ein Zuständigkeitswechsel grundsätzlich in die Risikosphäre des einen Zahnbehandlungsschein ausstellenden kommunalen Leistungsträgers.

3. Die Rahmenvereinbarung verstößt nicht gegen **höherrangiges Recht**.

Das *SG* verurteilte die von der KZV bekl. kreisfreie Stadt, an die Kl. 273,53 € zu zahlen.

VII. Streitwert/Verfahrensrecht/EHV der KV Hessen

1. Streitwert

a) Klare Honorarmehrvergütung: Kein prozentualer Abschlag bei Bescheidungsantrag

LSG Hessen, Beschluss v. 03.12.2020 - L 4 KA 1/20 B
GKG § 52

RID 21-01-46

Macht eine Kl. in der Klageschrift unmissverständlich deutlich, dass sie ihre **Beschwer** in dem **unvergüteten Honoraranteil** sieht, so ist der **Streitwert** in Höhe dieses Honoraranteils festzusetzen. Ein prozentualer Abschlag kommt nicht in Betracht, selbst wenn in der Sache ein **Bescheidungsantrag** gestellt wird.

SG Marburg, Beschl. v. 03.09.2019 - S 12 KA 573/17 W - setzte den Streitwert auf 6.192,96 €, das *LSG* auf 12.385,91 € fest.

Parallelverfahren:

LSG Hessen, Beschluss v. 03.12.2020 - L 4 KA 3/20 B

RID 21-01-47

LSG Hessen, Beschluss v. 03.12.2020 - L 4 KA 4/20 B

RID 21-01-48

LSG Hessen, Beschluss v. 03.12.2020 - L 4 KA 2/20 B

RID 21-01-49

b) Zulassungssachen: Kein direkter Zusammenhang mit Status/Zulassungsfragen

SG München, Gerichtsbescheid v. 12.01.2021 - S 38 KA 435/19

RID 21-01-50

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

GKG § 52 II

Leitsatz: I. Die sozialgerichtliche Rechtsprechung zur Höhe von **Streitwerten** in Status/**Zulassungssachen** (tatsächliche bzw. prognostizierte Honorareinkünfte über einen Zeitraum von drei Jahren abzüglich der Praxiskosten bzw. 12-facher Ansatz des Regelstreitwertes) findet nur dann Anwendung, wenn ein direkter **Zusammenhang mit Status/Zulassungsfragen** besteht. Ein indirekter Zusammenhang (z.B. rechtliche Klärung, welcher von zwei sich einander widersprechenden Bescheiden der Zulassungsgremien rechtswirksam ist) rechtfertigt mangels konkreter Anhaltspunkte lediglich den einfachen Ansatz des Regelstreitwertes in Höhe von 5.000 € (§ 52 Abs. 2 GKG).

II. Der Ansatz der **Erledigungsgebühr** nach RVG-VV Nummer 1002 neben der Geschäftsgebühr nach RVG-VV Nummer 2300 ist nach Sinn und Zweck nur dann gerechtfertigt, wenn der Anwalt über das normale, mit dem Betreiben des Verfahrens üblicherweise verbundene Maß hinausgehend tätig wird und damit zur Erledigung des Rechtsstreits nicht unwesentlich beiträgt (vgl. Schneider/Wolf, RVG, VV 1002 Rn. 2).

Das *SG* wies die Klage ab.

2. Verfahrensrecht

a) Unzulässiger Widerspruch bei fehlender Vorlage der Vollmacht

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 23.09.2020 - L 7 KA 53/17

RID 21-01-51

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB X § 13 I

Leitsatz: Eine Behörde (hier: eine Kassenärztliche Vereinigung) macht ermessensfehlerfrei von ihrem Recht aus § 13 Abs. 1 Satz 3 SGB X Gebrauch, einen **anwaltlichen Vollmachtnachweis** anzufordern,

wenn bislang nur eine Vollmacht vorliegt, die den Streitgegenstand nur teilweise abdeckt (hier: eines von sieben Quartalen).

Die kl. BAG, bestehend aus den Fachärzten für Orthopädie, wendet sich gegen die Zurückweisung von Widersprüchen als unzulässig wegen fehlender anwaltlicher Vollmacht; in der Sache streiten die Beteiligten um die Anerkennung von Praxisbesonderheiten für die Quartale I/09 bis II/10, die Anerkennung einer höheren Fallzahl zur Bemessung der Regelleistungsvolumina in den Quartalen I/09 bis I/10 und um die Gewährung von Ausgleichzahlungen für überproportionale Honorarverluste in den Quartalen IV/09, I/10 und III/10. **SG Berlin**, Urt. v. 30.08.2017 - S 79 KA 381/14 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

b) Rechtsweg: Untersagung der Nutzung der Kennzeichnung „MVZ“

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 19.11.2020 - L 11 KA 6/20 B

RID 21-01-52

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGG § 51 II 1; SGB V § 95 Ia; UWG § 5 I 2

Stützt eine Ast. ihren **wettbewerbsrechtlichen Anspruch** maßgeblich auf einen Sachverhalt, der durch Normen des SGB V geregelt wird, die sich spezifisch an Leistungserbringer nach diesem Gesetz bzw. deren Rechtsträger richten, so ist der **Rechtsweg** zu den **Sozialgerichten** eröffnet.

Im zugrunde liegenden Eilverfahren begehrte die Ast., den Ag. im Wege der einstweiligen Anordnung zu untersagen, die Kennzeichnung „MVZ“ in verschiedenen näher bezeichneten Gestaltungen zu benutzen bzw. benutzen zu lassen (Anträge zu 1. bis 3.), mit einem im Einzelnen beschriebenen Organigramm und der Darstellung von MVZ-Strukturen trotz fehlender Zulassung bzw. Zulassungsfähigkeit der darin aufgeführten MVZ zu werben und schließlich näher bezeichnete MVZ zu gründen, zu führen bzw. zu leiten (Anträge zu 5. und 6.). **SG Düsseldorf**, Beschl. v. 10.01.2019 - S 2 KA 178/18 ER - erachtete den Rechtsweg zu den Sozialgerichten für zulässig, das **LSG** wies die Beschwerde der Ag. zurück.

3. EHV der KV Hessen

a) Abweichende Aufteilung der EHV-Beiträge

SG Marburg, Gerichtsbescheid v. 09.12.2020 - S 12 KA 110/19

RID 21-01-53

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

Grundsätze der Erweiterten Honorarverteilung der KV Hessen

Leitsatz: 1. Soweit über den Antrag auf **Änderung der Aufteilung** der satzungsgemäßen Punktgutschrift für die EHV der „Vorstand“ **entscheidet** (§ 4 Abs. 2 GEHV), ist „Vorstand“ im Sinne eines Organ- bzw. Behördenbegriffs zu verstehen und ist nicht der tatsächliche Vorstand in seiner konkreten Besetzung gemeint.

2. Eine gleichmäßige **Aufteilung der EHV-Beiträge nach Köpfen** mit einer Abweichung hiervon um max. 50 % ist jedenfalls insoweit nicht zu beanstanden, als kein darüber hinausgehender Anspruch besteht. Eine Aufteilung der grundsätzlich leistungsbezogenen Beiträge steht nicht im Belieben der Vertragsärzte bzw. des anstellenden Arztes. Der Umstand, dass die Umverteilung auch zwischen bereits EHV-berechtigten Ärzten stattfinden soll, ist kein Grund für eine Änderung der Aufteilung.

Das **SG** wies die Klage ab.

b) Beitragsklasse: Sonderregelung bei Neuniederlassung

SG Marburg, Gerichtsbescheid v. 18.12.2020 - S 12 KA 669/17 WA

RID 21-01-54

Berufung anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 2/21

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

Grundsätze der Erweiterten Honorarverteilung der KV Hessen

Leitsatz: Insb. dann, wenn die aktuelle **Einkommensentwicklung** stark von dem der **Beitragsklasse** entsprechenden Honorarumsatz abweicht, ist von einem „**begründeten Einzelfall**“ i.S.d. § 3 Abs. 2 Satz 6 GEHV in der ab 01.07.2012 geltenden Fassung auszugehen. Soweit die KV Hessen in ihrer Ermessensrichtlinie gemäß Vorstandsbeschluss vom 11.03.2013 anstelle des Vor-Vorjahres auf das Vorjahr für die Erfassung des Umsatzes des Vertragsarztes abstellt, ist dies nicht zu beanstanden.

Das **SG** wies die Klage ab.

VIII. Bundessozialgericht (BSG)

1. QZV: Praxisbesonderheiten

BSG, Urteil v. 13.05.2020 - B 6 KA 10/19 R

RID 21-01-55

SozR 4-2500 § 87b Nr. 25 = Die Leistungen Beilage 2020, 382

Leitsatz: 1. Die Erweiterung eines **qualifikationsgebundenen Zusatzbudgets** (hier: Zusatzvolumen Akupunktur) aufgrund von Praxisbesonderheiten setzt Besonderheiten im Vergleich mit der Untergruppe der Ärzte voraus, denen ebenfalls das entsprechende Zusatzbudget zuerkannt worden ist.
2. **Behandlungsfallzahlen**, die bereits vollständig bei der Bemessung eines qualifikationsgebundenen Zusatzbudgets berücksichtigt worden sind, sind nicht geeignet, eine Praxisbesonderheit zu begründen.

2. Qualifikationsbezogene Genehmigung für fachgebietsfremde Leistungen

BSG, Urteil v. 15.07.2020 - B 6 KA 19/19 R

RID 21-01-56

SozR 4-2500 § 135 Nr. 30 = Die Leistungen Beilage 2020, 366 = KrV 2020, 243 = GesR 2020, 783

Leitsatz: Ärzten, die für nicht ausschließlich methodenbezogene Fachgebiete zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen sind, kann eine **qualifikationsbezogene Genehmigung** auch zur Erbringung und Abrechnung **fachgebietsfremder Leistungen** erteilt werden.

3. Sachlich-rechnerische Berichtigung

a) Dokumentationspflicht/Feststellungslast hinsichtlich Vergütungsanspruchs

BSG, Beschluss v. 30.09.2020 - B 6 KA 12/20 B

RID 21-01-57

juris

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen **LSG Hessen**, Urt. v. 15.01.2020 - L 4 KA 4/17 - RID 20-02-9 wird zurückgewiesen.

Wenn das LSG ausführt, dass es je nach Eigenart der Leistung oder der Beschreibung der (höherwertigen) Leistung im Tatbestand der Gebühren-Nr. im Vergleich zu einer anderen Leistung („Grundleistung“) im Einzelfall auch „geboten“ sein könne, **nachzuweisen**, dass die (aufwändigere) Leistung **erforderlich** war, „d.h. die den höheren Aufwand für den Leistungserbringer bedingenden Umstände“ nachzuweisen, formuliert das LSG keine zusätzliche Verpflichtung des Vertrags(zahn)arztes, sondern spricht ersichtlich nur dessen **Obliegenheit** an, die genauen Umstände der Leistungserbringung schon im eigenen Interesse zu **dokumentieren**, um zu einem späteren Zeitpunkt die erbrachte Leistung nachweisen zu können.

Nach der Senatsrspr. ist der (Zahn-)Arzt seit jeher **verpflichtet**, die bei der Behandlung eines Patienten gemachten Feststellungen und durchgeführten Behandlungsmaßnahmen zu **dokumentieren**.

Nach der Senatsrspr. ist es in erster Linie Sache des **Arztes**, **begründete Zweifel** an der Richtigkeit der Abrechnung **auszuräumen**. Diese **Obliegenheit** ist umso ausgeprägter, je gravierender die Hinweise auf Abrechnungsfehler sind. Als Anspruchsteller trifft den Arzt grundsätzlich die **Feststellungslast** hinsichtlich der Voraussetzungen für seinen Vergütungsanspruch. Das gilt vor allem, wenn sich der Arzt auf für ihn günstige Tatsachen berufen will, die allein ihm bekannt sind oder nur durch seine Mithilfe aufgeklärt werden können. Die zur Begründung seines Anspruchs dienenden Tatsachen muss der Vertrags(zahn)arzt in diesen Fällen so genau wie möglich angeben und belegen. Welche Angaben dabei vom Arzt erwartet werden können, hängt von den Umständen des Einzelfalles und insb. der Art der erbrachten Leistung ab.

Die **Spruchkörper der Sozialgerichtsbarkeit**, die über Vertrags(zahn-)arztstreitigkeiten zu entscheiden haben, können sich der **Sach- und Fachkunde ihrer ehrenamtlichen Richter**, vor allem der ärztlichen Beisitzer, bedienen. Es ist auch nachvollziehbar, dass die beiden ehrenamtlichen Richterinnen als akademisch ausgebildete Zahnärztinnen durchaus in der Lage sein konnten, die genannten Abgrenzungsfragen zur medizinischen Indikation, z.B. für eine „subcutane Thromboseprophylaxe“, zu beurteilen.

b) EBM-Auslegung mit Hilfe der Kalkulations- und Prüfzeiten (Anästhesie bei Katarakt-Op)

BSG, Urteil v. 15.07.2020 - B 6 KA 15/19 R

RID 21-01-58

SozR 4-5531 Nr 31822 Nr. 1 = Die Leistungen Beilage 2020, 327 = KrV 2020, 199 = GesR 2020, 788

Leitsatz: Soweit der Wortlaut einer Leistungslegende des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs für die ärztlichen Leistungen nicht eindeutig ist, können auch die der Leistung **zugeordneten Kalkulations- und Prüfzeiten** zur **Auslegung** herangezogen werden.

Parallelverfahren:

BSG, Urteil v. 15.07.2020 - B 6 KA 24/19 R

RID 21-01-59

Die Leistungen Beilage 2020, 396

c) Keine weitere ambulante Operation innerhalb von drei Tagen

BSG, Urteil v. 13.05.2020 - B 6 KA 24/18 R

RID 21-01-60

SozR 4-2500 § 106d Nr. 9 = ZMGR 2020, 284

Leitsatz: Ein Vertragsarzt kann nach einer **ambulanten Operation** innerhalb eines Zeitraums von drei Tagen, beginnend mit dem Operationstag, eine **weitere ambulante Operation** bei demselben Patienten selbst dann nicht abrechnen, wenn sie an einem anderen Körperteil oder Organsystem erfolgt.

d) Knochendeckelmethode zum Zugang zur Wurzelspitze oder Kieferhöhle (Nr. 2255 GOÄ)

BSG, Beschluss v. 30.09.2020 - B 6 KA 9/20 B

RID 21-01-61

juris

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen **LSG Hessen**, Beschl. v. 30.09.2020 - L 4 KA 44/15 - wird zurückgewiesen.

Im Regelfall ergibt sich aus der Anwendung der Grundsätze zur Auslegung der Leistungslegende der Bewertungsmaßstäbe im ärztlichen und zahnärztlichen Bereich auf eine **konkrete Gebührensnummer** eine **grundsätzliche Bedeutung der Rechtssache** auch dann nicht, wenn sich das BSG mit dieser konkreten Position noch nicht ausdrücklich befasst hat.

Das LSG hat hier nachvollziehbar aus dem Wortlaut der **Nr. 2255 GOÄ**, der von einer „Verpflanzung“ von Knochen oder Knochenteilen spricht, gefolgert, dass es sich um einen Vorgang handeln muss, bei dem etwas von einer Stelle entnommen und an einer anderen Stelle gepflanzt bzw. transplantiert wird.

Dient die durchgeführte **Knochendeckelmethode** allein dem Zugang zur Wurzelspitze oder zur Kieferhöhle, wobei im Unterschied zum konventionellen, den Weg frei fräsenden Zugang ein Knochenblock aus dem Knochen entnommen, während der Operation gelagert und schließlich nach der Operation reponiert wird, so stellt die Präparation des Knochendeckels nur eine besondere **Ausführung des Zugangsweges** zur Wurzelspitze bzw. zur Kieferhöhle dar, der - neben der Wurzelspitzenresektion (vgl. Nr 54a bis c BEMA-Z) oder einer Kieferhöhlenrevision (vgl. Nr. 1485 und 1486 GOÄ) - nicht gesondert abgerechnet werden kann. Es erscheint nicht gerechtfertigt, für den durch dieses Operationsverfahren entstehenden Mehraufwand gegenüber der konventionellen Methode die Nr. 2255 GOÄ abzurechnen

4. Verletzung der Fortbildungspflicht: „Zweiter“ Fünfjahreszeitraum und frühere Altersgrenze

BSG, Beschluss v. 25.11.2020 - B 6 KA 36/19 B

RID 21-01-62

juris

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen **LSG Baden-Württemberg**, Urt. v. 20.11.2019- L 5 KA 1522/18 - wird zurückgewiesen.

Die **Fortbildungsverpflichtung** entfiel nicht, weil das Ende des (ersten) Fünfjahreszeitraums für den Nachweis über die Fortbildung (01.07.2004 bis 30.6.2009) auf einen Zeitpunkt fiel, zu dem der Vertragsarzt nach der bis zum 30.09.2008 geltenden Rechtslage wegen **Erreichens der Altersgrenze**

nicht mehr als Vertragsarzt tätig sein würde. Auch wenn ein Vertragsarzt nach der früheren Rechtslage aufgrund der Altersgrenze nicht mit einer Sanktion (Honorarkürzungen, ggf. Entziehung der Zulassung) rechnen musste, wenn er seiner Pflicht zur fachlichen Fortbildung nicht nachkäme, war er dennoch zur Ableistung von Fortbildungen verpflichtet.

Entscheidet sich ein Vertragsarzt vor dem Hintergrund fehlender Sanktionen gegen Fortbildungsmaßnahmen, bestehen keine Zweifel, dass es ihm zuzumuten ist, nicht nur die bis zum 30.06.2009 vorgeschriebene Fortbildung innerhalb der verlängerten Nachweisfrist bis zum 30.09.2011 **nachzuholen**, sondern auch die im sich unmittelbar anschließenden Fünfjahreszeitraum (01.07.2009 bis zum 30.06.2014) erforderlichen Fortbildungen innerhalb der verbleibenden zwei Jahre und neun Monate zu absolvieren.

5. Wirtschaftlichkeitsprüfung/Arzneikostenregress

a) Annexkompetenz zu sachlich-rechnerischen Richtigstellungen

BSG, Beschluss v. 30.09.2020 - B 6 KA 13/20 B

RID 21-01-63

juris

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Niedersachsen-Bremen*, Urt. v. 12.02.2020 - L 3 KA 147/16 - wird zurückgewiesen.

Zwar sind **sachlich-rechnerische Richtigstellungen** gegenüber **Wirtschaftlichkeitsprüfungen** grundsätzlich vorrangig, weil sinnvollerweise nur die Honorarforderung des Vertragsarztes der Prüfung auf Wirtschaftlichkeit unterzogen werden kann, die sachlich-rechnerisch richtig und auch ansonsten rechtmäßig ist. Dieser grundsätzliche Vorrang ist indessen praktisch vielfach nicht umsetzbar, weil für die zuständigen Behörden nicht von vornherein erkennbar ist, ob bei Auffälligkeiten der Honorarabrechnung fehlerhafte Ansätze der Gebührenordnung oder eine unwirtschaftliche Leistungserbringung bzw -abrechnung vorliegen oder ob beides zusammentrifft. Vielfach zeigt erst eine nähere Untersuchung der Abrechnung im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung, dass bestimmte, ggf. extreme Überschreitungen des Vergleichsgruppendurchschnitts hinsichtlich einzelner Leistungssparten oder - besonders deutlich - hinsichtlich einzelner Gebührenpositionen auf einen Fehlansatz zurückgehen. In dieser Situation sind die Prüfungsgremien berechtigt, sachlich-rechnerische Richtigstellungen vorzunehmen, wenn diese neben der eigentlichen Wirtschaftlichkeitsprüfung von untergeordneter Bedeutung sind (sog. **Annexkompetenz oder Randzuständigkeit** (vgl. zuletzt BSG, Urt. v. 13.05.2020 - B 6 KA 25/19 R - SozR 4 <vorgesehen>, juris Rn. 59 m.w.N.).

b) Keine Pflicht zur mündlichen Anhörung

BSG, Beschluss v. 30.09.2020 - B 6 KA 7/20 B

RID 21-01-64

juris

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Niedersachsen-Bremen*, Urt. v. 12.02.2020 - L 3 KA 20/17 - RID 20-02-17 wird zurückgewiesen.

Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass die **Prüfvereinbarung** nach zutreffender Auffassung des LSG gegen Bundesrecht verstoßen würde, wenn sie die Rechtmäßigkeit der Entscheidung des Beschwerdeausschusses generell von einer **mündlichen Anhörung des Arztes abhängig** machen würde. § 24 I SGB X schreibt für die Anhörung eine bestimmte Form nicht vor. Nach st. Rspr. des Senats ermächtigt § 106 III 1 SGB V die Vertragspartner, in der Prüfvereinbarung Festlegungen zu den Beweismethoden zur Feststellung der Unwirtschaftlichkeit zu treffen, nicht aber dazu, das Verwaltungsverfahren i.S. des § 8 SGB X abweichend von Bundesrecht zu regeln.

Für die Vereinbarung über das Gesetz hinausgehender Anforderungen an eine ordnungsgemäße Anhörung kann insofern nichts anderes gelten als für die **Vereinbarung zusätzlicher Anforderungen** an einen wirksamen Prüfantrag durch die Vertragspartner der Prüfvereinbarung: Zusätzliche Anforderungen an die Rechtmäßigkeit des Verwaltungsverfahrens über das gesetzlich vorgesehene Maß hinaus erschweren den Prüfungsgremien die Durchführung der Wirtschaftlichkeitsprüfung. Dadurch kann die Effektivität der Prüfung beeinträchtigt werden (vgl. BSG, Urt. v. 27.06.2001 - B 6 KA 66/00 R - SozR 3-2500 § 106 Nr. 53, juris Rn. 29). Die Vertragspartner der Prüfvereinbarung sind gesetzlich nicht zur Einführung solcher Regelungen ermächtigt.

6. Gerichtliche Anhörung/Zulässigkeit einer Restitutionsklage

BSG, Beschluss v. 30.09.2020 - B 6 KA 8/20 B

RID 21-01-65

juris

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Nordrhein-Westfalen*, Beschl. v. 09.03.2020 - L 11 KA 73/18 WA - wird zurückgewiesen.

Einen allgemeinen Verfahrensgrundsatz, der das **Gericht** verpflichten würde, die Beteiligten vor einer Entscheidung auf eine in Aussicht genommene Beweiswürdigung **hinzuweisen** oder die für die richterliche Überzeugungsbildung möglicherweise leitenden Gründe zuvor mit den Beteiligten zu erörtern, gibt es nicht (vgl. BSG Beschl. v. 13.05.2020 - B 6 KA 27/19 B - juris Rn. 24 m.w.N.).

Zur Zulässigkeit der **Restitutionsklage** gehört die Darlegung eines gesetzlichen Restitutionsgrundes.

B. KRANKENVERSICHERUNGSRECHT

I. Vertrags(zahn)ärztliche Behandlung

Nach BSG, Urt. v. 17.12.2020 - *B 1 KR 4/20 R*, *B 1 KR 6/20 R*, *B 1 KR 19/20 R* u. *B 1 KR 28/20 R* - können **Mann-zu-Frau-Transsexuelle** die **Entfernung der Barthaare nur als ärztliche Behandlung beanspruchen**. Der **Arztvorbehalt** (§ 15 SGB V) steht mit dem Grundgesetz in Einklang. Arzt ist nur der approbierte Heilbehandler. Dies schließt die begehrte **Nadelepilation** durch eigenverantwortlich behandelnde nichtärztliche Leistungserbringer aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung aus. Dies gilt auch dann, wenn **Elektrologen/Kosmetiker** über eine Erlaubnis nach dem Heilpraktikergesetz verfügen. Die Nadelepilation durch Elektrologen/Kosmetiker kann auch nicht als **Heilmittel** beansprucht werden. Sie ist bisher nicht als verordnungsfähig in der Heilmittel-Richtlinie aufgeführt. Insoweit besteht auch keine Leistungspflicht infolge **Systemversagens**. Derzeit können Kosmetiker/Elektrologen schon nicht als Heilmittelerbringer zugelassen werden. Dies schließt es aber nicht aus, dass Nadelepilation als ärztliche Leistung unter unselbständiger Mithilfe von Elektrologen/Kosmetikern erbracht wird. Ein Systemversagen wegen einer sich hier aufdrängenden faktischen Versorgungslücke lässt den Arztvorbehalt als zwingende berufliche Mindestqualifikation nicht entfallen. Nur ergänzend hat der Senat darauf hingewiesen, dass bei einem sich hier aufdrängenden vertragsärztlichen Systemversagen **eine privatärztliche Behandlung in Betracht kommt**. Dies gilt auch für den Fall, dass der Privatarzt nur nach Abschluss einer von der GOÄ nach oben abweichenden Honorarvereinbarung selbst oder durch Mithilfe unselbständiger Hilfeleistungen anderer Personen zur Behandlung bereit ist.

1. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

a) Alternative Krebs therapie

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 17.12.2020 - L 16 KR 104/18

RID 21-01-66

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 2 Ia, 12 I, 27 I 1 u. 2 Nr. 1,

Ein Anspruch auf Behandlung mit der von der Versicherten gewählten **alternativen Krebstherapie** scheitert daran, dass der GBA die von Dr. Q angewandte Methode (Kombination verschiedener Hyperthermieverfahren mit Electro Cancer Therapy, Galvanotherapie sowie der Gabe verschiedener Substanzen <u.a. Amygdalin und Artesunat>) nicht positiv empfohlen hat und kein Ausnahmefall vorliegt, in welchem dies entbehrlich ist.

Aus dem Recht, eine leitliniengerechte Therapie der sog. **Schulmedizin** abzulehnen, folgt nicht schon der Anspruch auf Gewährung der alternativen Therapie.

SG Düsseldorf, Urt. v. 11.01.2018 - S 8 KR 1353/15 - verurteilte die Bekl., die im Zeitraum von April 2014 bis August 2017 aufgewandten Kosten für die Hyperthermiebehandlung zu erstatten, und wies im Übrigen die Klage ab. Das *LSG* wies auf die Berufung der Bekl. die Klage insgesamt ab und wies die Berufung des Kl. zurück.

b) Protonenbehandlung

SG München, Urteil v. 19.11.2020 - S 15 KR 4484/18

RID 21-01-67

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 2 Ia, 13 III, 135 I 1 Nr. 1

Ist eine Versicherte von vorneherein fest entschlossen, eine **neue Behandlungsmethode** zu wählen, und lehnt sie deshalb eine Vertragsbehandlung ab, dann ist die Ablehnung der Leistung durch die Krankenkasse nicht **kausal** für die **Selbstbeschaffung**.

Für eine **Protonenbehandlung** fehlt es an der gemäß § 135 I 1 Nr. 1 SGB V erforderlichen positiven Empfehlung des GBA.

Das *SG* wies die Klage ab.

c) Stammveneninsuffizienz mittels des VNUS-Closure®-Verfahrens

SG Neuruppin, Gerichtsbescheid v. 08.10.2020 - S 20 KR 95/15

RID 21-01-68

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 2 I, 12 I, 27 I 2 Nr. 1, 92 I 2 Nr. 5, 135 I

Als zum Zeitpunkt der Selbstbeschaffung noch nicht vom GBA empfohlene **neue Methode** ist die Venenbehandlung mittels des **VNUS-Closure®-Verfahrens** (ein Verfahren, bei dem Krampfäden

mit einem Hochfrequenz-Katheter, der Wärmeenergie abgibt und hierdurch zu einem Verschluss der Vene führt, verödet werden) grundsätzlich kein Leistungsgegenstand der gesetzlichen Krankenversicherung. Die streitgegenständliche Venenbehandlung entsprach nicht dem Qualitätsgebot, sie war damit unwirtschaftlich (§ 12 I SGB V) und deshalb auch nicht notwendig (i.S.v. § 27 I 1 SGB V).

Das *SG* wies die Klage ab.

d) Radiofrequenztherapie mittels der „VNUS-Closure“-Methode

LSG Hamburg, Urteil v. 26.11.2020 - L 1 KR 54/20

RID 21-01-69

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 135 I

Im Rahmen der Regelversorgung besteht kein Anspruch auf eine **Radiofrequenztherapie** mittels der „VNUS-Closure“-Methode (endoluminaler Varizenverschluss mittels Radiofrequenz).

SG Hamburg, Gerichtsbb. v. 14.04.2020 - S 59 KR 1429/16 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

e) Sehnervanalyse mit dem Heidelberg Retina Tomographen

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 12.10.2020 - L 11 KR 3897/19

RID 21-01-70

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 2 Ia, 27, 135 I

Leitsatz: Versicherte der GKV, die an einem **Glaukom** leiden, haben keinen Anspruch auf Kostenübernahme für eine Analyse des Sehnervs mit dem **Heidelberg Retina Tomographen (HRT)**.

SG Heilbronn, Urt. v. 25.10.2019 - S 12 KR 1823/17 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

f) Grafting Operation

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 16.11.2020 - L 16 KR 143/20

RID 21-01-71

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 2 Ia, 92, 135

Die **Grafting Operation** als neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode kann in der vertragsärztlichen Versorgung nicht zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden, weil der **GBA** keine Empfehlungen u.a. über die Anerkennung des diagnostischen und therapeutischen Nutzens der neuen Methode abgegeben hat.

Der im Jahre 1961 geb. Kl. ist bei der Bekl. gesetzlich krankenversichert. Er leidet an einer schweren Penisverkrümmung (Induratio penis plastica). Er beantragte erfolglos die Kostenübernahme einer sog. Grafting Operation durch den Privatarzt Dr. E. Dieser veranschlagte die Kosten der gewünschten Selbstzahlerleistung auf ca. 13.400 €. *SG Oldenburg*, Gerichtsbb. v. 03.03.2020 - S 66 KR 935/18 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

g) Da Vinci-Operationsmethode

SG Dessau- Roßlau, Urteil v. 25.09.2020 - S 15 KR 7/17

RID 21-01-72

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 13 III, IIIa, IV, 27 I; EGV 883/2004 Art. 17, 21

Leitsatz: Die Vorschriften der Gesetzlichen Krankenversicherung nach dem SGB V finden Anwendung, wenn ein in einem anderen **Mitgliedstaat der Europäischen Union** Versicherter dauerhaft in Deutschland lebt, Artikel 17, 21 EGV 883/2004. Es gilt der Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung.

Selbst bei Annahme, die **Genehmigungsfiktion** nach § 13 Abs. 3a SGB V bewirke keine Naturalleistung (BSG, Urt. v. 26.05.2020 - B 1 KR 9/18 R - BSGE <vorgesehen> = SozR 4 <vorgesehen>), bleibt der Anwendungsbereich der Genehmigungsfiktion nach § 13 Abs. 3a SGB V verschlossen, wenn der Anspruch von Anfang an auf eine **Geldleistung** gerichtet war (BSG, Urt. v. 26.05.2020 - B 1 KR 21/19 R - SozR 4-2500 § 13 Nr. 53).

Das fehlende **Einhalten des Beschaffungsweges** findet seine „Heilung“ nicht über eine Genehmigungsfiktion nach § 13 Abs. 3a SGB V. Vielmehr schlägt dieser Mangel auf § 13 Abs. 3a SGB V durch.

Das *SG* wies die Klage ab, da die die DaVinci-Operationsmethode nicht als neue Behandlungsmethode anerkannt ist. Der GBA hat nach § 135 I 1 SGB V in den Richtlinien nach § 92 I 2 Nr. 5 SGB V keine positive Empfehlung über den diagnostischen und therapeutischen Nutzen der Methode abgegeben.

h) Kardiovaskuläre Erkrankungen nicht akut lebensbedrohlich (Lipid-Apherese)

LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 22.12.2020 - L 28 KR 409/20 B ER

RID 21-01-73

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 2 I, 12 I, 27 I 2 Nr. 1 u. 5, 135 I 1

Kardiovaskuläre Erkrankungen können zwar den Charakter einer lebensbedrohlichen Erkrankung haben, eine akut lebensbedrohliche Erkrankung i.S.d. § 2 Ia SGB V stellen sie aber in der Regel nicht dar.

Der Ast. begehrt die Versorgung mit regelmäßiger Lipid-Apherese durch die Ag. *SG Potsdam*, Beschl. v. 02.09.2020 - S 7 KR 219/20 ER - wies den Antrag ab, das *LSG* die Beschwerde zurück.

II. Stationäre Behandlung

1. Chirurgischen Brust- und Bauchdeckenstraffung

SG Neuruppin, Gerichtsbescheid v. 23.11.2020 - S 20 KR 135/19

RID 21-01-74

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 39

Ein Anspruch auf eine **chirurgischen Brust- und Bauchdeckenstraffung** kann nur dann bestehen, wenn eine behandlungsbedürftige Krankheit der Brüste oder der Haut vorliegt. Eine **Krankheit** liegt nur vor, wenn der Versicherte in seinen Körperfunktionen beeinträchtigt wird oder wenn die anatomische Abweichung entstellend wirkt.

Das *SG* wies die Klage ab.

2. Oberarmstraffung: Operationsindikation in Form einer sog. Entstellung

Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 17.11.2020 - L 16 KR 143/18

RID 21-01-75

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 27, 39

Eine **Operationsindikation in Form einer sog. Entstellung** liegt vor, wenn nach dem Ergebnis der Inaugenscheinnahme das Erscheinungsbild der Oberarme entstellend im Rechtssinne ist. Hierbei ist auf den bekleideten Zustand abzustellen. Eine Unterscheidung nach Sommer und Winterzeit ist nicht vorzunehmen (LSG Niedersachsen-Bremen, Urte. v. 27.02.2020 - L 4 KR 257/16).

Dies ergibt sich hier unter dem Gesichtspunkt einer **massiven Asymmetrie des Erscheinungsbildes von Ober- und Unterarmen**. Im Bereich der Oberarme war deutlich zu sehen, dass die Kleidung dort sehr eng anlag, während sie sich im Bereich der Unterarme bewegte wie eine „Fahne im Wind“. Hierdurch entsteht bei einem unbeteiligten Beobachter der Eindruck, dass im Bereich der Oberarme zusätzliche, dicke Polster in die Kleidung eingebracht sein könnten, was zu forschenden und entsprechend unangenehmen Blicken führt. Sobald dann bei der Betrachtung des Erscheinungsbildes im Gehen erkennbar wird, dass es sich um massive Fettablagerungen handelt, richtet sich der Blick auf die Rückseite der Oberarme. Dort fällt ein eiförmiger, voluminöser Gewebeüberhang ins Auge, welcher die Ellenbogen deutlich überdeckt. Dieses stark asymmetrische Erscheinungsbild der Arme ist selbst bei einem beleibten Menschen derart ungewöhnlich, dass es sich nicht mit üblicher Alltagskleidung überdecken lässt und die Klägerin bereits in alltäglichen Situationen zum Objekt des Interesses anderer wird.

SG Braunschweig, Urte. v. 07.02.2018 - S 31 KR 181/13 - wies die Klage ab, das *LSG* verurteilte die Bekl., die Kl. mit einer beiderseitigen Oberarmstraffung zu versorgen.

III. Kostenerstattung

1. Genehmigungsfiktion

a) Mitteilung der Krankenkasse ohne Regelungscharakter

LSG Thüringen, Urteil v. 10.09.2020 - L 2 KR 100/19

RID 21-01-76

Rechtskräftig

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 13 IIIa

Leitsatz: 1. Eine die Frist des § 13 Abs. 3a SGB V wahrende **Entscheidung der Krankenkasse** über einen Leistungsantrag muss die Voraussetzungen eines **Verwaltungsakts** nach § 31 SGB X erfüllen.

2. Einzelfall, in dem es der **Mitteilung der Krankenkasse** nach Auslegung am Regelungscharakter fehlte (Formulierung „Deshalb müssten wir zum jetzigen Zeitpunkt Ihren Antrag ablehnen“ in Verbindung mit dem Vorschlag, „den Antrag“ zum Ruhen zu bringen).

SG Gotha, Gerichtsb. v. 17.12.2018 - S 50 KR 135/18 - wies die Klage ab, das **LSG** verurteilte die Bekl., der Kl. die Kosten für die durchgeführten ambulanten Liposuktionen in Höhe von 15.871,93 € zu erstatten.

b) Neuantrag/Zweitantrag im Widerspruchsverfahren (Liposuktion)

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 16.10.2020 - L 4 KR 2253/19

RID 21-01-77

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 13 IIIa

Leitsatz: Wird während eines laufenden Widerspruchsverfahrens zur Generierung einer Genehmigungsfiktion nach § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V ein „**neuer**“ (**inhaltsgleicher**) **Antrag** gestellt, stellt sich dieses Verhalten als **rechtsmissbräuchlich** dar und löst nicht den Kostenerstattungsanspruch nach § 13 Abs. 3a Satz 7 SGB V aus. Neues Vorbringen, wonach es zu einer Verschlimmerung gekommen sei, ist in dem laufenden Vorverfahren bzw. vom Widerspruchsausschuss im Hinblick auf den das Widerspruchsverfahren abschließenden Widerspruchsbescheid zu berücksichtigen.

SG Stuttgart, Gerichtsb. v. 06.02.2017 - S 8 KR 687/16 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

c) Vertrauensschutz nach Aufgabe der bisherigen höchstrichterlichen Rspr.

SG Darmstadt, Urteil v. 25.05.2020 - S 8 KR 938/19

RID 21-01-78

Berufung anhängig: LSG Hessen - L 1 KR 250/20 -

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 13 IIIa

Eine Versicherte darf auf Grund von ärztlichen Bescheinigungen die Liposculpturen zur Behandlung des Lipödems für geeignet und **erforderlich** halten.

Eine **materiell-rechtliche Prüfung der Behandlungsverträge** nebst Honorarvereinbarung findet nicht statt.

Die zwischenzeitlich erfolgte **Aufgabe der bisherigen höchstrichterlichen Rspr.** führt zu keiner anderen Beurteilung der Sach- und Rechtslage, da sich die Kl. insoweit auf **Vertrauensschutz** berufen kann. Diese Änderung der Rspr. hält sich nicht im Rahmen einer vorhersehbaren Entwicklung. Damit wurde durch diese gefestigte Rspr. ein Vertrauenstatbestand geschaffen, dem jedenfalls durch Bestimmungen zur zeitlichen Anwendung im Rahmen von Billigkeitserwägungen Rechnung getragen werden muss.

Das **SG** verurteilte die Bekl., der Kl. die Kosten für die durchgeführte Liposculpturen in Höhe von 15.969,37 € zu erstatten.

2. Keine Kostenerstattung über sozialrechtlichen Herstellungsanspruch

LSG Hamburg, Urteil v. 24.09.2020 - L 1 KR 93/19

RID 21-01-79

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 13, 264

Der **sozialrechtliche Herstellungsanspruch** ist nicht auf die Gewährung von Schadensersatz i.S. einer Kompensationsleistung in Geld, sondern auf Naturalrestitution gerichtet, d.h. auf Vornahme einer Handlung zur Herstellung einer sozialrechtlichen Position i.S. desjenigen Zustandes, der bestehen würde, wenn der Sozialleistungsträger die ihm aus dem Sozialrechtsverhältnis erwachsenen Nebenpflichten ordnungsgemäß wahrgenommen hätte. Ein Schadensersatz im Sinne einer Freihaltung von **Schweizer Behandlungskosten** ist keine Rechtsfolge eines Herstellungsanspruchs.

SG Hamburg, Urt. v. 29.04.2019 - S 57 KR 725/16 - verurteilte die Bekl. zur Freistellung der Kl. von den streitigen Behandlungskosten, das *LSG* wies die Klage ab.

3. Kostenerstattung nach § 13 II SGB V nach dem Tod des Versicherten

SG Konstanz, Urteil v. 07.12.2020 - S 7 KR 1028/20

RID 21-01-80

juris
SGB V § 13 II; SGB I §§ 56, 59

Es ist davon auszugehen, dass der **Kostenerstattungsanspruch** nach § 13 II SGB V - ebs. wie nach § 13 III SGB V - bereits mit der Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten **fällig** wird. Damit handelte es sich bei dem Kostenerstattungsanspruch um eine bei dem Tod der Versicherten fällige Geldleistung.

Die Voraussetzung einer „**laufenden Geldleistung**“ im Sinne des § 56 SGB I ist bei Wahl zur Kostenerstattung nach § 13 II SGB V nicht enger als bei § 13 III SGB V auszulegen.

Die Beteiligten streiten über einen Anspruch auf Kostenerstattung für Behandlungen der verstorbenen Ehefrau des Kl.. Den Antrag des Kl. auf Erstattung der Kosten für häusliche Krankenpflege, Arzneimittel, Physiotherapie, Podologie, Hilfsmittel und ärztliche Behandlung über insgesamt 2.703,78 lehnte die Bekl. ab. Das *SG* verurteilte die Bekl., dem Kl. die Kosten der Leistungen nach dem SGB V in Höhe von 2.703,78 € anteilig zu erstatten.

IV. Arzneimittel

1. Off-Label-Use

a) Avastin (Wirkstoff Bevacizumab) bei Krebserkrankung „Glioblastom“

aa) Undurchführbarkeit von Phase-III-Studien

SG München, Urteil v. 19.11.2020 - S 15 KR 293/18

RID 21-01-81

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 2 Ia, 13 III 1, 31 I

Es ist eine teleologische Reduktion des **Kausalitätskriteriums** (§ 13 III SGB V) dergestalt vorzunehmen, dass eine vorherige Entscheidung der Bekl. dann nicht notwendig ist, wenn keine Behandlungsalternative ersichtlich ist.

Bei der Krebserkrankung „Glioblastom“ kann im Rahmen einer palliativen Behandlung ein Anspruch auf Versorgung mit dem Arzneimittel **Avastin (Wirkstoff Bevacizumab)** für einen **Off-Label-Use** bestehen.

Eine vom BSG geforderte **Phase-III-Studie** für einen Off-Label-Use des Wirkstoffs Bevacizumab bei einer Krebserkrankung ist im Hinblick auf das betroffene Patientenkollektiv der Versicherten (Palliativpatienten, bei denen es um die Verbesserung der Lebensqualität durch Verringerung der klinischen Symptome geht) aus statistischen und ethischen Gründen gar nicht durchführbar.

Nicht gefolgt werden kann im Zusammenhang mit § 2 Ia SGB V *BSG*, Urt. v. 13.12.2016 - B 1 KR 10/16 R - BSGE 122, 181 = SozR 4-2500 § 2 Nr. 6, juris Rn. 18 ff. und *BSG*, Urt. v. 11.09.2018 - B 1 KR 36/17 R - GesR 2019, 38, juris Rn. 15 ff. Der erste Senat setzt sich nicht hinreichend mit den

Grundrechtsschranken auseinander, die das Bundesverfassungsgericht in seinem „Nikolausbeschluss“ gesetzt hat. Sobald die „Ultima ratio“-Situation gegeben ist, besteht ein verfassungsunmittelbarer - subjektiv-rechtlicher - Leistungsanspruch. Dieser kann nicht mit Hinweis auf den institutionalisierten (objektiv-rechtlichen) Gesundheits- und damit Grundrechtsschutz, wie ihn das Arzneimittelzulassungsrecht gewährleistet, ausgehebelt werden. Die objektiv-rechtlichen Schutzpflichten des Staates und die Grundrechtsberechtigung des Leistungsempfängers sind vielmehr zwei Ausprägungen des verfassungsrechtlich gewährten Grundrechtsschutzes, die nicht gegeneinander ausgespielt werden können.

Das *SG* verurteilte die Bekl., die bereits von der verstorbenen Kl. beglichene Kosten für die seit dem 12.07.2017 bis zum 09.03.2018 mit Privatrezept verordneten Avastin-Präparate in Höhe von insgesamt 43.115,40 € zu erstatten.

bb) Fehlende Erfolgsaussicht aufgrund der Datenlage

LSG Bayern, Urteil v. 08.10.2020 - L 4 KR 349/18

RID 21-01-82

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 7/21 B

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 31 I

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. 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.

Einem Anspruch auf Versorgung mit Avastin zur Behandlung eines Glioblastoms aus **§ 2 Abs. 1a SGB V** steht derzeit die Sperrwirkung der Nicht-Weiter-Folgerung des Zulassungsverfahrens aus dem Jahr 2009 sowie die Ablehnung des Zulassungsantrags aus dem Jahr 2014 entgegen.

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob die Kl. Anspruch auf Versorgung mit dem Fertigarzneimittel Avastin hat und Kosten für bereits durchgeführte Behandlungen mit Avastin zu erstatten sind. *SG München*, Ur. v. 13.06.2018 - S 39 KR 642/17 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

b) Travatan Z bei Glaukom

SG Leipzig, Urteil v. 13.10.2020 - S 8 KR 188/18

RID 21-01-83

juris

SGB V §§ 2 Ia, 27 I 2 Nr. 3, 31 I 1

Leitsatz: Zum Anspruch auf Versorgung mit einem Arzneimittel außerhalb der Zulassung bei Glaukom und **drohender Erblindung** (hier: **Travatan Z**).

Das *SG* verurteilte die Bekl., die Kosten für das Arzneimittel „Travatan Z“ ab 29.03.2017 i.H.v. 1.423,71 € zu erstatten und künftig zu übernehmen.

c) Galcanezumab (Emgality) für Behandlung des chronischen Clusterkopfschmerzes

SG Darmstadt, Beschluss v. 25.01.2021 - S 14 KR 667/20 ER

RID 21-01-84

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 2 I Ia, 12 I, 27, 31 I, 35c

Der **chronische Clusterkopfschmerz** stellt keine lebensbedrohliche oder regelmäßig tödliche Erkrankung dar. Er ist wertungsmäßig mit einer solchen Erkrankung nicht vergleichbar.

Für die Behandlung des chronischen Clusterkopfschmerzes mit **Galcanezumab (Emgality)** fehlt es am Nachweis hinreichender **Erfolgsaussichten** durch Phase III-Studien.

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

2. Cannabis

a) Einschätzungsprärogative des behandelnden Vertragsarztes

SG Berlin, Urteil v. 20.11.2020 - S 223 KR 2405/19

RID 21-01-85

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 31 VI

Leitsatz: 1. Schwere Schmerzen können eine **schwerwiegende Erkrankung** darstellen, wenn sie die Lebensqualität auf Dauer nachhaltig beeinträchtigen (hier beruflicher und privater Rückzug).

2. Dem Vertragsarzt wird in § 31 Abs. 6 S. 1 Nr. 1 lit. b SGB V eine **Einschätzungsprärogative** eingeräumt. Die begründete Einschätzung des Vertragsarztes erstreckt sich auch auf das Nebenher der Psycho- und Cannabistherapie.

Das **SG** verurteilte die Bekl., der Kl. die Versorgung mit dem Fertigarzneimittel S. 3 x 10 ml zu genehmigen und sie nach vertragsärztlicher Verordnung damit zu versorgen.

b) Einschätzungsprärogative/Befristung/Dauerwirkung/Behandlungsende/Arztwechsel

SG Landshut, Gerichtsbescheid v. 26.11.2020 - S 13 KR 3/20

RID 21-01-86

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 31 VI

Im Rahmen des § 31 VI 1 Nr. 1 SGB V soll grundsätzlich dem Arzt und nicht der Krankenkasse die **Therapieverantwortung** für die Cannabis-Therapie zukommen. Dem **Vertragsarzt** kommt insofern eine **Einschätzungsprärogative** zu. Die vom behandelnden Vertragsarzt abgegebene begründete Einschätzung kann von den Krankenkassen und auch den Gerichten nur **eingeschränkt überprüft** werden. Zulässig ist insofern nur eine Prüfung auf Schlüssigkeit, Plausibilität und den Umstand, ob der Vertragsarzt tatsächlich eine Abwägung in Bezug auf noch mögliche Therapieoptionen und mögliche Risiken und Nebenwirkungen vorgenommen hat und insofern von einem vollständigen und zutreffenden Sachverhalt ausgegangen ist. Weder die Krankenkassen noch die Gerichte können ihre Auffassung an die Stelle einer begründeten Einschätzung des Vertragsarztes setzen.

Es fehlt an einer „**begründeten Einschätzung**“ i.S.d. § 31 VI 1 Nr. 1 SGB V, wenn eine Auseinandersetzung damit fehlt, dass der vorherige behandelnde Vertragsarzt die Therapie mit Medizinal-Cannabis bewusst beendet hat, nachdem der Versicherte in stationärer Behandlung mit der Diagnose „Psychische und Verhaltensstörung durch Cannabinoide: Psychotische Störung ICD-10: F 12.5“ war, ebenso mit den bekannten Nebenwirkungen der früheren Cannabis-Therapie.

Die **Befristung der Genehmigung** zur Versorgung mit Cannabis ist unzulässig. Nach § 31 VI 2 SGB V bedarf lediglich die erste Verordnung des behandelnden Vertragsarztes der Genehmigung der Krankenkasse. Hieraus folgt, dass gerade auch die Frage, ob und wie lange die Therapie mit Medizinal-Cannabis - nach der ersten, genehmigungspflichtigen Verordnung - fortgesetzt werden soll, der Therapieverantwortung des behandelnden Vertragsarztes obliegt.

Die Genehmigung als solche stellt ausgehend von der Systematik des § 31 VI 2 SGB V **keinen Verwaltungsakt mit Dauerwirkung** dar, die während des gesamten Ordnungszeitraums vorliegen muss und die nach Ablauf des Genehmigungszeitraums ihre Wirkung verlieren würde. Anderenfalls könnte die Krankenkasse die Genehmigung später gemäß § 48 SGB X jederzeit wieder aufheben, wenn sie der Auffassung wäre, dass die Voraussetzungen für die Verordnungsfähigkeit von Medizinal-Cannabis entfallen sind.

Die somit ebenfalls in den Verantwortungsbereich des behandelnden Vertragsarztes fallende **Beendigung einer Behandlung** des Versicherten mit Medizinal-Cannabis darf nicht dadurch unterlaufen werden können, dass sich der Versicherte in einem solchen Fall einen anderen Vertragsarzt sucht, der - ohne eine eigene Prüfung der Voraussetzungen des § 31 VI SGB V und ohne die Notwendigkeit, eine eigene begründete Einschätzung abzugeben, Medizinal-Cannabis auf der Basis einer an einen anderen Vertragsarzt erteilten Genehmigung weiter verordnet.

Nach einem **Arztwechsel** bedarf es erneut der Genehmigung nach § 31 VI 2 SGB V.

Das **SG** wies die Klage ab.

c) Schwerwiegende Erkrankung

SG München, Gerichtsbescheid v. 20.07.2020 - S 15 KR 2293/19

RID 21-01-87

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 31 VI

Leitsatz: Zur schwerwiegenden Erkrankung im Sinne § 31 Abs. 6 SGB V.

Der im Jahre 1980 geb. Kl. beantragte im Juli 2018 die Versorgung mit Bedrocen (Einzeldosis bis 0,5 g, Tagesdosis bis 1 g) aufgrund einer Antriebs- und Aufmerksamkeitsstörung (ICD-Diagnose F90.0), Migräne (F81.3) und Angst und depressive Störung gemischt (S 41.2). Als Behandlungsziel seien die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit, der Lebensqualität und eine Reduktion der Kopfschmerzen und der Migräneattacken avisiert. Die Erkrankung sei wegen Konzentrationsprobleme, innerer Unruhe, Kreisen von Gedanken, Anspannung und reduzierter Aufmerksamkeit bei depressiver Störung, Schlafstörung und Angsterkrankung schwerwiegend. Als Hintergrund wird ein erlittenes Schädel-Hirn-Trauma und anschließender epileptischer Störung mit antikonvulsiver Therapie bis 2009 angegeben. Das ADHS-Syndrom werde gerade nicht medikamentös behandelt, gegen die Cephalgie und Migräne erhalte der Kl. NSRA bzw. Triptane. Das **SG** wies die Klage ab.

d) Tourette-Syndrom

SG Leipzig, Beschluss v. 02.11.2020 - S 8 KR 393/20 ER PKH

RID 21-01-88

juris
SGB V §§ 31 VI, 35c II 1

Leitsatz: Die Genehmigung einer Behandlung mit Cannabis-Blüten (hier: wegen Tourette-Syndrom) ist zu versagen, wenn die **Einschätzung des behandelnden Arztes** nicht nachvollziehbar, schlüssig und in sich widerspruchsfrei ist. Insbesondere muss dargelegt sein, warum andere medikamentöse/therapeutische Ansätze nicht (mehr) in Betracht kommen sollen.

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

V. Hilfsmittel

1. Bestandteil einer neuen Behandlungs- und Untersuchungsmethode

a) Bewegungstrainer „Innowalk medium“

SG Aachen, Urteil v. 15.12.2020 - S 13 KR 428/19

RID 21-01-89

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 33, 135

Der Therapie mit dem **Bewegungstrainer „Innowalk medium“** liegt eine eigenständig zu bewertende **neue Behandlungsmethode** im Sinne von § 135 SGB V zugrunde. Solange eine Therapie als neue Behandlungsmethode nicht zur Versorgung in der GKV empfohlen worden ist, sind die dabei eingesetzten Geräte grundsätzlich keine von der Leistungspflicht umfassten Hilfsmittel.

Das **SG** wies die Klage ab.

b) Ganzkörpervibrationsgerät Galileo® S 35

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 31.08.2020 - L 9 KR 114/19

RID 21-01-90

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 3 KR 54/20 B
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 27 I, 135

Ein Vibrationsgerät zur Durchführung einer biomechanischen **Ganzkörpervibrationstherapie** ist Teil einer (neuen) Untersuchungs- und Behandlungsmethode. Es besteht kein Anspruch auf die Versorgung mit dem Trainingsgerät als Hilfsmittel, weil es an einem dafür erforderlichen positiven Votum des **GBA** fehlt.

SG Berlin, Gerichtsbb. v. 06.03.2019 - S 208 KR 753/18 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

c) Hypoglossus-Schrittmachersystem bei Schlafapnoe

SG Leipzig, Urteil v. 20.10.2020 - S 8 KR 353/18

RID 21-01-91

juris
SGB V §§ 2 Ia, 12 I, 27, 135 I

Leitsatz: Zum Anspruch auf Versorgung mit einem Hypoglossus-Schrittmachersystem bei Schlafapnoe.

Das *SG* wies die Klage ab.

2. Wetterschutzverdeck für Elektromobil

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 27.11.2020 - L 1 KR 156/18

RID 21-01-92

Revision anhängig: B 3 KR 1/21 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 33 I

Leitsatz: Ein **Wetterschutzverdeck** für ein **Elektromobil** ist als **Zubehör** zu einem Hilfsmittel von der Leistungspflicht der Krankenkassen umfasst.

SG Berlin, Urt. v. 12.04.2018 - S 56 KR 1444/17 - verurteilte die Bekl., den Kl. mit dem begehrten Wetterschutzverdeck zu versorgen, das *LSG* wies die Berufung zurück.

3. Versorgung eines Jugendlichen mit einer weiteren Handprothese

LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 11.11.2020 - L 28 KR 34/20

RID 21-01-93

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 33

Ein mit einer Handprothese für Alltagsaktivitäten versorgter fast 17-jähriger Schüler hat einen Anspruch auf Versorgung mit einer **weiteren Handprothese für außergewöhnliche Tätigkeiten** wie z.B. Sportarten mit übermäßiger Belastung des Handgelenks und/oder Stoßbelastung (Liegestütz, Downhill, Mountainbike) oder Extremsportarten (Freiklettern, Paragleiten etc.). Eine Integration in den Kreis gleichaltriger Jugendlicher ist nicht schon dann erreicht, wenn er überhaupt in der Lage ist, eine Vielzahl von erforderlichen Greifbewegungen durch die - sachgerechte - Versorgung mit der vorhandenen Handprothese durchzuführen.

Der fast 17-jährige Kl. begehrt die Versorgung mit einer Handprothese als Wechselhand zur bereits vorhandenen Prothese. *SG Berlin*, Urt. v. 26.11.2019 - S 76 KR 338/18 - verurteilte die Bekl., den Kl. mit einer VariPlus Speed-Hand zu versorgen. Das *LSG* wies die Berufung zurück.

4. Hörgeräteversorgung

a) Gebrauchsvorteil nicht objektivierbar aufgrund der Messergebnisse

LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 27.11.2020 - L 9 KR 90/18

RID 21-01-94

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 33

Leitsatz: Sind **Gebrauchsvorteile** in Gestalt von Messergebnissen nicht **objektivierbar**, hat ein Versicherter keinen Anspruch auf Versorgung mit einem Hörgerät über den Festbetrag hinaus; das subjektive Hörempfinden ist insoweit ohne Belang.

Der Kl. begehrt die Versorgung mit Hörgeräten der Marke Siemens Pure 7px über den Festbetrag hinaus. *SG Berlin*, Urt. v. 01.03.2018 - S 56 KR 569/16 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

b) Ergebnis vergleichender Testmessungen im Rahmen der 5 Prozent-Grenze

SG Neuruppin, Gerichtsbescheid v. 02.12.2020 - S 20 KR 45/17

RID 21-01-95

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 33

Liegt das Ergebnis **vergleichender Testmessungen** im Rahmen der **5 Prozent-Grenze**, ist ein wesentlicher Gebrauchsvorteil nicht zu erkennen.

Das *SG* wies die Klage ab.

5. Perücke aus asiatischem Echthaar

LSG Bayern, Urteil v. 26.01.2021 - L 4 KR 108/19

RID 21-01-96

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 27 I 2 Nr. 3, 13 III, 33 I

Ein **Kausalzusammenhang** und damit eine Kostenerstattung scheiden aus, wenn der Versicherte sich die streitige Leistung außerhalb des vorgeschriebenen Beschaffungsweges selbst besorgt, ohne sich vorher mit seiner Krankenkasse ins Benehmen zu setzen und deren Entscheidung abzuwarten.

Das zum Vertragspreis angebotene Kurzhaarmodell kann als Haarerersatz aus **asiatischem Echthaar** eine ausreichende Versorgung darstellen. Auch die Tatsache, dass es bei extremen Windbedingungen oder wenn die Haare komplett nass sind, möglich erscheint, dass man die Tresse sieht, führt nicht zu einer anderen Beurteilung.

SG Augsburg, Urt. v. 20.02.2019 - S 2 KR 19/18 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

VI. Rehabilitation/Häusliche Krankenpflege/Fahrkosten

1. Häusliche Krankenpflege

a) Kosten einer häuslichen Krankenpflege während eines Krankenhausaufenthalts

LSG Schleswig-Holstein, Urteil v. 22.08.2019 - L 5 KR 140/16

RID 21-01-97

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 3 KR 15/20 R
juris
SGB V §§ 11 III, 37

Die Kosten einer **häuslichen Krankenpflege** durch eigene **Assistenzkräfte** (Arbeitgebermodell) sind auch während eines **Krankenhausaufenthalts** zu übernehmen. In § 11 III SGB V besteht eine unbeabsichtigte Regelungslücke hinsichtlich der Personen, die Leistungen nach § 37 SGB V in Form der häuslichen Krankenpflege erhalten.

Es besteht ein **Anspruch auf Assistenzpflege** bei stationärer **Krankenhausbehandlung** direkt aus § 37 IV SGB V, wonach den Versicherten die Kosten für eine selbst beschaffte Kraft für die häusliche Krankenpflege in angemessener Höhe zu erstatten sind, wenn die Krankenkasse davon abgesehen hat, eine Kraft für die häusliche Krankenpflege zu stellen. Angemessen sind dann in jedem Fall die Kosten, die für den Versicherten als Arbeitgeber unvermeidlich sind. Dazu gehört der Fortbestand des Lohnanspruchs seiner Arbeitnehmer bei eigenem Krankenhausaufenthalt. Eine fristlose Kündigung der Arbeitsverhältnisse mit den Pflegekräften aus diesem Grund wäre arbeitsrechtlich nicht möglich.

SG Kiel, Beschl. v. 10.07.2013 - S 10 KR 22/13 ER - verpflichtete die Bekl. vorläufig, die im Zeitraum v. 11.05.2013 bis 24.06.2013 angefallenen Kosten in Höhe von 20.285,86 € zu erstatten, das *LSG* wies mit Beschl. v. 02.09.2013 - L 5 KR 144/13 B ER - die Beschwerde zurück. *SG Kiel*, Urt. v. 13.05.2016 verurteilte die Bekl., die Kosten für die Assistenzpflege im Zeitraum v. 11.05.2013 bis 24.06.2013 in Höhe von 20.285,86 € endgültig zu übernehmen, das *LSG* wies die Berufung zurück.

b) Betreutes Wohnen: Behandlungspflege Teil der Eingliederungshilfe

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 18.09.2020 - L 1 KR 146/18

RID 21-01-98

Revision anhängig: B 3 KR 17/20 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 37 II

Leitsatz: Versicherte im **ambulant betreuten Wohnen** haben keinen Anspruch auf Leistungen der (einfachen) **Behandlungspflege**, wenn diese bereits Gegenstand bewilligter **Eingliederungshilfe** sind.

SG Potsdam, Ur. v. 14.03.2018 - S 15 KR 172/17 - verurteilte die Bekl., die Kl. von den Kosten der häuslichen Krankenpflege in der Zeit v. 01.10.2016 bis 30.06.2017 freizustellen, das **LSG** wies die Klage insgesamt ab.

c) Herrichten der Medikamente und Medikamentengabe

SG Neuruppin, Gerichtsbescheid v. 24.11.2020 - S 20 KR 133/20

RID 21-01-99

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 37

Einem Anspruch auf **häusliche Krankenpflege** steht die Regelung des § 37 III SGB V entgegen, wenn zumindest eine im Haushalt lebende Person die Versicherte in dem erforderlichen Umfang pflegen und versorgen kann. Bei dem **Herrichten der Medikamente** nach einem vorliegenden Medikamentenplan und der **Medikamentengabe** handelt es sich um einfachste behandlungspflegerische Maßnahmen, die ohne medizinische Vorkenntnisse von Laien erbracht werden können (vgl. BSG, Ur. v. 25.02.2015 - B 3 KR 10/14 R - KrV 2015, 160, juris Rn. 30).

Das **SG** wies die Klage ab.

2. Fahrkosten

a) Keine hohe Behandlungsfrequenz durch monatliche Hausarztbesuche

LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 22.01.2021 - L 28 KR 449/20 B ER

RID 21-01-100

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 60, 92 I 2 Nr. 12

Die Voraussetzung einer **hohen Behandlungsfrequenz** über einen längeren Zeitraum bezieht sich nach § 8 II KrTranspRL auf das durch die Grunderkrankung vorgegebene Therapieschema. Ein **Therapieschema** erfordert ein Muster, das die Behandlung von vorneherein in festgelegte Phasen und Schritte einteilt (vgl. etwa LSG Sachsen-Anhalt, Ur. v. 17.06.2010 - L 10 KR 1/09 - juris Rn. 59 m.w.N., RID 10-04-132). Dafür, dass die verschiedenen Behandlungen und Kontrolluntersuchungen, die der Antragsteller wahrnehmen muss, einem solchen Therapieschema folgten, wobei monatliche Behandlungen, wie etwa diejenigen beim Hausarzt, nicht der Notwendigkeit einer hohen Behandlungsfrequenz entsprechen (vgl. a.a.O. sowie LSG Hessen, Beschl. v. 26.06.2008 - L 7 SO 43/08 B ER - juris Rn. 4), bestehen keine Hinweise.

§ 8 II KrTranspRL stellt nicht auf die jeweilige **wirtschaftliche Lage** des Versicherten ab, sondern knüpft nur an die **Behandlungsdauer und -häufigkeit** des jeweiligen Behandlungsschemas an, welches mit § 60 I SGB V in Einklang steht.

SG Berlin, Beschl. v. 18.11.2020 - S 56 KR 1856/20 ER - lehnte den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

b) Keine vergleichbare Einschränkung der Mobilität aufgrund Kindesalters

SG Neuruppin, Gerichtsbescheid v. 26.10.2020 - S 20 KR 261/19

RID 21-01-101

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 60, 61

Kosten für die **Fahrt** mit dem eigenen Kraftfahrzeug zu einer **ambulanten kinderchirurgischen Behandlungsmaßnahme** wegen einer Fingerverletzung eines vierjährigen Sohnes sind nicht erstattungsfähig.

In dem Umstand, dass der **Sohn erst vier Jahre alt** ist, liegt keine **vergleichbare Einschränkung der Mobilität** im Sinne von § 8 III 3 der Krankentransport-Richtlinien vor. Dies stellt für sich genommen keine nach § 8 III 2 der Krankentransport-Richtlinien erforderliche Beeinträchtigung der Mobilität dar, die einer den genannten Merkzeichen oder den genannten Pflegegraden zugrunde liegenden Beeinträchtigungen gleich kämen. Denn auch bei der Beurteilung der Vergleichbarkeit von Mobilitätseinschränkungen kommt es allein auf eine Abweichung des Körper- und Gesundheitszustandes von dem für das Lebensalter typischen Zustand (vgl. § 2 I 2 SGB IX) bzw. auf einen Vergleich der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit und der Fähigkeiten mit altersentsprechend entwickelten Kindern (§ 15 VI 1 SGB XI) an, die es rechtfertigen, die gesundheitlichen Voraussetzungen der genannten Merkzeichen oder einen Pflegegrad festzustellen.

Das *SG* wies die Klage ab.

Parallelverfahren:

SG Neuruppin, Gerichtsbescheid v. 26.10.2020 - S 20 KR 262/19

RID 21-01-102

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SG Neuruppin, Gerichtsbescheid v. 26.10.2020 - S 20 KR 263/19

RID 21-01-103

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

VII. Beziehungen zu Krankenhäusern

1. BVerfG: Verwendung gespeicherter Sozialdaten für Vorbereitung von Versorgungsinnovationen

BVerfG, 1. Sen. 2. Ka., Beschluss v. 04.01.2021 - 1 BvQ 108/20

RID 21-01-104

juris

SGB V §§ 68b III, 284 I 1 Nr. 19

Nach dem Grundsatz der **Subsidiarität der Verfassungsbeschwerde** war der Ast. verpflichtet, zunächst bei den Sozialgerichten um Rechtsschutz im Wege einer Feststellungs- oder Unterlassungsklage nachzusehen.

Die in den angegriffenen Vorschriften verankerten Datenverarbeitungsbefugnisse enthalten **unbestimmte Rechtsbegriffe**, von deren Auslegung entscheidend abhängt, inwiefern der Ast. rechtlich und tatsächlich beschwert ist. Damit sind gerade nicht nur spezifisch verfassungsrechtliche Fragen aufgeworfen, sondern diesen vorgelagert sind zunächst Fragen der **Auslegung des Fachrechts** zu klären. Erst danach besteht eine gesicherte Tatsachen- und Rechtsgrundlage, auf der über die Verfassungsmäßigkeit der angegriffenen Normen entschieden werden kann.

Der Ast. wendet sich im Wege eines Antrags auf Erlass einer einstweiligen Anordnung gegen § 68b III, § 284 I 1 Nr. 19 SGB V i.d.F.d. Gesetzes zum Schutz elektronischer Patientendaten in der Telematikinfrastruktur (Patientendaten-Schutz-Gesetz, BGBl. I 2020 S. 2115 ff.). Das *BVerfG* lehnte den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab.

2. Vergütungsanspruch/Fälligkeit

a) Notwendigkeit stationärer Behandlung

LSG Hamburg, Urteil v. 26.08.2020 - L 1 KR 132/18

RID 21-01-105

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 39, 109

Die **Überwachung einer Medikation(sänderung)** vermag ebf. keine stationäre Behandlungsnotwendigkeit zu begründen. Abgesehen davon, dass eine Verdoppelung der Dosis des **Antidepressivums** dies nicht rechtfertigen würde, erfolgte diese Änderung erst mehr als einen Monat nach dem Zeitpunkt, zu dem die Belastungserprobungen mit erheblichen Abwesenheiten der Versicherten aus dem Krankenhaus begonnen hatten.

SG Hamburg, Urt. v. 17.10.2018 - S 25 KR 568/14 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

b) Ausschlussfrist für Prüfung der Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung

SG Stuttgart, Urteil v. 02.12.2019 - S 4 KR 3484/17

RID 21-01-106

juris
SGB V §§ 39, 275 I 2

Bei einem Versicherte, der an einer therapierefraktären morbidem Adipositas mit einem BMI von über 50 kg/m² leidet, kann die **Erforderlichkeit von Krankenhausbehandlung** wegen gleichzeitiger Erforderlichkeit eines ambulant nicht durchführbaren adipositaschirurgischen Eingriffs grundsätzlich gegeben sein.

Unterlässt es die Krankenkasse, innerhalb der **Ausschlussfrist** des § 275 I 2 SGB V eine **Prüfung** der Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung einzuleiten und diese durch den Medizinischen Dienst dem Krankenhaus anzuzeigen, so ist es dem Gericht verwehrt, zur Überprüfung der medizinischen Erforderlichkeit der Krankenhausbehandlung des Versicherten auf die Behandlungsunterlagen oder andere, dem Verantwortungsbereich des Krankenhauses unterfallende Beweismittel zurückzugreifen.

Das **SG** verurteilte die Bekl., an die Kl. 7.664,81 € nebst Zinsen zu zahlen.

c) AOP-Vertrag

aa) Notwendigkeit vollstationärer Krankenhausbehandlung

LSG Mecklenburg-Vorpommern, Urteil v. 15.10.2020 - L 6 KR 51/16

RID 21-01-107

juris
SGB V § 115b

Leitsatz: Zur Notwendigkeit **vollstationärer Krankenhausbehandlung** bei Eingriffen gemäß § 115b SGB V, die nach der Anlage zum **AOP-Vertrag** in der Regel ambulant erbracht werden sollen.

SG Rostock, Urt. v. 28.04.2016 - S 22 KR 252/15 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

bb) Stationäre Durchführung einer Schieloperation

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 22.10.2020 - L 16 KR 216/20

RID 21-01-108

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 39 I 2, 115b II

Die **Schieloperation** als „Kombinierte Operation an den Augenmuskeln“ - OPS (2013) 5-10k.0 - wird im **AOP-Katalog** dessen Kategorie 2 zugeordnet, kann also sowohl ambulant als auch stationär durchgeführt werden.

Eine **stationäre Durchführung** der Schieloperation ist erforderlich, wenn sie im konkreten Einzelfall nach den medizinischen Erfordernissen nicht ambulant durchgeführt werden kann. Aus der gebotenen ex-ante-Sicht kann ein hinreichender Grund für die stationäre und nicht lediglich ambulante Durchführung wegen der bei der **Art der Operation** und dem **Alter des Versicherten** (hier: Jg. 1997, Operation 2013) drohenden Schmerzen bestehen.

SG Duisburg, Urt. v. 30.01.2020 - S 59 KR 705/17 - wies die Klage der Krankenkasse ab, das **LSG** die Berufung zurück.

d) Qualitätsgebot: Immunadsorptionstherapie im Jahr 2010

LSG Mecklenburg-Vorpommern, Urteil v. 01.12.2020 - L 6 KR 25/17

RID 21-01-109

juris
SGB V §§ 2 I 3, 137c

Leitsatz: Im Jahre 2010 entsprach eine Behandlung nicht dem **Qualitätsgebot** (§ 2 Abs. 1 S. 3 SGB V), wenn sie lediglich das „**Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative**“ hatte, da der Begriff des „Potentials einer erforderlichen Behandlungsalternative“ erst ab 2012 in § 137c SGB V aufgenommen wurde.

SG Schwerin, Gerichtsbb. v. 21.03.2017 - S 8 KR 14/13 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

e) Keine vorstationäre Krankenhausbehandlung ohne ärztliche Verordnung

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 03.11.2020 - L 11 KR 2819/19

RID 21-01-110

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 115a, 115b; KHEntg § 8 II 3 Nr. 3

Leitsatz: Dem vom Krankenhausträger geltend gemachten Vergütungsanspruch für eine im Krankenhaus **ambulant** durchgeführte Portimplantation zur Vorbereitung einer Chemotherapie kann nicht entgegengehalten werden, dass die Portimplantation als **vorstationäre Behandlung** hätte erbracht werden müssen (wirtschaftliches Alternativverhalten), wenn es an einer Verordnung von Krankenhausbehandlung fehlt.

SG Mannheim, Ur. v. 30.01.2019 - S 4 KR 3808/17 - verurteilte die Bekl. zur Zahlung von 398,80 € nebst Zinsen, das *LSG* wies die Berufung zurück.

f) Erfassung der Prozedur (OPS 5-385.70) durch AOP-Vertrag

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 08.09.2020 - L 5 KR 795/18

RID 21-01-111

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

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

Die Prozedur **OPS 5-385.70** (Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Crossektomie und Stripping: V. saphena magna) wird von Kategorie 1 des AOP-Vertrags v. 01.06.2012 erfasst. Sie ist damit in der Regel nicht sowohl als auch (dann Kategorie 2), sondern (abgesehen von nicht einschlägigen Ausnahmefällen) ausschließlich **ambulant** zu erbringen.

SG Düsseldorf, Ur. v. 28.09.2018 - S 8 KR 1401/15 - gab der Klage statt, das *LSG* wies die Klage ab.

g) Zahlungsanspruch trotz Ruhens des Leistungsanspruchs des Versicherten

SG Nürnberg, Urteil v. 02.07.2020 - S 21 KR 303/19

RID 21-01-112

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 16 IIIa, 109

Sieht die geltende **Vereinbarung** für den Pflegesatzzeitraum vor, dass die Rechnung des Krankenhauses innerhalb von drei Wochen zu zahlen ist, so folgt hieraus ein **Zahlungsanspruch** des Krankenhauses.

Dem **Ruhensbescheid** nach § 16 IIIa SGB V kommt grundsätzlich unmittelbar Tatbestandswirkung zu, der auf das Abrechnungsverhältnis zwischen Krankenhaus und Krankenkasse durchgreift (vgl. dazu LSG Nordrhein-Westfalen, Ur. v. 28.05.2015 - L 5 KR 594/14 - juris Rn. 31, RID 15-03-133). Eine Krankenkasse setzt durch den Nichteinzug der eGK des Versicherten bzw. der fehlenden Kennzeichnung des ruhenden Leistungsanspruchs gem. § 291 II 2 SGB V in den Versicherten-Stammdaten und zusätzlich die Bestätigung eines vollumfänglichen Versicherungsschutzes im Wege des DTA einen **Rechtsschein** dahingehend, dass ein umfassendes Versicherungsverhältnis des Patienten besteht. Auf diesen Rechtsschein darf das Krankenhaus vertrauen (entgegen LSG Nordrhein-Westfalen, Ur. v. 28.05.2015 - L 5 KR 594/14 - juris Rn. 31, RID 15-03-133).

Das *SG* verurteilte die Bekl., an die Kl. 27.625,47 € zzgl. Zinsen zu zahlen.

h) Aufrechnung nach dem 09.11.2018: Verkürzte Ausschlussfrist

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 03.11.2020 - L 11 KR 2249/20

RID 21-01-113

Revision anhängig: B 1 KR 40/20 R

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V a.F. § 325

Leitsatz: Zur **Geltendmachung von Ansprüchen** i.S.v. § 325 SGB V a.F./§ 412 SGB V n.F. gehört jede Form der Rechtsdurchsetzung, sowohl aktiv als auch passiv und damit nicht nur die Erhebung einer Klage, sondern auch die **Aufrechnung**.

SG Freiburg, Gerichtsbb. v. 15.06.2020 - S 15 KR 801/19 - verurteile die Bekl. zur Zahlung von 467,05 € nebst Zinsen, das *LSG* wies die Berufung zurück.

3. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

a) Wirtschaftlichkeitsgebot auch bei neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

SG Dortmund, Urteil v. 24.01.2020 - S 39 KR 2226/17

RID 21-01-114

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 2 I, 12 I, 28 I, 137c III

Die Verwendung einer patientenindividuell angefertigten Kniegelenkstotalendoprothese kann gegen das **Wirtschaftlichkeitsgebot** verstoßen. Es kann dahingestellt bleiben, ob die Verwendung von patientenindividuell angefertigten Kniegelenkstotalendoprothesen eine neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode ist. Das Wirtschaftlichkeitsgebot wird nicht durch § 137c III SGB V i.d.F.v. 16.07.2015 (a.F.) suspendiert. Jedenfalls führt auch die in § 137c SGB V a.F. normierte Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nicht zu einer Berechtigung des einzelnen Krankenhauses, alle Leistungen, die im Einzelfall medizinisch möglich sind, ohne Beachtung der Wirtschaftlichkeit zu Lasten der solidarisch finanzierten GKV zu erbringen. Dies widerspricht der Systematik des Gesetzes, die eine Leistungspflicht der GKV gerade nicht uneingeschränkt für jede Art von medizinischer Versorgung vorsieht. Vielmehr unterliegen alle Behandlungsformen, auch solche im Krankenhaus, den in § 2 I, § 12 I und § 28 I SGB V für die gesamte GKV festgelegten Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsanforderungen.

Das **SG** wies die Klage ab.

b) Coil-Implantationen

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 16.06.2020 - L 5 KR 743/18

RID 21-01-115

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 94/20 B
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 2 I 3, 12 I, 39 I, 70 I 1, 137c I, III

Bei den **Coil-Implantationen** (minimal-invasive endoskopische Lungenvolumenreduktion) handelte es sich um eine nach zwingenden normativen Vorgaben **ungeeignete Versorgung** von Versicherten nach dem SGB V. Die Behandlung ist daher nicht im Sinne § 39 I 2 SGB V erforderlich mit der Folge, dass das Krankenhaus hierfür keine Vergütung beanspruchen kann.

Der Versicherte litt an einer schwerstgradigen chronisch-obstruktiven Lungenerkrankung mit funktional relevantem Lungenemphysem sowie respiratorischer hypoxischer Insuffizienz unter körperlicher Belastung. Die stationäre Aufnahme des Versicherten erfolgte in Absprache mit dem behandelnden Pulmologen zur Abklärung der Indikation für eine **endoskopische Lungenvolumenreduktion durch sog. Coils**. Bei dieser Methode wird das Lungengewebe durch den Einsatz von durchschnittlich 10 Spiralen pro Lungenflügel, sog. Coils, zum Zwecke der Volumenverringerng zusammengezogen. Luftsäcke werden so verkleinert und durch Offenhaltung der Atemwege während des Ausatmens wird einer Lungenaufblähung und damit einhergehenden Atemproblemen entgegengewirkt. Nach einer ersten Operation während des stationären Aufenthalts im April 2016 erfolgte der zweite Eingriff im Rahmen des stationären Aufenthalts im Mai/Juni 2016 zur Implantation weiterer Coils. **SG Aachen**, Ur. v. 18.10.2018 - S 15 KR 226/17 - verurteilte die Bekl., an die Kl. 28.257,18 € nebst Zinsen zu zahlen. Das **LSG** wies die Klage ab.

4. Mindestmenge

a) Vorlage einer Prognose ausreichend

SG Aachen, Urteil v. 15.12.2020 - S 13 KR 379/20

RID 21-01-116

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 136b

Der Krankenhausträger darf allein durch die **Vorlage** einer (jedenfalls nicht völlig abwegigen und schlechthin willkürlich erscheinenden) **Prognose** weiterhin Leistungen im Geltungsbereich der betroffenen Mindestmenge erbringen. Eine vorherige positive Feststellung der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen, die Leistungen erbringen zu dürfen, war und ist nicht erforderlich (LSG Niedersachsen-Bremen, Ur. v. 16.06.2020 - L 16 KR 64/20 - RID 20-04-98; LSG

Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 10.03.2020 - L 9 KR 389/19 B ER - RID 20-02-93; SG Berlin, Urt. v. 05.03.2020 - S 56 KR 2033/19 - RID 20-03-105; anders noch: SG Berlin, Beschl. v. 10.05.2019 - S 182 KR 322/19 ER - RID 19-03-124).

Das *SG* stellte fest, dass die Erbringung und Abrechnung von komplexen Eingriffen am Organsystem Pankreas durch den Kl. im Jahr 2021 nicht gegen die Mindestmengenregelungen nach § I 1 Nr. 2 SGB V verstoßen hat.

Parallelverfahren:

SG Aachen, Urteil v. 15.12.2020 - S 13 KR 773/18

RID 21-01-117

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SG Aachen, Urteil v. 15.12.2020 - S 13 KR 402/19

RID 21-01-118

www.sozialgerichtsbarkeit.de

b) Prognose für Mindestmenge: Einstweiliger Rechtsschutz

LSG Hamburg, Beschluss v. 11.08.2020 - L 1 KR 73/20 B ER

RID 21-01-119

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 136b; SGG § 86b

Leitsatz: 1. Im Falle des Erlasses eines Bescheids über die Widerlegung der Prognose nach § 136b Abs. 4 S. 6 SGB V ist richtige Klageart allein die **Anfechtungsklage**. Für die Feststellung der Richtigkeit der Prognose besteht kein schützenswertes Interesse.

2. Da die Anfechtungsklage **aufschiebende Wirkung** hat, sind Anträge auf **Gewährung einstweiligen Rechtsschutzes** solange unzulässig, wie die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen nicht das Bestehen aufschiebender Wirkung bestreiten oder die sofortige Vollziehung ihrer Entscheidung anordnen.

SG Hamburg, Beschl. v. 22.04.2020 - S 50 KR 262/20 ER - lehnte den Antrag auf Gewährung einstweiligen Rechtsschutzes ab, das *LSG* wies die Beschwerde zurück.

5. Prüfverfahrensvereinbarung

a) Nichteinleitung eines Prüfverfahrens/Qualitätsgebot bei Bauchortenaneurysma

SG Duisburg, Urteil v. 14.12.2020 - S 60 KR 2374/19

RID 21-01-120

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 39 I, 137, 275 I, Ic

Unterlässt es die Krankenkasse, eine **MDK-Prüfung einzuleiten** oder die Rechnungskürzung innerhalb der Frist zur Einleitung eines Prüfverfahrens anzuzeigen, ist eine Präklusionswirkung in Hinblick auf mögliche medizinische Einwendungen, insbesondere im Hinblick auf die Einhaltung des Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsgebots, eingetreten (vgl. zu § 275 Ic: *SG Stuttgart*, Gerichtsbb. v. 23.07.2019 - S 15 KR 6688/18 - juris Rn.18, RID 19-04-86; *SG Duisburg*, Gerichtsbb. v. 04.05.2020 - S 60 KR 2844/18 - juris Rn. 19, RID 20-03-126).

Bei der Prüfung der Vorschriften der Richtlinie des GBA über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung bei der Indikation Bauchortenaneurysma (QBAA-RL) als außenwirksame Normen im Range untergesetzlichen Rechts handelt es sich um **Vorgaben des Qualitätsgebots** (§ 2 I SGB V) und des Wirtschaftlichkeitsgebots (§ 12 I SGB V) (*BSG*, Urt. v. 19.04.2016 - B 1 KR 28/15 R - SozR 4-2500 § 137 Nr. 7, juris Rn. 14) und mithin um Gegenstände des Prüfverfahrens nach § 275 SGB V.

Eine Krankenkasse darf als Sanktion für die von ihr behaupteten Qualitätsmängel nach der QBAA-RL nicht den **Wegfall der gesamten Vergütung** für den stationären Krankenhausaufenthalt des Versicherten vorsehen, weil es hierfür einer Rechtsgrundlage ermangelt.

Besondere Anforderungen an die Leitung oder Stellvertretung des **Labors** oder der Transfusionsmedizin sind in der QBAA-RL nicht geregelt. Im Hinblick auf den eng auszulegenden Wortlaut der Mindestanforderungen dürfte daher die 24-stündige Bereitschaft einer MTA bei ärztlicher Leitungsverantwortung ausreichen, um eine jederzeitige und sofortige Einsatzbereitschaft der Labor- und Transfusionsmedizin bei ärztlicher Gesamtverantwortung zu gewährleisten.

Die Beteiligten streiten um eine Rückforderung der gesamten Vergütung einer Krankenhausbehandlung im Hinblick auf die Qualitätssicherungs-Richtlinie zum Bauchortenaneurysma des GBA. Das *SG* wies die Klage der Krankenkasse ab.

b) MDK-Prüfung im Versichertenverhältnis: Keine Ersetzung der Abrechnungsprüfung

SG Duisburg, Urteil v. 04.11.2020 - S 54 KR 763/19

RID 21-01-121

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

Nach **Ablauf der Ausschlussfrist** des § 275 Ic 2 SGB V sind Krankenkasse und MDK auf die Daten beschränkt, die das Krankenhaus der Krankenkasse im Rahmen seiner Informationsobliegenheiten bei der Krankenhausaufnahme und zur Abrechnung - deren vollständige Erfüllung vorausgesetzt - jeweils zur Verfügung gestellt hat (BSG, Urt. v. 16.05.2012 - B 3 KR 14/11 R - BSGE 111, 58 = SozR 4-2500 § 109 Nr. 24). Diese Begrenzung der Sachverhaltsermittlung wirkt auch im Gerichtsverfahren fort. Die Amtsermittlungspflicht nach § 103 SGG wird durch eine unterlassene MDK-Prüfung eingeschränkt.

Die Befassung des MDK im **Verwaltungsverfahren zwischen Krankenkasse und Versichertem** kann **nicht** als **vorgelagerte Prüfung** des Bestehens eines Sachleistungsanspruchs das MDK-Prüfverfahren im Verhältnis zwischen Krankenhausträger und Krankenkasse im Rahmen der nachgelagerten Abrechnungsprüfung ersetzen.

Das **SG** verurteilte die Bekl., an die Kl. 7.269,73 € nebst Zinsen zu zahlen, und wies im Übrigen die Klage ab.

c) Beauftragung des MDK innerhalb 12-Wochen-Frist

SG Karlsruhe, Gerichtsbescheid v. 12.11.2020 - S 5 KR 1859/20

RID 21-01-122

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
PrüfvV 2016 § 6 II 1

Leitsatz: 1. Können sich Krankenhaus und Krankenkasse in einem Vorverfahren nach § 5 PrüfV 2016 nicht einigen, ob die vom Krankenhaus abgerechnete vollstationäre Behandlung erforderlich war, muss die Krankenkasse zwingend den MDK mit einer **Prüfung beauftragen**.

2. Bei der **zwölfwöchigen Frist** zur Beauftragung des MDK nach § 6 Abs. 2 S. 1 PrüfV 2016 handelt es sich um eine **Ausschlussfrist**.

3. Hat die Krankenkasse versäumt, den MDK innerhalb der Frist nach § 6 Abs. 2 S. 1 PrüfV 2016 mit einer Prüfung zu beauftragen, darf das Krankenhaus **keine weiteren Sozialdaten** mehr übermitteln; die Prüfung bleibt dann begrenzt auf die nach § 301 SGB V übermittelten Daten, die Angaben in der Rechnung sowie Informationen aus einem etwaigen Falldialog. Das gilt auch für ein nachfolgendes Gerichtsverfahren. Hieraus resultierende Beweisschwierigkeiten gehen zulasten der Krankenkasse.

Das **SG** verurteilte die Bekl., der Kl. 910,24 € zzgl. Zinsen zahlen.

d) Auswahl der Behandlungsunterlagen allein durch MDK

SG Dortmund, Urteil v. 05.06.2020 - S 40 KR 319/18

RID 21-01-123

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
PrüfvV 2014 § 7 II

Leitsatz: 1. Nach § 7 Abs. 2 S. 2 PrüfV in der Fassung vom 01.09.2014 **bestimmt** der **MDK** diejenigen **Unterlagen**, die er zur Beurteilung von Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistung sowie zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung benötigt.

2. Von der Vorschrift des § 7 Abs. 2 S. 2, 3 PrüfV in der Fassung vom 01.09.2014 ist es nicht gedeckt, wenn der MDK seine Verantwortung zur Unterlagenauswahl und somit die ihm obliegende Entscheidung über die Erforderlichkeit der Unterlagen zur anschließenden Beurteilung im Sinne der Vorschrift auf das **Krankenhaus** überträgt.

3. Soweit der MDK um „Übersendung sämtlicher Behandlungsunterlagen, die geeignet sind, die Fragestellung der Krankenkasse bezogen auf den Prüfanlass vollumfänglich zu beantworten bzw. die zur Beurteilung von Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistung sowie zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung benötigt werden“ bittet, wird hierdurch **keine Pflicht für das Krankenhaus** begründet, über die Auswahl der vorzulegenden Unterlagen zu entscheiden.

Das **SG** verurteilte die Bekl., an die Kl. 1.444,99 € nebst Zinsen zu zahlen.

e) Vorlagefrist für Krankenhausunterlagen

aa) Materiell-rechtliche Ausschlussfrist (§ 7 II PrüfV 2014)

SG Dortmund, Urteil v. 10.08.2020 - S 68 KR 1356/18

RID 21-01-124

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
PrüfV 2014 § 7 II

Leitsatz: 1. Die Regelung in der Vereinbarung über das Nähere zum Prüfverfahren nach § 275 Abs. 1c SGB V (Prüfverfahrensvereinbarung – PrüfV) gemäß § 17c Abs. 2 KHG in der Fassung vom 01.09.2014, wonach ein Krankenhaus nach Aufforderung innerhalb einer vorgegebenen Frist die für die Prüfung notwendigen **Unterlagen zu übermitteln** hat und im Falle der nicht fristgerechten Übermittlung ein Zahlungsanspruch nur in Höhe des unstreitig gestellten Rechnungsbetrags besteht (§ 7 Abs. 2 S. 3 und 4 PrüfV), ist eine **materiell-rechtliche Ausschlussfrist**.

2. Soweit der MDK um „Übersendung sämtlicher Behandlungsunterlagen, die geeignet sind, die Fragestellung der Krankenkasse bezogen auf den Prüfanlass vollumfänglich zu beantworten bzw. die zur Beurteilung von Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistung sowie zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung benötigt werden“ bittet, wird hierdurch - jedenfalls im Falle von Verweildauerprüfungen bezüglich der stationären Behandlung einer psychiatrischen Erkrankung - eine **Pflicht für das Krankenhaus begründet, über die Auswahl der vorzulegenden Unterlagen zu entscheiden** und die im konkreten Fall maßgeblichen Unterlagen zu übermitteln.

Das **SG** wies die Klage ab.

bb) Materiell-rechtliche Ausschlussfrist

SG Aachen, Urteil v. 10.11.2020 - S 13 KR 244/20

RID 21-01-125

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
KHG § 17c II

§ 7 II 2 bis 4 PrüfV 2014 ist von der **Ermächtigungsgrundlage** des § 17c II KHG gedeckt (LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 17.04.2018 - L 11 KR 936/17 - RID 18-03-131; BSG, Urt. v. 19.11.2019 - B 1 KR 33/18 R - SozR 4-2500 § 109 Nr. 77, Rn. 16 [„aufgrund hinreichender Ermächtigung“]).

Bei der 4-Wochen-Frist des § 7 II 3 PrüfV 2014 handelt es sich um eine Frist, die einer materiell-rechtlichen **Ausschlussfrist** entspricht.

Das **SG** wies die Klage ab.

cc) Konkrete Unterlagenanforderung/Keine materiell-rechtliche Ausschlussfrist

SG Dessau- Roßlau, Urteil v. 25.09.2020 - S 15 KR 67/18

RID 21-01-126

Rechtskräftig (Berufung zugelassen)
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
KHG § 17c II

Leitsatz: Die in § 7 Abs. 2 Satz 3 und 4 der zwischen dem GKV-Spitzenverband und der Deutschen Krankenhausgesellschaft geschlossenen Vereinbarung zum Prüfverfahren nach § 275 Abs. 1c SGB V (PrüfV bzw. PrüfVbg) geregelte **Ausschlussfrist** findet keine Anwendung im sozialgerichtlichen Verfahren (entgegen BSG, Urt. v. 19.11.2019 - B 1 KR 33/18 R - SozR 4-2500 § 109 Nr. 77). Für einen Ausschluss des Amtsermittlungsgrundsatzes fehlt es - jedenfalls bis zum Inkrafttreten des MDK-Reformgesetzes zum 1. Januar 2020 - an einer hinreichend klaren gesetzlichen **Ermächtigungsgrundlage**.

Der **Medizinische Dienst** hat die für die Prüfung erforderlichen **Unterlagen** bei dessen Abforderung **konkret zu benennen** und bei Anhaltspunkten für das Erfordernis weiterer prüfungsrelevanter Unterlagen diese nachzufordern.

Das **SG** verurteilte die Bekl., an die Kl. einen weiteren Betrag in Höhe von 269,51 € nebst Zinsen zu zahlen.

dd) Keine Materiell-rechtliche Ausschlussfrist

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 09.07.2020 - L 16 KR 395/16

RID 21-01-127

Revision anhängig: B 1 KR 43/20 R

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 109 IV 3, 275 Ic; KHG § 17c II

Es spricht viel dafür, dass eine **Vollprüfung** bereits unter Geltung der PrüfvV 2014 als deren Anwendbarkeit begründende **Auffälligkeitsprüfung** zu qualifizieren ist, weil es sonst die Krankenkasse durch Ergänzung jedweder (isolierter) Auffälligkeitsprüfung um sachlich-rechnerische Einwendungen im Prüfauftrag in der Hand gehabt hätte, die Anwendbarkeit der PrüfvV zu verhindern und etwa der Zahlung der Aufwandspauschale zu entgehen.

§ 7 II 4 PrüfvV 2014 regelt **keine materiell-rechtliche Ausschlussfrist** dergestalt, dass das Krankenhaus nur Anspruch auf den unstrittigen Rechnungsbetrag hätte, mithin hier keinerlei (weitere) Zahlung mehr verlangen könnte, weil eine Beurteilung unter Berücksichtigung der gesamten Patientenunterlagen ausschiede (a.A. etwa BSG, Urt. v. 19.11.2019 - B 1 KR 33/18 R - SozR 4-2500 § 109 Nr. 77, juris Rn. 16; LSG Baden Württemberg, Urt. v. 17.04.2018 - L 11 KR 936/17 - juris Rn. 53, RID 21-01-124; LSG Hessen, Urt. v. 28.05.2020 - L 8 KR 221/18 - RID 20-03-125, juris Rn. 26, Revision anhängig: B 1 KR 24/20 R).

Es bestehen erhebliche Zweifel, dass sich die Regelung einer materiellen Ausschlussfrist im Rahmen der **Ermächtigungsgrundlage** des § 17c II KHG (in der am 25.07.2014 geltenden Fassung durch Art. 16a Gesetz v. 21.07.2014, BGBl. I S. 1133) hält.

SG Köln, Urt. v. 04.05.2016 - S 23 KN 108/15 KR - wies die Klage ab, das **LSG** verurteilte die Bekl., an die Kl. für die stationäre Behandlung einen Betrag von weiteren 401.714,64 €nebst Zinsen zu zahlen.

f) Nachträgliche Korrektur der Krankenhausabrechnung

aa) Fünfm Monatsfrist zur Rechnungskorrektur: Keine Ausschlussfrist (§ 7 V PrüfvV 2016)

LSG Bayern, Urteil v. 13.08.2020 - L 4 KR 616/19

RID 21-01-128

Revision anhängig: B 1 KR 33/20 R

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 39, 108; KHG § 17c II; PrüfvV 2016 § 7 V

Leitsatz: 1. Ein **Krankenhausträger** ist mit der **nachträglichen Änderung** einer DRG und der darauf beruhenden Rechnungskorrektur nach abgeschlossenem MDK-Prüfverfahren nicht nach § 7 Abs. 5 PrüfvV 2016 ausgeschlossen.

2. Die Regelung schließt nach ihrem Wortlaut die **nachträgliche Korrektur** einer Krankenhausabrechnung nicht aus.

3. Auch **systematische Erwägungen** sprechen dagegen, dass § 7 Abs. 5 PrüfvV 2016 die Vergütung betreffende materielle Ausschlussfristen enthält.

SG Regensburg, Gerichtsbb. v. 11.11.2019 - S 14 KR 1108/19 - wies die Klage ab, das **LSG** verurteilte die Bekl., an die Kl. einen Betrag in Höhe von 6.918,59 €nebst Zinsen zu zahlen.

bb) Zulässigkeit einer nachträglichen Rechnungskorrektur

LSG Bayern, Urteil v. 22.07.2020 - L 20 KR 55/18

RID 21-01-129

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 109 IV 3, 275 Ic; KHG § 17c II; PrüfvV 2015 § 7 V

Leitsatz: 1. § 7 Abs. 5 PrüfvV 2015 bestimmt, welche Korrekturen oder Ergänzungen von Datensätzen der MDK in seine Prüfung einzubeziehen hat. Konsequenzen für den **Vergütungsanspruch** regelt § 7 Abs. 5 PrüfvV 2015 nicht, er steht damit einer **nachträglichen Rechnungskorrektur** im Abrechnungsverfahren nicht entgegen.

2. Die Regelungen des § 7 Abs. 5 Satz 1 und 2 PrüfvV 2015 gelten nur insoweit, als überhaupt eine Prüfung durch den MDK erfolgt. Die Fünfm Monatsfrist des § 7 Abs. 5 Satz 2 PrüfvV 2015 bezieht sich deshalb nur auf den jeweiligen **Prüfanlass**.

3. Die mit § 7 Abs. 5 Satz 3 PrüfvV 2017 eingeführte Regelung gilt nicht **rückwirkend** für die Zeit vor dem 01.01.2017.

SG Würzburg, Urt. v. 05.12.2017 - S 6 KR 191/17 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

cc) Zulässigkeit nach abgeschlossenem MDK-Prüfverfahren

LSG Bayern, Urteil v. 10.09.2020 - L 4 KR 88/19

RID 21-01-130

Revision anhängig: B 1 KR 37/20 R

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 39, 108; KHG § 17c II; PrüfV 2016 § 7 V

Die Regelung des § 7 V 2 PrüfV 2016 schließt eine nachträgliche Korrektur der Krankenhausabrechnung nach abgeschlossenem MDK-Prüfverfahren nicht aus.

SG Augsburg, Urt. v. 25.08.2019 - S 2 KR 446/18 - verurteilte die Bekl., an die Kl. 2.503,47 € nebst Zinsen zu zahlen, das *LSG* wies die Berufung zurück.

dd) Korrektur von nicht vom Prüfauftrag des MDK umfassten Tatbeständen

LSG Schleswig-Holstein, Urteil v. 26.08.2020 - L 5 KR 13/19

RID 21-01-131

Revision anhängig: B 1 KR 39/20 R

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

PrüfV 2014 § 7 V

Leitsatz: § 7 Abs. 5 PrüfV enthält keinen generellen **Ausschluss einer Rechnungskorrektur** nach Ablauf der dort geregelten 5-Monatsfrist. Das gilt zumindest für Korrekturen aufgrund von Tatbeständen, die nicht vom Prüfauftrag des MDK umfasst waren.

SG Kiel, Urt. v. 17.12.2018 - S 44 KR 308/17 - verurteilte die Bekl., an die Kl. 735,40 € zzgl. Zinsen zu zahlen, das *LSG* wies die Berufung zurück.

g) Vergütung für einen Krankenhausaufenthalt nach Wechsel der Krankenkasse

SG Augsburg, Urteil v. 13.08.2020 - S 12 KR 1022/19

RID 21-01-132

www.sozialgerichtsbarkeit.de

FPV 2015 § 9

§ 9 FPV 2015 führt nicht zu einer vollständigen Leistungspflicht der Krankenkasse, da die FPV nicht eine Vergütung zu Lasten der Krankenkasse **regeln** kann, obwohl mangels Mitgliedschaft des Patienten ein Vergütungsanspruch gegen die Krankenkasse ausgeschlossen ist. Das Gericht stützt sich dabei auf BSG, Urt. v. 14.10.2014 - B 1 KR 18/13 R - SozR 4-2500 § 19 Nr. 9, das sich mit der inhaltsgleichen Regelung der FPV 2005 auseinandergesetzt hatte.

Das *SG* verurteilte die Bekl., an die Kl. 1.615,96 € nebst Zinsen zu zahlen, und wies im Übrigen die Klage ab.

6. Fallpauschalen

a) Kodierung eines Symptoms (Gastrostoma-Anlage mit PEG-Sonde)

LSG Mecklenburg-Vorpommern, Urteil v. 15.10.2020 - L 6 KR 124/17

RID 21-01-133

juris

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

Leitsatz: 1. Die in den DKR formulierten Voraussetzungen für die **Kodierung eines Symptoms** (anstelle einer Krankheit) stellen im Einzelfall zwar notwendige, nicht jedoch hinreichende Bedingungen für die Verschlüsselung eines Symptoms als **Nebendiagnose** dar. Dass den DKR im Konfliktfall „Vorrang vor allen anderen Richtlinien“ zukommt, bedeutet nicht, dass von der ICD-10 geforderte Voraussetzungen für die Verschlüsselung bestimmter Codes unbeachtlich wären, weil die DKR weitere Bedingungen formulieren.

2. In Fällen einer **Gastrostoma-Anlage mit PEG-Sonde** kommt die Verschlüsselung des hierfür ursächlichen Symptoms nur für denjenigen Krankenhaus-Aufenthalt in Betracht, in dem der Magenzugang geschaffen und die PEG-Sonde gelegt wird, ggf. auch für die Phase einer Sonden-Entwöhnung. Auch dann ist wegen des Grundsatzes der spezifischen Verschlüsselung der Kode R13.9 (Dysphagie, Schluckbeschwerden) oder R13.0 (Dysphagie mit Beaufsichtigungspflicht während der

Nahrungsaufnahme) zu wählen, wenn gerade die eingeschränkte Schluckfunktion die Sonde erforderlich macht. Der unspezifische Kode für eine Ernährungsstörung/ein Ernährungsproblem (R63.3 bzw. E90*) kommt lediglich bei anders nicht abbildbaren Ursachen in Betracht.

SG Rostock, Urt. 19.10.2017 - S 17 KR 363/13 - gab der Klage statt, das *LSG* wies die Klage ab.

b) Mehrfachkodierung

SG Dortmund, Urteil v. 15.10.2020 - S 83 KR 5351/19

RID 21-01-134

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 39, 69, 109; BGB § 812; KHEntgG §§ 7, 9; KHG § 17b

Leitsatz: 1) Für die Prüfung „ob“ eine **Mehrfachkodierung** zu erfolgen hat, ist auf die Tabelle 2 nach der DKR D012i erst dann zurückzugreifen, wenn die Voraussetzungen der Regelung der DKR D012i unter 1. Ätiologie- und Manifestationsverschlüsselung: „Kreuz - Stern - System“ und/oder unter 2. Hinweise zur Doppelklassifizierung erfüllt sind.

2) Die Tabellen 1 und 2 der DKR D012i regeln die **Reihenfolge von Diagnoseschlüsseln** bei Mehrfachkodierung, also das „wie“ der Mehrfachkodierung.

Das *SG* wies die Klage ab.

c) Kenntnis von fehlenden Abrechnungsvoraussetzungen/Strukturanalyse

LSG Hamburg, Urteil v. 24.09.2020 - L 1 KR 52/20

RID 21-01-135

Revision anhängig: B 1 KR 36/20 R

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

Ist der **Krankenkasse** bei der Begleichung der (zweiten) Rechnung **bewusst**, dass die Abrechnung des OPS-Codes nicht hätte erfolgen dürfen, dann beruht die Zahlung nicht auf den unzutreffenden Angaben des Krankenhauses. Es liegt dabei fern, davon auszugehen, dass nur das Wissen des konkreten Sachbearbeiters entscheidend ist.

Eine Regelung im Landesvertrag, dass ausnahmsweise eine Verrechnung mit anderen Abrechnungsfällen möglich ist, wenn der MDK im Rahmen seiner Begutachtung die **Voraussetzung für die Rückforderung** der Krankenkasse festgestellt hat, gilt nicht für eine **Strukturanalyse**, die sämtliche Krankenhäuser betraf.

SG Hamburg, Urt. v. 03.03.2020 - S 6 KR 5611/18 - verurteilte die Bekl., an die Kl. 28.617,86 € nebst Zinsen zu zahlen, das *LSG* wies die Berufung zurück.

d) Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern: Dokumentation des Mehraufwandes

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 11.08.2020 - L 9 KR 270/16

RID 21-01-136

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

Leitsatz: 1. Zur **Dokumentation** bei einer Komplexbehandlung bei MRE hier: Dokumentation des Basisblocks.

2. Zur Ersetzung der Dokumentation durch eine **Beweiserhebung** des Sozialgerichts.

SG Potsdam, Urt. v. 27.04.2016 - S 35 KR 329/14 - verurteilte die Bekl., an die Kl. 2.518,24 € nebst Zinsen zu zahlen, das *LSG* wies die Klage ab.

e) Intensivmedizinische Komplexbehandlung (OPS 8-980.20)

SG Düsseldorf, Urteil v. 04.11.2020 - S 18 KR 530/18

RID 21-01-137

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

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

Leitsatz: Die **intensivmedizinische Komplexbehandlung** kann nur abgerechnet werden, wenn die Behandlungsleitung durch einen **Facharzt** mit der **Zusatzweiterbildung Intensivmedizin** gewährleistet ist. Dies setzt voraus, dass dieser auch an Wochenenden zumindest stundenweise

anwesend ist, weil die Behandlungsleitung auf einer Intensivstation von den medizinischen Bedürfnissen der Patienten geprägt und weniger planbar ist als zum Beispiel eine multimodale Schmerzbehandlung.

Das **SG** wies die Klage ab.

f) Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls

SG Ulm, Urteil v. 17.12.2020 - S 13 KR 3353/18

RID 21-01-138

*Berufung anhängig: LSG Baden-Württemberg - L 11 KR 331/21 -
juris*

SGB V §§ 109 IV 3, 301 II 2; KHEntgG §§ 7, 9 I 1 Nr. 1

Die „**Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls**“ (OPS 2016 8-98b) setzte bei einer Kooperation eine höchstens halbstündige Transportentfernung voraus (BSG, Urt. v. 19.06.2018 - B 1 KR 39/17 R - SozR 4-5562 § 9 Nr. 10; BSG, Urt. v. 19.06.2018 - B 1 KR 38/17 R - NZS 2018, 981). Die rückwirkend in Kraft gesetzte neueste Fassung fasst klarer die Zeit zwischen Rettungstransportbeginn und Rettungstransportende und definiert diese ausschließlich als die Zeit, die der Patient im Transportmittel verbringt. Auch nach der **Klarstellung durch das DIMDI** ist noch offen, ob die **Rettungskette** nicht jedenfalls insoweit Berücksichtigung finden muss, als sie über das jeweilige Transportmittel entscheidet. Selbst wenn die halbstündige Rettungstransportzeit nach dem strengen Wortlaut allein die zeitliche Dauer des Transportes des Patienten im schnellsten Transportmittel auf dem Weg zwischen den beiden kooperierenden Kliniken meinen kann, verhält sich auch der neue Wortlaut nicht zu der Frage, welches Transportmittel ausschlaggebend ist, um gerade zu „neurochirurgischen Notfalleingriffen“ „grundsätzlich“ innerhalb einer halben Stunde eine Verlegung zu (er-)„möglich“(en). Entscheidend kommt es auf die **regelmäßig verfügbaren und tatsächlich regelmäßig verwendeten Transportmittel** an.

Das **SG** verurteilte das bekl. Krankenhaus, an die kl. Krankenkasse 868,33 € zzgl. Zinsen zu zahlen.

g) Berücksichtigungsfähige Beatmungstunden

aa) Entwöhnung von der maschinellen Beatmung auch ohne vorherige Gewöhnung

LSG Sachsen, Urteil v. 15.07.2020 - L 1 KR 251/14

RID 21-01-139

*Revision anhängig: B 1 KR 41/20 R
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

Leitsatz: Bei der Abrechnung der maschinellen Beatmung verlangt Nr. 1001h der Deutschen Kodierrichtlinien 2010 für die Einbeziehung von **Spontanatmungstunden** in der **Phase der Entwöhnung** keine vorherige Gewöhnung des Patienten an die maschinelle Beatmung (entgegen BSG, Urteil vom 19.12.2017 - B 1 KR 18/17 R - SozR 4-5562 § 9 Nr. 8).

SG Chemnitz, Urt. v. 03.09.2014 - S 15 KR 55/12 - wies die Klage ab, das **LSG** verurteilte die Bekl., an die Kl. 4.132,56 € nebst Zinsen zu zahlen.

bb) Kodierung von Stunden maschineller Beatmung über Maskensysteme

SG Dresden, Urteil v. 19.08.2020 - S 38 KR 674/17

RID 21-01-140

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

Leitsatz: 1. Eine **intensivmedizinische Versorgung** kann auch außerhalb einer Intensivstation erfolgen.

2. Eine intensivmedizinische Versorgung liegt nur dann vor, wenn die **jederzeitige unmittelbare Verfügbarkeit ärztlicher Hilfe** gewährleistet ist (vgl. BSG, Urt. v. 28.02.2007 - B 3 KR 17/06 R - SozR 4-2500 § 39 Nr. 8, juris Rn. 19)

Das **SG** wies die Klage ab.

cc) Continuous-Positive-Airway-Pressure-(CPAP)-Beatmung bei Neugeborenen

LSG Hamburg, Urteil v. 22.10.2020 - L 1 KR 65/19

RID 21-01-141

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

Bei der Continuous-Positive-Airway-Pressure-(CPAP)-Unterstützung handelt es sich grds. nicht um eine **maschinelle Beatmung**. Zeiten der CPAP-Beatmung können nur dann den für das Gruppen relevanten Beatmungsstunden zugerechnet werden, wenn sich die CPAP-Beatmung als **Entwöhnungsbehandlung** darstellt. Dies hat gerade auch in Bezug auf **Neugeborene** zu gelten.

SG Hamburg, Urt. v. 28.03.2019 - S 48 KR 1151/15 - verurteilte auf Klage der Krankenkasse den bekl. Krankenhausträger zur Zahlung von 14.267,47 €nebst Zinsen, das **LSG** wies die Berufung zurück.

h) Plasmapherese nach Nierentransplantation

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 12.10.2020 - L 11 KR 2111/19

RID 21-01-142

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

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

Leitsatz: Der Anspruch auf **Vergütung** einer stationären Krankenhausbehandlung umfasste im Jahr 2013 auch eine **Plasmapherese** (Zusatzentgelt ZE36.02), wenn diese dazu diente, eine barrierefreie Transplantation zu ermöglichen.

SG Mannheim, Urt. v. 15.05.2019 - S 2 KR 3116/17 - wies die Klage der Krankenkasse ab, das **LSG** die Berufung zurück.

i) Kodierung eines akuten Nierenversagens im Stadium 1 als Nebendiagnose

SG Karlsruhe, Urteil v. 17.08.2020 - S 5 KR 219/20

RID 21-01-143

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

Leitsatz: Ein **akutes Nierenversagen** im Sinne der ICD-10-Ziffer N 17 liegt unter anderem vor, wenn das Serumkreatinin von einem anzunehmenden **Grundwert** des Patienten um mindestens 50 % innerhalb der vorangehenden sieben Tage ansteigt. Ein Krankenhaus darf als Grundwert regelmäßig den letzten gemessenen Wert vor der Entlassung aus der stationären Behandlung annehmen. Wurde in den sieben Tagen vor der stationären Aufnahme das Serumkreatinin nicht gemessen, genügt es für die Kodierung eines „akuten“ Nierenversagens, dass der Anstieg des Serumkreatinins in diesem Zeitraum plausibel erscheint - etwa, weil sich der Gesundheitszustand des Patienten akut verschlechtert hat.

Das **SG** verurteilte die Bekl., der Kl. 2.497,65 €zzgl. Zinsen zu zahlen.

j) Kodierung einer Shuntvene

LSG Hamburg, Urteil v. 26.08.2020 - L 1 KR 113/19

RID 21-01-144

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

Parallelverfahren zu LSG Hamburg, Urt. v. 26.08.2020 - L 1 KR 97/19 - RID 20-04-116:

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.

SG Hamburg, Urt. v. 19.07.2019 - S 6 KR 1786/15 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

Parallelverfahren:

LSG Hamburg, Urteil v. 26.08.2020 - L 1 KR 141/18

RID 21-01-145

www.sozialgerichtsbarkeit.de

k) Dialyseshunt: Stellungnahme des DIMDI

SG Hamburg, Urteil v. 10.12.2019 - S 50 KR 2539/16

RID 21-01-146

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

Dafür, dass bezüglich der durchgeführten Behandlung der OPS-Kode 5-397.x:L (Andere plastische Rekonstruktion von Blutgefäßen: Sonstige) zu kodieren war, spricht insb. die **Stellungnahme des DIMDI** vom 12.04.2018. Darin heißt es, dass bei „**ausgereiften Shuntgefäßen**“ [] für die Codes 5-380 bis 5-383, 5-386, 5-388, 5-389 und 5-395 bis 5-397 die Lokalisationsangabe.x (sonstige Blutgefäße) zu verwenden sei. Auch wenn es sich bei dieser Stellungnahme nicht um eine bindende Klarstellung gemäß § 301 II 4 SGB V und § 295 I 6 SGB V handelt, liegt somit doch ein starkes Indiz für die Verwendung des Codes OPS 5-397.x:L vor, da dem DIMDI nach den gesetzlichen Vorgaben und der Rechtsprechung die Aufgabe zukommt, die Codes des OPS-Kataloges zu konkretisieren.

Das **SG** verurteilte die Bekl., an die Kl. 1.128,90 €nebst Zinsen zu zahlen.

l) Unwirtschaftlichkeit der Versorgung mit einer CAD/CAM-Prothese

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 26.08.2020 - L 9 KR 539/17

RID 21-01-147

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

Leitsatz: Eine individuelle **endoprothetische Versorgung** ist nicht bereits deshalb **wirtschaftlich** i.S. des § 12 SGB V, weil sie gemäß § 137c SGB V in der stationären Behandlung erbracht werden darf.

SG Berlin, Gerichtsbb. v. 17.11.2017 - S 166 KR 2661/15 - verurteilte die Bekl., an die Kl. den Differenzbetrag in Höhe von 2.806,09 €nebst Zinsen zu zahlen, das **LSG** wies die Klage ab.

m) Zusatzentgelte-Katalog: Gabe der Blutgerinnungsfaktoren

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 07.03.2019 - L 5 KR 875/18

RID 21-01-148

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 für die Vergütung von Krankenhausbehandlungen geltenden **Abrechnungsbestimmungen** einschließlich der Regelungen über **Zusatzentgelte** sind wegen ihrer Funktion im Gefüge der Ermittlung des Vergütungstatbestandes innerhalb des vorgegebenen Vergütungssystems (des Krankenhausvergütungsrechts, s. BSG, Urt. v. 17.11.2015 - B 1 KR 41/14 R - SozR 4-2500 § 109 Nr. 51) eng am Wortlaut orientiert und allenfalls ergänzend nach ihrem systematischen Zusammenhang **auszulegen**; Bewertungen und Bewertungsrelationen bleiben außer Betracht.

Aus ZE2014-98 mit der Fußnote 8 in Anlage 4 des Zusatzentgelte-Katalogs 2014 folgt, dass die tatsächlich für die Gabe der Blutgerinnungsfaktoren aufgewendeten Kosten zu addieren sind. Denn die Wortwahl impliziert, dass es je nach Einzelfall verschieden hohe Werte sein können.

SG Dortmund, Urt. v. 31.10.2018 - S 8 KR 1753/15 - verurteilte die Bekl. zur Zahlung von 14.096,32 €nebst Zinsen. Das **LSG** wies die Berufung, **BSG**, Beschl. v. 27.10.2020 - B 1 KR 35/19 B - juris die Nichtzulassungsbeschwerde zurück.

7. Aufwandspauschale

a) Vertragswidrige Aufrechnung von Aufwandspauschalen durch Krankenkasse

SG Hamburg, Gerichtsbescheid v. 23.11.2020 - S 21 KR 1590/19

RID 21-01-149

juris

SGB V §§ 109 IV 3, 112 II 1 Nr. 1, 275 Ic; BGB § 242; KHG § 17c II

Leitsatz: 1. Das **Aufrechnungsverbot** im Hamburger Landesvertrag nach § 112 SGB V verstößt zumindest bei sachlich-rechnerischen Überprüfungen von Krankenhausabrechnungen nicht gegen die PrüfvV 2015 und ist daher wirksam.

2. Haben Krankenkassen **Aufwandspauschalen**, die sie nach der Rechtsprechung des BSG im Anschluss an eine sachlich-rechnerische Überprüfung ohne Rechtsgrund gezahlt haben, vertragswidrig

aufgerechnet, können sie sich bei Zahlungsklagen der Krankenhäuser nicht auf den Dolo-agit-Einwand berufen.

Das *SG* verurteilte die Bekl., an die Kl. 300 € nebst Zinsen zu zahlen.

b) Prüfauftrag zur Abrechnungsminderung vor Rechnungsstellung

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 11.12.2020 - L 4 KR 985/19

RID 21-01-150

Revision zugelassen

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 275 I c 3

Leitsatz: 1. In erweiternder Auslegung des § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V i.V.m. § 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V (in der bis 31. Dezember 2017 geltenden Fassung) liegt eine Prüfung, die nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrags führt und daher eine **Aufwandspauschale** auslöst, auch dann vor, wenn die Krankenkasse bei einem bereits abgeschlossenen (in der Vergangenheit liegenden) stationären Aufenthalt, ohne die **Rechnungsstellung** des Krankenhauses abzuwarten, bereits aufgrund der mitgeteilten Daten gemäß § 301 SGB V und dem hiernach zu erwarteten Abrechnungsbetrag ohne sachlichen Grund einen **Prüfauftrag** erteilt, um der späteren Abrechnung (möglicherweise) eine Minderung wegen Unwirtschaftlichkeit entgegenhalten zu können.

2. Ist **Rechtshängigkeit** (§ 94 SGG) eingetreten, beginnt der **Lauf des Zinsanspruchs** in entsprechender Anwendung von § 187 Abs. 1 BGB mit dem folgenden Tag (vgl. BSG, Urt. v. 16.07.2020 - B 1 KR 15/19 R - juris).

Nach einer Überprüfung der Rechnung für den stationären Krankenhausaufenthalt vom 24.09. bis 28.09.2013 beglich die Beklagte die Rechnung im Dezember 2013. Am 04.12.2017 stellte die Kl. der Bekl. eine Aufwandspauschale in Höhe von 300 € in Rechnung. Die Zahlung lehnte die Beklagte ab. *SG Reutlingen*, Urt. v. 13.02.2019 - S 1 KR 3118/17 - RID 19-02-121 verurteilte die Bekl., an die Kl. 300 € nebst Zinsen zu zahlen, das *LSG* wies die Berufung zurück.

VIII. Beziehungen zu Leistungserbringern und Arzneimittelherstellern

Nach BSG, Urt. v. 17.12.2020 - **B 1 KR 21/20 R** - ist für eine Kodierung der Prozedur nach OPS (2011) 8-550 (**geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung**) regelmäßig ein **Alter von 70 Jahren, zumindest aber ein Alter von 60 Jahren in Verbindung mit plausibilisierenden Angaben erforderlich** (Festhalten an BSG, Urt. v. 23.06.2015 - B 1 KR 21/14 R - SozR 4-2500 § 109 Nr. 46). Mangels klarer definitorischer Vorgaben kann eine „Altersbehandlung“ nur Personen betreffen, die in einem gesamtgesellschaftlichen Konsens als „alt“ angesehen werden können. Unter der Mindestgrenze von 60 Jahren ist davon nicht auszugehen. Einwendungen und Einreden gegen den Erstattungsanspruch greifen nicht durch. Der Forderung stand nicht der Einwand unzulässiger Rechtsausübung entgegen. Weder der bloße Zeitablauf noch die vorbehaltlose Zahlung der Vergütung der DRG (2011) K44Z stellen ein die **Verwirkung** begründendes Verhalten dar. Krankenkassen haben grundsätzlich Anspruch auf Erstattung innerhalb der Verjährungsfrist vorbehaltlos, aber zu Unrecht gezahlter Vergütungen. Ein Vertrauen der Beklagten in die Kodierung des OPS 8-550 (geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung) auch bei Unter-60-Jährigen konnte sich auch nicht ausnahmsweise bilden. Es gab weder eine langjährige gemeinsame Praxis von Krankenhäusern und Krankenkassen zur Kodierung und Anerkennung des OPS (2011) 8-550 auch bei Unter-60-Jährigen. Noch war eine solche Praxis durch höchstrichterliche Rechtsprechung gebilligt worden. Die Entscheidung des BSG v. 23.6.2015 war die erste Entscheidung, die zu den Voraussetzungen einer geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung ergangen ist. Zudem enthielten bereits die ersten Auslegungshinweise des Kompetenz-Centrums Geriatrie des MDK zur Auslegung des Begriffs „geriatrisch“ im OPS 8-550 eine Altersuntergrenze von 60 Jahren. Dies zeigt, dass die Frage nach einem Mindestalter zur Kodierung der OPS 8-550 frühzeitig adressiert und aufgeworfen war. Nach BSG, Urt. v. 17.12.2020 - **B 1 KR 13/20 R** - enthält die DKR 10011 keine Regelung dahingehend, dass **Spontanatmungsstunden** nur im Rahmen erfolgreicher Entwöhnungen berücksichtigungsfähig seien (vgl. BSG v. 17.12.2019 - B 1 KR 19/19 R - SozR 4-5562 § 9 Nr. 15). Die von der Kl. kodierte DRG A13G setzt mehr als 95 Beatmungsstunden voraus. Ob die Klägerin zusätzlich zu den 76 Stunden reiner Beatmungszeit die Spontanatmungsstunden während der Unterbrechungen der Beatmung kodieren durfte, hängt davon ab, ob diese **in eine Periode der Entwöhnung fielen**. Dies kann der Senat auf Grundlage der Feststellungen des LSG nicht entscheiden. Die Kodierung von Spontanatmungsstunden als Beatmungsstunden nach DKR 10011 setzt voraus, dass der Versicherte vom Beatmungsgerät durch den Einsatz einer Methode der Entwöhnung entwöhnt wurde, weil zuvor eine Gewöhnung an die maschinelle Beatmung eingetreten ist (vgl. BSG, Urt. v. 19.12.2017 - B 1 KR 18/17 R - SozR 4-5562 § 9 Nr. 8). Daran hält der Senat fest. Der Senat hat die „Gewöhnung“ im Sinne der DKR 10011 in seinem Urteil vom 19.12.2017 definiert als: „die erhebliche Einschränkung oder den Verlust der Fähigkeit, über einen längeren Zeitraum vollständig und ohne maschinelle Unterstützung spontan atmen zu können“. Eine „Gewöhnung“ an das Beatmungsgerät ist daher nicht an weitere, darüber hinausgehende Voraussetzungen geknüpft. Die „Gewöhnung“ kann insbesondere darauf beruhen, dass nach dem Beginn der maschinellen Beatmung die Unfähigkeit zur Spontanatmung (im Sinne der Definition) bereits aufgrund der behandelten Erkrankung oder erst durch eine Schwächung der Atemmuskulatur infolge der maschinellen Beatmung oder durch ein Zusammenwirken mehrerer Faktoren eintritt.

1. Pharmazeutische Unternehmen

a) Rabattabschlag auf das Medikament

LSG Bayern, Beschluss v. 01.12.2020 - L 20 KR 251/20 B ER

RID 21-01-151

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 130a

Leitsatz: 1. Die Vorschriften des erweiterten Preismoratoriums nach § 130a Abs. 3a Sätze 4, 5 und 11 SGB V enthalten keine Befugnis für den GKV-Spitzenverband, einen **Arzneimittelrabatt** mittels **Verwaltungsakts** festzustellen.

2. Der Wechsel des **Anwendungsgebiets** bei einem im Übrigen wirkstoffgleichen und in der Darreichungsform vergleichbaren Arzneimittel rechtfertigt die Nichtanwendung des erweiterten Preismoratoriums nicht.

3. Ein **Mitvertrieb** durch einen anderen pharmazeutischen Unternehmer im Sinne des § 130a Abs. 3a Satz 5 SGB V liegt auch dann vor, wenn ein Exklusivvertriebsrecht mit dem Hersteller vereinbart ist.

4. Dem pharmazeutischen Unternehmer ist im Verfahren des einstweiligen Rechtsschutzes jedenfalls dann die Berufung auf **wirtschaftliche Belange** im Rahmen des Anordnungsgrunds verwehrt, wenn weder ein Antrag beim Bundesministerium für Gesundheit auf eine Ausnahme von der Rabattpflicht gestellt worden ist noch aussagekräftige Unterlagen zur Preiskalkulation vorgelegt werden.

Die Beteiligten streiten im Wege des einstweiligen Rechtsschutzes über einen Rabattabschlag auf das Medikament elmiron(r) (Wirkstoff: Pentosanpolysulfat-Natrium). *SG Bayreuth*, Beschl. v. 12.05.2020 - S 15 KR 1017/20 ER - stellte fest, dass die Klage aufschiebende Wirkung hat, das *LSG* lehnte den Antrag auf Gewährung einstweiligen Rechtsschutzes ab.

b) Generikaabschlag

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 02.09.2020 - L 9 KR 563/16

RID 21-01-152

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 3 KR 62/20 B

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 130a IIIb; AMG §§ 4 XVIII, 9 52a, 78 III

Leitsatz: 1. § 4 Abs. 18 AMG geht davon aus, dass es für dasselbe Arzneimittel mehrere **pharmazeutische Unternehmer** geben kann.

2. Wer Arzneimittel aufgrund eines (Lizenz-)Vertrags **unter eigenem Namen vertreibt**, kraft zentraler gemeinschaftsrechtlicher Zulassung auch als „örtlicher Vertreter“ zu gelten hat, kann zugleich pharmazeutischer Unternehmer sein.

3. Es entspricht Sinn und Zweck der **Rabattregelung** des § 130a Abs. 3b SGB V, dass pharmazeutische Unternehmer, die auch **örtliche Vertreter** sind, den Rabatt schulden und nicht die Inhaber der gemeinschaftsrechtlichen Zulassung.

4. Es besteht, wenn Unternehmen unter Berufung auf ihr **Vertriebsmodell** als nur örtliche Vertreter eine Rabattpflicht ausschließen könnten, die Gefahr einer unerwünschten Rabattsituation zugunsten von Apotheken, wie sie § 130a Abs. 3b SGB V gerade verhindern will.

SG Berlin, Ur. v. 18.06.2013 - S 81 KR 1980/10 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufungen zurück.

2. Apotheken

a) Bindung an allgemeine Abgabevorschriften

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 22.10.2020 - L 16 KR 458/18

RID 21-01-153

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 129

Einem Vergütungsanspruch steht entgegen, wenn der Apotheker gegen die für die Abgabe von Arzneimitteln allgemein geltenden **Vorschriften verstößt**. Apotheker müssen ihr spezifisches **Berufsrecht**, insb. auch die Regelungen des AMG beachten.

Aus § 12 I Nr. 1 b) BtMVV folgt ein **Abgabeverbot**, ohne dass diese Regelung danach differenziert, ob für den Abgebenden die unzureichende Verordnung erkennbar ist oder nicht. Im Fall wiederholter Abgabe von Dronabinol besteht eine erhöhte Sorgfaltspflicht.

Nach § 17 V 2, 3 ApBetrO a.F. darf das Arzneimittel vor der Beseitigung der **Unklarheit** nicht abgegeben werden, wenn eine Verschreibung einen für den Abgebenden erkennbaren Irrtum enthält, sie nicht lesbar ist oder sich sonstige Bedenken ergeben.

Der Verstoß gegen die Abgabeverbote bewirkt das vollständige Entfallen des **Vergütungsanspruchs**.

SG Köln, UrT. v. 16.05.2018 - S 42 KR 1264/16 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

b) Krankenhausapotheke: Rückerstattung der Umsatzsteuer

SG Duisburg, Urteil v. 14.12.2020 - S 60 KR 1889/19 WA

RID 21-01-154

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 129a

Ist in einer Arzneimittelpreisvereinbarung ausdrücklich geregelt, dass der Ansatz der **Umsatzsteuer** entfällt, soweit Umsatzsteuerpflicht nicht besteht, dann ist jedenfalls nach einer gegenüber der Finanzverwaltung erwirkten Korrektur der Umsatzsteuer die Pflicht der Krankenhausapotheke zum Ansatz der Umsatzsteuer entfallen, sodass eine Krankenkasse die Umsatzsteuer **ohne Rechtsgrund** leistet.

Die Beteiligten streiten über die Rückerstattung der von der Kl., einer gesetzlichen Krankenkasse, an die Bekl., die ein Universitätsklinikum mit angeschlossener Krankenhausapotheke betreibt, für individuell hergestellte Arzneimittel in den Jahren 2009 bis 2017 gezahlten Umsatzsteuer. Das *SG* verurteilte die Bekl., der Kl. 614.310,60 € zzgl. Zinsen zu zahlen.

3. Hörgeräteakustiker: Zugang der Versorgungsanzeige unerheblich

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 04.07.2019 - L 16 KR 541/18

RID 21-01-155

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 3 KR 8/20 R

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 33, 126 I, 127

Auch wenn die **Versorgungsanzeige** der Krankenkasse entgegen der vertraglichen Regelung des Versorgungsvertrages nach § 127 SGB V nicht vor der Versorgung **zugegangen** ist, besteht ein Vergütungsanspruch des Hörgeräteakustikers für die Versorgung von Versicherten mit Hörgeräten.

SG Düsseldorf, UrT. v. 15.05.2018 - S 11 KR 1045/14 - verurteilte die Bekl., an die Kl. einen Betrag in Höhe von 1.594 € nebst Zinsen zu zahlen, das *LSG* wies die Berufung zurück.

4. Häusliche Krankenpflege

a) Fälligkeit einer Forderung nach beklagtem Schiedsspruch

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 16.10.2020 - L 4 KR 438/20

RID 21-01-156

Revision anhängig: B 3 KR 18/20 R

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 132a

Leitsatz: 1. Zur Durchsetzung eines Anspruchs aufgrund eines **Schiedsspruchs** nach § 132a Abs. 2 Satz 6 SGB V (in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung; seither: § 132a Abs. 4 Satz 9 SGB V) steht dem Gläubiger allein die allgemeine **Leistungsklage** nach § 54 Abs. 5 SGG zu.

2. Solange der Schiedsspruch noch nicht fertiggestellt ist oder während eines sich daran anschließenden gerichtlichen (**Ersetzungs- bzw. Feststellungs-)**Verfahrens kann eine betroffene **Forderung** weder außergerichtlich noch gerichtlich geltend gemacht werden.

3. Die gerichtliche Überprüfung des Schiedsspruchs hat zur Folge, dass die **Fälligkeit** der betroffenen Forderung erst mit Rechtskraft der gerichtlichen Entscheidung beginnt (BGH, Urteil vom 04. Juli 2013 - III ZR 52/12). Diese in der zivilgerichtlichen Judikatur entwickelten und von der verwaltungsrechtlichen Rechtsprechung (VGH Baden-Württemberg, Beschluss vom 11. Februar 2016 - 5 S 1098/15) übernommenen Grundsätze sind auf Schiedssprüche nach § 132a Abs. 2 Satz 6 SGB V (in

der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung; seither: § 132a Abs. 4 Satz 9 SGB V) vollumfänglich übertragbar.

SG Stuttgart, Urt. v. 18.12.2019 - S 3 KR 4366/16 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

b) Lauf einer vertraglich vereinbarten Verjährungsfrist

SG Neuruppin, Gerichtsbescheid v. 14.01.2021 - S 20 KR 483/18

RID 21-01-157

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 132a

Die insoweit maßgebliche regelmäßige **Verjährungsfrist beginnt** gem. § 199 I BGB, soweit nicht ein anderer Verjährungsbeginn bestimmt ist, mit dem Schluss des Jahres, in dem 1. der Anspruch entstanden ist und 2. der Gläubiger von den den Anspruch begründenden Umständen und der Person des Schuldners Kenntnis erlangt oder ohne grobe Fahrlässigkeit erlangen müsste.

Das *SG* wies die Klage ab.

5. Entgelte für private Krankentransporte (Schleswig-Holstein)

LSG Schleswig-Holstein, Urteil v. 17.10.2019 - L 5 KR 112/16

RID 21-01-158

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 3 KR 13/20 R
juris
SGB V § 133

Als **Prüfungsmaßstab** der Gerichte sind allein die 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.

Eine Verletzung von Art. 12 I und Art. 3 I GG lässt sich nach einer Bewertung der **in Schleswig-Holstein gezahlten Entgelte** an private Krankentransportunternehmen nicht feststellen.

SG Lübeck, Urt. v. 10.05.2016 verpflichtete die Bekl., dem Kl. für die Einsätze des Krankentransportwagens ein Entgelt von 63,00 € zzgl. 1,95 € ab dem 7. Beförderungskilometer zu zahlen. Ab 01.01.2015 erhöht sich dieser Satz auf 64,60 € zzgl. 2,00 € ab dem 7. Besetzkilometer und ab 01.01.2016 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 im Berufungsverfahren beigetretenen Kl. zu 2) ab.

IX. Angelegenheiten der Krankenkassen

Nach BSG, Urt. v. 20.01.2021 - B 1 KR 7/20 R u. B 1 KR 15/20 R - besteht kein Anspruch eines Versicherten, mit einem **anderen Berechtigungsnachweis als der elektronischen Gesundheitskarte (eGK)** ausgestattet zu werden. Die gesetzlichen Regelungen zur eGK stehen mit den Vorgaben der **Datenschutzgrundverordnung** in Einklang und verletzen die Kl. weder in ihrem Grundrecht auf informationelle Selbstbestimmung noch in ihren Grundrechten nach der Europäischen Grundrechtecharta. Ob die Datenschutzgrundverordnung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung unmittelbar Anwendung findet oder lediglich über die Auffangregelung des § 35 II 2 SGB I, kann insofern dahingestellt bleiben. Ebenfalls dahingestellt bleiben kann, ob vorliegend die Grundrechte des Grundgesetzes oder diejenigen der Europäischen Grundrechtecharta Anwendung finden. Denn der Grundrechtseingriff, der in der Obliegenheit zur Nutzung der eGK liegt, ist nach beiden Maßstäben gerechtfertigt. Der Gesetzgeber will mit der eGK, soweit es um die Pflichtangaben geht, den Missbrauch von Sozialleistungen bei der Inanspruchnahme vertragsärztlicher Leistungen verhindern und die Abrechnung mit den Leistungserbringern erleichtern. Die Verarbeitung der personenbezogenen Daten der Versicherten ist dabei auf das für die Erreichung dieser legitimen Zwecke zwingend erforderliche Maß beschränkt. Mit den durch das Patientendaten-Schutz-Gesetz neu gefassten Regelungen des SGB V zur eGK und zur Telematikinfrastruktur hat der Gesetzgeber ausreichende **Vorkehrungen zur Gewährleistung einer angemessenen Datensicherheit** getroffen. Dabei ist er auch seiner **Beobachtungs- und Nachbesserungspflicht** nachgekommen, indem er unter anderem auf die in der Praxis zu Tage getretenen datenschutzrechtlichen Defizite und Sicherheitsmängel reagiert und entsprechende Gegenmaßnahmen ergriffen hat. Die Einhaltung der datenschutzrechtlichen Vorgaben im Zusammenhang mit der eGK und der Telematikinfrastruktur ist durch die zuständigen Aufsichtsbehörden zu überwachen. Die Versicherten können im Rahmen der speziellen datenschutzrechtlichen Rechtsbehelfe eine Verletzung ihrer Rechte gerichtlich überprüfen lassen. Die gesetzliche Obliegenheit zur Nutzung der eGK und deren Verfassungsmäßigkeit werden hierdurch nicht tangiert. Dafür, dass die Beklagte selbst die gesetzlichen Grundlagen verlassen hat, bestehen keine Anhaltspunkte.

1. BVerfG: Einführung der elektronischen Patientenakte

BVerfG, 1. Sen. 2. Ka., Beschluss v. 04.01.2021 - 1 BvR 619/20

RID 21-01-159

juris
SGB V § 341 I 2

Im Hinblick auf die Vorschriften, mit denen die Einführung der elektronischen Patientenakte geregelt wird, ist der Bf. nicht unmittelbar und gegenwärtig in **eigenen Rechten** betroffen. Denn die Nutzung der elektronischen Patientenakte ist gemäß § 341 I 2 SGB V **freiwillig**. Damit hat der Bf. es selbst in der Hand, die geltend gemachte Verletzung in seinem Recht auf informationelle Selbstbestimmung abzuwenden, indem er seine Einwilligung zur Nutzung der elektronischen Patientenakte nicht erteilt. Eine von der individuellen Beschwer losgelöste **objektivrechtliche Prüfung** der angegriffenen Vorschriften insb. am Maßstab der fachrechtlich einschlägigen Vorgaben der Datenschutz-Grundverordnung kann die zuständige Behörde im Rahmen der datenschutzrechtlichen Aufsicht vornehmen.

Der Bf. wendet sich gegen Vorschriften des SGB V im Zusammenhang mit der elektronischen Patientenakte, gegen § 68b II u. III SGB V, der den gesetzlichen Krankenkassen gegenüber ihren Versicherten gezielte Informationen über und Angebote zu Versorgungsinnovationen ermöglicht, und gegen § 299 I 5 Nr. 2 SGB V, der unter bestimmten Voraussetzungen erlaubt, ohne Pseudonymisierung Datenverarbeitungen zur Qualitätssicherung durchzuführen. Das **BVerfG** nahm die Verfassungsbeschwerde nicht zur Entscheidung an.

2. Elektronische Gesundheitskarte ohne Lichtbild

LSG Hamburg, Urteil v. 24.09.2020 - L 1 KR 13/20

RID 21-01-160

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 86/20 B
www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 15 VI 5, 291 II 5

§ 291 II 5 SGB V gibt einem Versicherten kein Wahlrecht, ob er eine **elektronische Gesundheitskarte** mit oder ohne **Lichtbild** zur Verfügung gestellt bekommen möchte. Ist einem Versicherten eine elektronische Gesundheitskarte mit Lichtbild ausgestellt worden, so hält der zu überbrückende **Übergangszustand** nach § 15 VI 5 SGB V nicht mehr an.

SG Hamburg, Gerichtsbb. v. 24.01.2020 - S 21 KR 973/19 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

X. Verfahrensrecht

1. Streitwertbeschwerde nach Verfahrenstrennung

LSG Sachsen-Anhalt, Beschluss v. 28.09.2020 - L 6 KR 81/20 B

RID 21-01-161

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
GKG §§ 21 I 1, 68 I 1

Leitsatz: Eine **Streitwertbeschwerde** ist **nicht statthaft**, wenn sie darauf gerichtet ist, den Kostenansatz auf den Stand eines Verfahrens vor einem rechtskräftigen **Trennungsbeschluss** zu beschränken.

Beim SG war ein Verfahren zur Rückforderung von Zahlungen in Höhe von 34.722,67 € anhängig, die die Kl. auf Umsatzsteueranteile für Zytostatika von Krankenhausapotheken erbracht hatte. Mit Beschl. v. 14.11.2019 hat es das Verfahren in gut 750 Verfahren getrennt, wovon eines das hier betroffene Hauptsacheverfahren ist. Die Kl. hat das Verfahren auf der Grundlage eines außergerichtlichen Vergleichs für erledigt erklärt. *SG Halle*, Beschl. v. 27.05.2020 - S 56 KR 6314/19 - erlegte der Kl. die Kosten des Verfahrens auf und setzte den bezifferten Streitwert der Zahlungsforderung der abgetrennten Klage fest. Das **LSG** verwarf die Beschwerde.

XI. Bundessozialgericht (BSG)

1. Genehmigungsfiktion: Kein eigenständig durchsetzbarer Sachleistungsanspruch

BSG, Urteil v. 18.06.2020 - B 3 KR 14/18 R

RID 21-01-162

BSGE = SozR 4-2500 § 13 Nr. 52

Leitsatz: Die leistungsrechtliche **Genehmigungsfiktion** nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch begründet keinen eigenständig durchsetzbaren **Sachleistungsanspruch** (Klarstellung zu BSG vom 15.3.2018 - B 3 KR 18/17 R = BSGE 125, 189 = SozR 4-2500 § 13 Nr. 41).

Parallelverfahren:

BSG, Urteil v. 18.06.2020 - B 3 KR 13/19 R

RID 21-01-163

juris

BSG, Urteil v. 18.06.2020 - B 3 KR 6/19 R

RID 21-01-164

juris

2. Krankenhausvergütung/Aufklärung: Allogene Stammzelltherapie im Off-Label-Use

BSG, Urteil v. 19.03.2020 - B 1 KR 20/19 R

RID 21-01-165

BSGE = SozR 4-2500 § 12 Nr. 18 = PaPfleReQ 2020, 57 = GesR 2020, 327 = KrV 2020, 104 = Die Leistungen Beilage

2020, 202 = NZS 2020, 590 = KRS 2020, 269 = NJW 2020, 2659 = MedR 2020, 941

Leitsatz: 1. Das **Wirtschaftlichkeitsgebot** in der gesetzlichen Krankenversicherung und damit der Anspruch auf Vergütung ärztlicher Leistungen erfordern, dass der **Versicherte** die Entscheidung für die Inanspruchnahme der Leistung selbstbestimmt unter Abwägung von Chancen und Risiken der Behandlung und der Spanne denkbarer Entscheidungen auf der Grundlage von ausreichenden Informationen trifft, die ihm eine ordnungsgemäße Aufklärung vermittelt hat.

2. Von einer ordnungsgemäßen **Aufklärung** kann bei objektiv medizinisch erforderlichen Behandlungen im Sinn einer widerlegbaren Vermutung regelmäßig ausgegangen werden, es sei denn, dass mit einer solchen Behandlung ein hohes Risiko schwerwiegender Schäden, insbesondere ein hohes Mortalitätsrisiko, verbunden ist.

C. ENTSCHEIDUNGEN ANDERER GERICHTE

I. Ärztliches Berufsrecht

1. Widerruf/Ruhen/Wiedererteilung der Approbation/Berufserlaubnis

a) BVerwG: Ruhen vor Abschluss des Strafverfahrens/Drohende Gefahr

BVerwG, Urteil v. 10.09.2020 - 3 C 13/19

RID 21-01-166

juris

BÄO § 6 I Nr. 1; GG Art. 12 I

Leitsatz: Das **Ruhen der Approbation** eines Arztes darf nur angeordnet werden, wenn dies zur Abwehr einer konkreten, bereits vor dem rechtskräftigen Abschluss des Strafverfahrens **drohenden Gefahr** für ein wichtiges Gemeinschaftsgut erforderlich und verhältnismäßig ist.

Der 1958 geb. Kl. betreibt als niedergelassener Facharzt für Allgemeinmedizin mit zwei weiteren Ärzten eine Gemeinschaftspraxis. Aufgrund der Strafanzeige eines Landesverbands von Betriebskrankenkassen leitete die Staatsanwaltschaft ein Ermittlungsverfahren gegen ihn und weitere Beschuldigte ein und klagte den Kl. im Jahr 2015 u.a. wegen Beihilfe zum Betrug an. Ihm wurde insb. zur Last gelegt, im Zeitraum von 2008 bis 2014 in rund 550 Fällen unrichtige Gesundheitszeugnisse ausgestellt und damit den Erhalt unberechtigter Leistungen von Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung im Umfang von mehr als 800.000 € gefördert zu haben. Im September 2016 ordnete die Bezirksregierung Köln das Ruhen seiner Approbation als Arzt an. **VG Köln**, Urt. v. 14.03.2017 - 7 K 9042/16 - wies die Klage ab, **OVG Nordrhein-Westfalen**, Urt. v. 04.06.2019 - 13 A 897/17 - juris = GesR 2019, 537 hob den Ruhensbescheid auf. Zuvor war der Kl. durch **LG Köln**, Urt. v. 08.02.2019 wegen Beihilfe zum Betrug in 30 Fällen zu einer Gesamtfreiheitsstrafe von drei Jahren und neun Monaten sowie wegen Beihilfe zum versuchten Betrug in zwei Fällen zu einer Gesamtfreiheitsstrafe von einem Jahr und vier Monaten verurteilt worden. Das **BVerwG** wies die Revision des Bekl. zurück.

b) Widerruf der Approbation

aa) Sexueller Missbrauch unter Ausnutzung eines Behandlungsverhältnisses

VG Berlin, Urteil v. 16.11.2020 - 17 K 5/20

RID 21-01-167

juris

BÄO §§ 3 I 1 Nr. 2, 5 II 1

Die **Unwürdigkeit** eines Facharztes für Frauenheilkunde und Geburtshilfe ergibt sich bereits aus der strafrechtlichen **Verurteilung** wegen **sexuellen Missbrauchs** unter Ausnutzung eines Behandlungsverhältnisses.

bb) Missbräuchliches Verordnen von Benzodiazepinen/Wiedererlangung der Berufswürdigkeit

OVG Niedersachsen, Beschluss v. 15.12.2020 - 8 LA 80/20

RID 21-01-168

juris

BÄO §§ 3 I 1 Nr. 2, 5 II 1; StPO §§ 153, 153a; VwGO § 124

Leitsatz: Im Rahmen des Approbationswiderrufs (§§ 5 Abs. 2 Satz 1, 3 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 Alt. 1 BÄO) ist die **Wiedererlangung der Würdigkeit** während des Verfahrens aufgrund einer **Gesamtbetrachtung** zu beurteilen, bei der die seit den maßgeblichen Verfehlungen verstrichene Zeit nicht nur schematisch berücksichtigt werden darf.

VG Oldenburg, Urt. v. 23.06.2020 - 7 A 461/19 - RID 20-03-170 wies die Klage gegen den Widerruf der ärztlichen Approbation ab, das **OVG** lehnte den Antrag auf Zulassung der Berufung ab.

c) Widerruf vorübergehender Ausübungserlaubnis: Verdacht einer gesundheitlichen Ungeeignetheit

OVG Bremen, Beschluss v. 08.01.2021 - 2 PA 270/20

RID 21-01-169

juris
BÄO §§ 3, 5, 6, 10

Leitsatz: 1. Eine nach § 10 Abs. 3 BÄO über den Zeitraum von 2 Jahren hinaus verlängerte Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des ärztlichen Berufs kann nur unter den Voraussetzungen des § 5 Abs. 2 BÄO widerrufen werden.

2. Eine für die Dauer von bis zu 2 Jahren erteilte Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des ärztlichen Berufs kann nach § 10 Abs. 2 Satz 2 BÄO i.V.m. § 49 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 VwVfG widerrufen werden, wenn dies dem Zweck der Widerrufsermächtigung entspricht, ein sachlicher Grund vorliegt und das Widerrufsermessen rechtsfehlerfrei ausgeübt wird.

3. Die gesundheitliche Ungeeignetheit eines Arztes oder einer Ärztin im Sinne des § 3 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 BÄO wird sich in der Regel nur anhand eines amts- oder fachärztlichen Gutachtens zweifelsfrei feststellen lassen.

4. Der Widerruf einer Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des ärztlichen Berufs ist ein schwerwiegender Eingriff in die Berufsausübungsfreiheit. Soll er auf den noch nicht abschließend geklärten Verdacht einer gesundheitlichen Ungeeignetheit gestützt werden, muss eine nicht anders abwendbare Patientengefährdung vorliegen, die sich schon während des für eine Sachverhaltsaufklärung nötigen Zeitraums zu verwirklichen droht.

2. Strafrecht

a) BGH/Selektiver Fetozyd: Beginn der Geburt bei einer Mehrlingsgeburt

BGH, Beschluss v. 11.11.2020 - 5 StR 256/20

RID 21-01-170

juris
StGB §§ 211 ff.

Leitsatz: Bei einer operativen Entbindung (Kaiserschnitt, sectio caesarea) beginnt die Geburt und damit der Anwendungsbereich der §§ 211 ff. StGB regelmäßig mit der Eröffnung des Uterus zum Zweck der dauerhaften Trennung des Kindes vom Mutterleib; dies gilt auch bei einer Mehrlingsgeburt.

Das *LG Berlin* hat die beiden Angeklagten, erfahrene Geburtshelferinnen, wegen Totschlags (in minder schwerem Fall) zu Freiheitsstrafen von einem Jahr und sechs Monaten bzw. einem Jahr und neun Monaten verurteilt und die Vollstreckung zur Bewährung ausgesetzt.

Nach den Feststellungen des Landgerichts war eine Frau mit Zwillingen schwanger. Während der Schwangerschaft entwickelten sich Komplikationen. In deren Folge erlitt ein Zwilling schwere Hirnschäden, während sich der andere überwiegend normal entwickelte. Nach Beratung wurde die Indikation für einen Schwangerschaftsabbruch bezüglich des geschädigten Zwilling nach § 218a Abs. 2 StGB gestellt. Ein solcher Abbruch kann bei entsprechender Indikation straffrei bis zur Geburt vorgenommen werden. Dieser spezielle Eingriff (selektiver Fetozyd) ist aber mit Risiken für den anderen Zwilling verbunden. Er wurde zur Tatzeit 2010 nur von sehr wenigen spezialisierten Kliniken mittels einer besonderen Methode durchgeführt. Die Mutter wollte den Abbruch vornehmen lassen, fühlte sich in der von ihr aufgesuchten Spezialklinik aber nicht gut betreut. Sie wandte sich schließlich an die Angeklagte. Diese war als leitende Oberärztin in einer von dem Mitangeklagten geleiteten Klinik für Geburtsmedizin tätig. Das zu dieser Zeit gebräuchliche Verfahren zum selektiven Abbruch einer Zwillingsschwangerschaft wurde dort nicht angewendet. Stattdessen entwickelte die Angeklagte in Einvernehmen mit dem Mitangeklagten und der Mutter den Plan, mittels Kaiserschnitt zunächst das gesunde Kind zu entbinden und im unmittelbaren Anschluss daran den schwer geschädigten Zwilling zu töten. Nachdem sich bei der Mutter Wehen eingestellt hatten, gingen beide Angeklagte wie geplant vor und töteten nach Entbindung des gesunden Zwilling den lebensfähigen, aber schwer hirngeschädigten verbleibenden Zwilling durch Injektion einer Kaliumchlorid-Lösung. Dabei war ihnen bewusst, dass sie sich über geltendes Recht hinwegsetzen und einen Menschen töten würden. Erst mehrere Jahre später wurde die Staatsanwaltschaft durch eine anonyme Anzeige auf das Geschehen aufmerksam.

Der in Leipzig ansässige 5. Strafsenat des Bundesgerichtshofs hat die Revisionen der Angeklagten überwiegend verworfen. Insbesondere hat er den Schuldspruch wegen gemeinschaftlichen Totschlags bestätigt. Die hierzu getroffenen Feststellungen beruhen auf einer rechtsfehlerfreien Beweiswürdigung. Auch nach Auffassung des Bundesgerichtshofs stellt die Tötung des lebensfähigen schwer geschädigten Zwilling ein strafbares Tötungsdelikt und nicht lediglich einen bei entsprechender Indikation straffreien Schwangerschaftsabbruch dar. Die Regeln über den Schwangerschaftsabbruch gelten nur bis zum Beginn der Geburt. Die Geburt beginnt bei einer Entbindung mittels Kaiserschnitt mit der Eröffnung der Gebärmutter, wenn das Kind damit vom Mutterleib getrennt werden soll. Dies gilt unabhängig davon, ob ein Kind oder mehrere Kinder betroffen sind. Allerdings hat der Bundesgerichtshof die vom Landgericht verhängten Strafen aufgehoben,

weil den Angeklagten zur Last gelegt wurde, dass sie die **Tat geplant** und nicht in einer Notfallsituation begangen haben. Dieser Gesichtspunkt ist **bei einer medizinischen Operation kein zulässiger Erschwerungsgrund**. Während der Schuldspruch wegen Totschlags rechtskräftig ist, muss über die Höhe der Strafen deshalb noch einmal neu verhandelt werden.

Pressemitteilung des BGH Nr. 2/2021 v. 02.01.2021 - <https://www.bundesgerichtshof.de/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/2021/2021002.html>

b) Strafbarkeit des operierenden Arztes bei verschwiegenen eigenen Gesundheitsproblemen

LG Kempten, Urteil v. 08.10.2020 - 3 Ns 111 Js 10508/14

RID 21-01-171

juris

StGB §§ 16, 223, 229; BGB § 630e

Leitsatz: Ein Arzt ist zur **Aufklärung** über solche **in seiner Person liegenden Risiken** verpflichtet, die Einfluss auf die sachgerechte Durchführung der ärztlichen Heilbehandlung haben können. Unterlässt er diese gebotene Aufklärung, macht er sich auch dann strafbar, wenn er die Behandlung sachgerecht ausführt.

c) Strafbare missbräuchliche Anwendung von Fortpflanzungstechniken

Bay. Oberstes Landesgericht, Urteil v. 04.11.2020 - 206 St RR 1459-1461/19

RID 21-01-172

juris

EmbryonenSchG § 1 I

Leitsatz: 1. Wird eine menschliche Eizelle, in die zum Zweck der Herbeiführung der Schwangerschaft der Frau, von der die Eizelle stammt, künstlich eine menschliche Samenzelle eingebracht oder deren Eindringen künstlich bewirkt worden ist (imprägnierte Eizelle), und die noch im Vorkernstadium (2-PN-Stadium) vor der Entstehung eines Embryos kryokonserviert wurde, wieder aufgetaut, um die **Schwangerschaft einer Frau** herbeizuführen, von der die **Eizelle nicht stammt**, stellt dies eine nach § 1 Abs. 1 Nr. 2 Embryonenschutzgesetz **strafbare missbräuchliche Anwendung von Fortpflanzungstechniken** dar.

2. Bei einer **Befruchtung** im Sinne des § 1 Abs. 1 Nr. 2 ESchG handelt es sich um einen zeitlich gestreckten Vorgang, der mit dem Einbringen bzw. Eindringen einer Samenzelle in eine Eizelle beginnt und erst durch die Entstehung eines Embryos im Sinne der gesetzlichen Begriffsbestimmung des § 8 Abs. 1 1. Halbsatz ESchG, also durch den dort als Kernverschmelzung bezeichneten Vorgang, zum Abschluss kommt. Vom Begriff des **Unternehmens der künstlichen Befruchtung** im Sinne des § 1 Abs. 1 Nr. 2 ESchG wird damit jede Handlung erfasst, die die Entwicklung vom Zusammenführen von Ei- und Samenzelle bis zur Entstehung eines Embryos künstlich herbeiführt, unterstützt oder fördert, gleich zu welchem Zeitpunkt sie in den bezeichneten Befruchtungsvorgang künstlich eingreift.

3. In **subjektiver Hinsicht** bedarf es für die Strafbarkeit nach § 1 Abs. 1 Nr. 2 ESchG eines auf die objektiven Voraussetzungen des Unternehmens der Befruchtung gerichteten zumindest bedingten Tatvorsatzes sowie der Absicht, die Schwangerschaft einer Frau herbeizuführen, von der die Eizelle nicht stammt. Dabei kommt es nicht entscheidend auf den Willen des Handelnden zu Beginn der Befruchtungskaskade an, sondern auf den Willen zum Zeitpunkt der jeweiligen Tathandlung.

4. Hat sich eine künstlich imprägnierte Eizelle zu einem **Embryo** weiterentwickelt, und waren die die Befruchtung herbeiführenden bzw. fördernden Handlungen bis zu diesem Zeitpunkt von der Absicht getragen, die Schwangerschaft der Frau herbeizuführen, von der die Eizelle stammt, so ist die **Übertragung des Embryos zu dessen Erhaltung auf eine andere Frau** nicht nach § 1 Abs. 1 Nr. 2 ESchG strafbar.

5. § 1 Abs. 1 Nr. 2 ESchG ist ein **Unternehmensdelikt** im Sinn des § 11 Nr. 6 Strafgesetzbuch und erfasst als strafbare Handlung auch den (**untauglichen**) **Versuch**. Ein solcher liegt auch dann vor, wenn eine kryokonservierte Eizelle, die objektiv bereits zum Embryo entwickelt war oder deren Entwicklungsstadium nicht feststellen lässt, wieder aufgetaut wird, der Handelnde aber zumindest billigend in Kauf nimmt, dass sich die Eizelle noch im 2-PN-Stadium befindet und er mit der Absicht handelt, die Schwangerschaft einer fremden Frau herbeizuführen.

6. Die Annahme eines **unvermeidbaren Verbotsirrtums** gemäß § 17 Satz 1 StGB wird von den Urteilsfeststellungen des Tatgerichts nur dann getragen, wenn diese dem Revisionsgericht die Prüfung ermöglichen, ob der Angeklagte trotz der ihm nach den Umständen des Falles, seiner Persönlichkeit

sowie seines Lebens- und Berufskreises zuzumutende Anspannung des Gewissens die Einsicht in das Unrechtmäßige seines Handelns nicht zu gewinnen vermochte. Bezieht sich der Irrtum auf eine erkennbar schwierige Rechtsfrage und hat der Angeklagte hierzu ein Gutachten eines Rechtsprofessors eingeholt, ist es regelmäßig erforderlich, in den Urteilsfeststellungen neben den die fachliche Qualifikation des Sachverständigen betreffenden Umständen auch den wesentlichen Inhalt des Gutachtens einschließlich etwaiger darin enthaltener Hinweise auf bestehende Gegenansichten und der Auseinandersetzung des Sachverständigen hiermit mitzuteilen. Umstände, die die Person des Angeklagten sowie seinen Lebens- und Berufskreis betreffen, sind festzustellen, soweit sie für die Beurteilung etwaiger eigener Erkenntnismöglichkeiten zu der relevanten Rechtsfrage – zum Zeitpunkt der Tathandlungen – von Bedeutung sein können.

d) Strafbares Anbieten von Schwangerschaftsabbrüchen auf ärztlicher Homepage

OLG Frankfurt a. M., Beschluss v. 22.12.2020 - 1 Ss 96/20

RID 21-01-173

juris
StGB § 219a

Anbieten meint nach bislang vorherrschendem Verständnis die einseitige Erklärung der Bereitschaft zur Leistung der Dienste oder Überlassung von Gegenständen oder Verfahren, die zum Schwangerschaftsabbruch geeignet sind. Die so verstandene Tathandlung hat die Angekl. erfüllt, indem sie auf ihrer Homepage über eine eigene Schaltfläche offeriert hat, in ihrer Praxis **Schwangerschaftsabbrüche durchzuführen** und die hierfür verwendeten Methoden sowie den konkreten Ablauf erläutert hat. Mit Einfügung des § 219a IV StGB ist einer **restriktiven Auslegung** der Boden entzogen. Der Gesetzgeber normiert nunmehr in § 219a IV Nr. 1 StGB die Straffreiheit von Ärzten, die sachlich auf die Tatsache hinweisen, dass sie Schwangerschaftsabbrüche unter den Voraussetzungen des § 218a I bis III StGB durchführen.

Das **AG Gießen**, Urt. v. 24.11.2017 - 507 Ds 501 Js 15031/15 - RID 21-01-165 befand die angekl. Allgemeinmedizinerin der Werbung für den Abbruch der Schwangerschaft für schuldig und verhängte eine Geldstrafe von 40 Tagessätzen zu je 150 € **LG Gießen**, Urt. v. 12.10.2018 - 3 Ns 406 Js 15031/15 - RID 19-01-188 wies die Berufung zurück. **OLG Frankfurt a. M.**, Beschl. v. 26.06.2019 - 1 Ss 15/19 - RID 19-03-160 wies die Sache zur neuen Verhandlung und Entscheidung an das LG zurück. **LG Gießen**, Urt. v. 12.12.2019 - 4 Ns-406 Js 15031/15 - RID 20-02-142 änderte das Urteil des AG im Rechtsfolgenausspruch ab und verurteilte die Angekl. zu einer Geldstrafe von 25 Tagessätzen zu je 100 € und verwarf im Übrigen die Berufung. Das **OLG** verwarf die Revision der Angekl.

3. Berufspflichten: Sorgfaltspflichten bei der Ausstellung eines ärztlichen Attests

Hamb. BerufsGH für Heilberufe, Urteil v. 04.11.2020 - 15 Bf 63/20.HBG

RID 21-01-174

juris
HeilBerG Hamburg §§ 3 I, 13 S. 2, 17 IV, 24 I; KammerG Hamburg §§ 58, 59

Leitsatz: Im Verfahren vor dem Hamburgischen Berufsgewicht für die Heilberufe gilt der **Vertretungszwang** nach § 67 Abs. 4 VwGO **nicht**.

Erhebt ein Kammermitglied gegen eine **Rüge**, die ihm die Heilberufskammer wegen eines Berufspflichtenverstoßes erteilt hat, **Beschwerde** (§ 59 Abs. 4 HmbKGH), so entscheiden in Hamburg die Berufsgewichte hierüber nach dem Maßstab des § 113 Abs. 1 VwGO, der über § 13 Satz 2 HeilBG und § 22 HmbDG ergänzend anzuwenden ist.

Es ist nicht zu beanstanden, wenn der Präsident der Ärztekammer Hamburg einen **Rügebeseid unterzeichnet**, dessen Erlass vom Vorstand der Ärztekammer beschlossen worden ist.

Zu den **Sorgfaltspflichten** bei der Ausstellung eines **ärztlichen Attests** gehört es, dass der Arzt darin nachvollziehbar darstellt, auf welche Weise er zu den attestierten Erkenntnissen gekommen ist. Die bloße Wiedergabe subjektiver Schilderungen des Patienten genügt auch dann nicht, wenn der Arzt aufgrund langjähriger Kenntnis des Patienten dessen Angaben vertraut.

Eine angeblich fehlende Einsicht hinsichtlich eines vorgeworfenen Verhaltens und das angeblich mangelnde Interesse an der Aufarbeitung der Angelegenheit dürfen bei der **Maßnahmenbemessung** wegen eines Berufspflichtenverstoßes nicht verschärfend berücksichtigt werden.

4. BVerwG: Genehmigungspflicht zur Herstellung eines Wirkstoffs tierischer Herkunft

BVerwG, Urteil v. 03.11.2020 - 3 C 10/18

RID 21-01-175

^{juris}
AMG §§ 2 I, 4 XIX, 13; GG Art. 12 I, 79 I Nr. 19

Leitsatz: § 13 Abs. 2b Satz 1 AMG befreit Ärzte nur von der Erlaubnispflicht nach § 13 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 AMG für die Herstellung eines Arzneimittels; einen **Wirkstoff tierischer Herkunft** dürfen auch Ärzte nicht ohne die nach § 13 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 AMG **erforderliche Erlaubnis** herstellen, selbst wenn Wirkstoff und Arzneimittel „in einem Zug“ hergestellt werden und der Arzt das Arzneimittel persönlich bei einem bestimmten Patienten anwenden will.

Das **BVerwG** wies die Revision des Kl. gegen **VGH Baden-Württemberg**, Urt. v. 13.03.2018 - 9 S 1071/16 - RID 18-02-213 zurück.

5. Wahlgrundsätze bei Wahlen zur Vertreterversammlung der Landesärztekammer

VG Stuttgart, Urteil v. 13.07.2020 - 4 K 1130/19

RID 21-01-176

^{juris}
HeilBKG BW § 17 II

Leitsatz: 1. Die Wahlen zur Vertreterversammlung der Landesärztekammer unterliegen den tragenden Grundsätzen, die an „staatliche Wahlen“ zu stellen sind. Dementsprechend finden die allgemeinen **Wahlgrundsätze**, insbesondere auch das aus Art. 3 Abs. 1 GG folgende Gebot der Chancengleichheit aller Wahlbewerber, Anwendung.

2. Damit die Wahlentscheidung in voller Freiheit gefällt werden kann, ist es unerlässlich, dass die Wahlbewerber, soweit irgend möglich, mit gleichen Chancen in den Wahlkampf eintreten; der öffentlichen Gewalt ist jede unterschiedliche Behandlung von Bewerbern, durch die deren **Chancengleichheit** bei Wahlen beeinträchtigt werden kann, von Verfassung wegen versagt, sofern sie sich nicht durch zwingenden Grund rechtfertigen lässt. Das Gebot der freien Wahl untersagt es staatlichen Organen, sich in amtlicher Funktion vor Wahlen mit Wahlbewerbern zu identifizieren und sie zu unterstützen.

3. Eine das Wahlergebnis beeinflussende Handlung liegt dann vor, wenn staatliche Stellen im Vorfeld einer Wahl in mehr als nur unerheblichem Maße parteiereifend auf die **Bildung des Wählerwillens einwirken**, wenn private Dritte, einschließlich Parteien und einzelnen Kandidaten, mit Mitteln des Zwangs oder Drucks die Wahlentscheidung beeinflussen oder wenn in ähnlich schwerwiegender Art und Weise auf die Wählerwillensbildung eingewirkt wird, ohne dass eine hinreichende Möglichkeit der Abwehr, z.B. mit Hilfe der Gerichte oder der Polizei, oder des Ausgleichs, etwa mit Mitteln des Wahlwettbewerbs, besteht.

6. Herausgabe des Mitgliederverzeichnisses zum Zwecke der Kammerwahlwerbung

VG Stade, Beschluss v. 03.04.2020 - 6 B 522/20

RID 21-01-177

^{juris}
HeilKG Niedersachsen §§ 22 S. 1, 85 I 1

Leitsatz: Die Herausgabe von **personenbezogenen Daten** im Zusammenhang mit **Kammerwahlen** ist zum Zwecke der Wahlwerbung im Einzelfall gerechtfertigt.

II. Arzthaftung

1. Bundesgerichtshof (BGH)

a) Beachtlichkeit des Bestreitens nach Beweis aufnahme

BGH, Beschluss v. 24.11.2020 - VI ZR 415/19

RID 21-01-178

juris
ZPO §§ 138, 286

Leitsatz: 1. Zur Beachtlichkeit des **Bestreitens**, wenn sich in der **Beweisaufnahme** herausstellt, dass der von der Behandlungsseite benannte Arzt die streitgegenständliche Infusion, bei der es nach der Behauptung des klagenden Patienten zu Hygieneverstößen gekommen sein soll, gar nicht gelegt hat.
2. Zur **sekundären Darlegungslast** der Behandlungsseite bei behaupteten Hygieneverstößen.

b) Übergehen des Klagevorbringens

BGH, Beschluss v. 13.10.2020 - VI ZR 348/20

RID 21-01-179

juris
ZPO § 544 IX; GG Art. 103 I

Leitsatz: Zum Vorliegen eines **Gehörsverstoßes** in einem Arzthaftungsprozess.

2. Behandlungsfehler

a) Abweichen von einer Operationsanleitung und Facharztstandard

OLG Zweibrücken, Beschluss v. 14.07.2020 - 5 U 138/19

RID 21-01-180

juris
BGB § 823

Der Hinweis in einer **Operationsanleitung** ist nicht zwingend mit dem ärztlichen Facharztstandard gleichzusetzen. Denn der ärztliche **Facharztstandard** kann dem Behandler sogar die Pflicht auferlegen, von der Operationsanleitung des Prothesenherstellers abzuweichen (OLG Köln, Beschl. v. 07.05.2012 - 1-5 U 247/11 - juris).

Die Tatsache, dass ein Winkel entgegen der Operationsanleitung gewählt wird, stellt im konkreten Fall bereits keinen Umstand dar, der **aufklärungsbedürftig** gewesen ist.

b) Lückenhafte Dokumentation

OLG Dresden, Urteil v. 27.10.2020 - 4 U 845/20

RID 21-01-181

juris
BGB § 630h

Leitsatz: Eine **lückenhafte Dokumentation** begründet zugunsten des Patienten allein die Vermutung, dass eine aufzeichnungspflichtige Behandlungsmaßnahme unterblieben ist.

Eine Vermutung, dass streitige **Angaben des Patienten** zu seinen Beschwerden dem Arzt mitgeteilt wurden, ergibt sich hieraus jedoch nicht.

c) Unterbliebene Vorlage des EKGs: Grundsätze über
Befunderhebungsfehler/Schmerzensgeld

OLG München, Urteil v. 06.08.2020 - 24 U 1360/19

RID 21-01-182

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: VI ZR 1129/20
juris
BGB §§ 278, 823 I, 831

Leitsatz: 1. Schon eine bloße **Mitverursachung** reicht aus, um einen **Ursachenzusammenhang** zu bejahen (wie BGH, Urteil vom 19. April 2005 - VI ZR 175/04, VersR 2005, 945 und BGH, Urteil vom 5. April 04 2005 - VI ZR 216/03, Rn. 14, VersR 2005, 942).

2. Ein eindeutiger, fundamentaler Verstoß gegen eine **interne Regelung der Klinik**, die zum Schutz der Patienten eine zeitnahe ärztliche Befundung erhobener Befunde gewährleisten soll (hier: unverzügliche Vorlage eines ohne ärztliche Anweisung geschriebenen EKGs in die Patientenakte), die einer Pflegekraft schlechterdings nicht unterlaufen darf, führt zur **Beweislastumkehr** hinsichtlich der Kausalität.

3. Auf die **zeitnah unterbliebene Vorlage des EKGs** in die Patientenakte sind die Grundsätze über den **Befunderhebungsfehler** entsprechend heranzuziehen.

4. **Schmerzensgeld** von 225.000,00 € bei einer **hypoxischen Hirnschädigung** einer 43-jährigen Frau.

d) Kenntnis vom Behandlungsfehler/Schmerzensgeld

OLG Brandenburg, Urteil v. 08.10.2020 - 12 U 97/20

RID 21-01-183

juris
BGB §§ 280, 823 I, 831 I, 847 I

Für die Kenntnis der anspruchsbegründenden Tatsachen reicht es nicht aus, dass dem Patienten (oder seinem Wissensvertreter) der **negative Ausgang einer ärztlichen Behandlung** und die medizinische Ursache dafür bekannt sind. Er muss vielmehr auch Kenntnis von einem ärztlichen **Behandlungsfehler** haben. Dazu muss er nicht nur die wesentlichen Umstände des Behandlungsverlaufs kennen, sondern auch Kenntnis von solchen Tatsachen erlangen, aus denen sich für ihn als medizinischen Laien ergibt, dass der behandelnde Arzt von dem üblichen ärztlichen Vorgehen abgewichen ist oder Maßnahmen nicht getroffen hat, die nach dem ärztlichen Standard zur Vermeidung oder Beherrschung von Komplikationen erforderlich waren (BGH, Ur. v. 29.11.1994 - VI ZR 189/93 - juris Rn. 17).

Wenn bereits im Rahmen einer sachverständigen Bewertung ein **Behandlungsfehler** nicht **ersichtlich** wird, sondern erst nach eingehender Betrachtung des Bildmaterials durch einen Neurologen, kann einer Klägerin als medizinischem Laien kein Vorwurf dahin gemacht werden, dass sie die Ansprüche nicht bereits zu einem früheren Zeitpunkt verfolgt hat.

Ein **Schmerzensgeld** von 90.000 € kann bei einer **Hirnverletzung** angemessen sein.

e) Schmerzensgeldbemessung bei Querschnittslähmung nach Operation

OLG München, Urteil v. 23.01.2020 - 1 U 2237/17

RID 21-01-184

juris = VersR 2020, 1191
BGB §§ 253, 630h

Leitsatz (VersR): 1. Tritt nach der **Operation** einer 14 Jahre alten Patientin eine **Querschnittslähmung** ein, die diese im derzeitigen und zukünftigen Leben in schwerster Art beeinträchtigt, weil sie zu einer eigenständigen und selbstbestimmten Lebensführung dauerhaft nicht in der Lage, ihr Leben lang Tag und Nacht auf fremde Hilfe auch in intimsten Bereichen angewiesen ist und sie zusätzlich immer wieder mit Schmerzen und erheblichen Ängsten bis hin zur Todesangst durch Ersticken zu kämpfen hat, erscheint ein **Schmerzensgeldkapital** von 500.000 € angemessen.

2. Eine **Aufteilung** dieses Schmerzensgeldanspruchs in einen Kapitalbetrag und eine Schmerzensgeldrente ist nicht angezeigt, weil trotz der schweren Verletzungen und der besonders gravierenden Dauerfolgen kein besonderer Vorteil für die Kl. gegenüber der einheitlichen Abfindung durch einen Kapitalbetrag zu sehen ist.

f) Kooperationsvertrag einer Geburtsklinik mit Neonatologen

OLG Dresden, Urteil v. 15.12.2020 - 4 U 524/19

RID 21-01-185

juris
BGB §§ 630a ff.; ZPO §§ 43, 406

Leitsatz: 1. Schließt eine **Geburtsklinik** einen **Kooperationsvertrag** mit einem **Neonatologen**, haftet sie gleichwohl im Außenverhältnis für Behandlungsfehler bei der nachgeburtlichen Versorgung.
2. Hat der Patient erstinstanzlich sowohl Fehler im vorgeburtlichen Stadium als auch Behandlungsfehler nach der Geburt behauptet und **beschränkt** er sodann seine **Berufung** auf die neonatologische Behandlung, ist ihm anschließend eine erneute Erstreckung auf die innerhalb der Beruungsfrist nicht angegriffenen Feststellungen zum vorgeburtlichen Behandlungsgeschehen nicht mehr möglich.
3. Verhandelt eine Partei im Anschluss an die mündliche Anhörung eines Sachverständigen zum Ergebnis der Beweisaufnahme, ist ein nachträglich gestellter **Befangenheitsantrag** gegen den **Sachverständigen** unzulässig und kann zusammen mit dem Urteil verbeschieden werden.

g) Verantwortungsumfang des Konsiliararztes

OLG Hamm, Urteil v. 30.10.2020 - 26 U 131/19

RID 21-01-186

juris
BGB §§ 280, 630a, 823

Leitsatz: 1. Ein **Konsiliararzt** ist grundsätzlich nicht verpflichtet - bei ausbleibender Anforderung - eigenständig zum **Patienten Kontakt** aufzunehmen.
2. Der konsiliarisch hinzugezogene Arzt darf sich darauf verlassen, dass der überweisende Arzt seinen **Empfehlungen** folgt. Einer **Rückfrage** bedarf es in der Regel nicht.
3. Die **Organisations- und Koordinationsverantwortung** bleibt beim überweisenden Arzt.
4. Einen „**Fristenkalender**“ muss der Konsiliararzt nicht führen.

h) Substantiiierungsanforderungen an Zweifel an der erstinstanzlichen Beweiswürdigung

OLG Dresden, Beschluss v. 01.12.2020 - 4 U 1767/20

RID 21-01-187

juris
ZPO § 529

Leitsatz: Für konkrete Anhaltspunkte, die in einem Arzthaftungsverfahren Zweifel an einer **erstinstanzlichen Beweiswürdigung** wecken sollen, reicht es nicht aus, dass eine Partei der medizinisch begründeten Auffassung des Sachverständigen lediglich ihre eigene Meinung entgegenstellt (Bestätigung von Senat, Beschl. v. 07.08.2020 - 4 U 1285/20 - RID 20-04-147).

i) Befangenheitsgesuch gegen Sachverständigen

OLG Dresden, Urteil v. 10.11.2020 - 4 U 255/20

RID 21-01-188

juris
ZPO §§ 46, 406, 407a

Leitsatz: 1. Ein **Befangenheitsgesuch** gegen einen **Sachverständigen** muss grundsätzlich vor Erlass des Urteils zurückgewiesen werden.
2. Erweist sich die Ablehnung des Befangenheitsantrags jedoch in der Sache als **gerechtfertigt**, besteht regelmäßig für eine Aufhebung und Zurückverweisung kein Grund.
3. Die Pflicht des Sachverständigen, sein **Gutachten persönlich** zu erstellen, schließt es nicht aus, dass ein Entwurf durch einen **Gehilfen** verfasst wird, solange der Sachverständige für die wissenschaftliche Auswertung und Gesamtbeurteilung aufgrund eigener Prüfung die Verantwortung übernimmt.

j) Prozesskostenhilfe: Benennung des Behandlungsfehlers

OLG Dresden, Beschluss v. 26.11.2020 - 4 W 733/20 W

RID 21-01-189

juris

BGB §§ 630a ff; ZPO § 114; RVG § 46 II

Leitsatz: 1. Im **Prozesskostenhilfverfahren** über eine Arzthaftungsstreitigkeit sind nur maßvolle Anforderungen an das Vorbringen des Patienten zu stellen. Jedoch genügt es nicht, dem Arzt nur den negativen Ausgang einer Behandlung vorzuwerfen, erforderlich ist vielmehr, dass angegeben wird, worin ein **Behandlungsfehler** zu sehen sein soll.

2. Die Erstattung von **Dolmetscherkosten** kann ein Rechtsanwalt nur verlangen, wenn eine Verständigung mit dem Mandanten nicht durch andere Personen aus dessen Nahbereich erfolgen kann und wenn der Rechtsuchende nicht über Deutschkenntnisse verfügt, die es ihm zumindest erlauben, die für sein Begehren nötigen Informationen selbst zu erteilen.

3. Aufklärung: Einwilligungsfähigkeit Minderjähriger („Pille“)

OLG Saarbrücken, Urteil v. 12.08.2020 - 1 U 85/19

RID 21-01-190

juris = GesR 2020, 728

BGB § 630d

Voraussetzung für eine Aufklärung ist, dass der Patient **einwilligungsfähig** ist. Das ist nicht gleichzusetzen mit der **Geschäftsfähigkeit**, vielmehr kennt das BGB für die natürliche Einwilligungsfähigkeit weder eine Altersgrenze noch regelt es, unter welchen Voraussetzungen von Einwilligungsfähigkeit auszugehen ist. Maßgeblich und ausreichend sind nach der Wertung des Gesetzgebers das Einsichtsvermögen und die Urteilstkraft des Patienten, um die vorherige Aufklärung zu verstehen, den Nutzen einer Behandlung gegen die Risiken abzuwägen und um schließlich eine eigenverantwortliche Entscheidung zu treffen.

Die Einschränkung des Selbstbestimmungsrechts des **Minderjährigen** ist abzulehnen. Entscheidend ist allein, ob er einwilligungsfähig ist, er also Art und Ausmaß des Eingriffs erfassen und seine Lage autonom reflektierend erkennen und einschätzen kann. Ist dies der Fall, würde eine dennoch geforderte Beteiligung des gesetzlichen Vertreters dem verfassungsrechtlich verbürgten Selbstbestimmungsrecht des Minderjährigen nicht hinreichend Rechnung tragen.

Eine **14 ½ Jahre alte Patientin** kann in der Lage sein, die Aufklärung über ein Kontrazeptivum zu verstehen, Nutzen und Risiken gegeneinander abzuwägen und eine eigenverantwortliche Entscheidung darüber zu treffen, ob sie die „Pille“ nimmt oder nicht.

4. Zahlungsforderung einer Beihilfekasse wegen Ausstellens unrichtiger Rezepte

OLG Köln, Urteil v. 16.12.2020 - 5 U 39/20

RID 21-01-191

juris

BGB § 823 II; StGB §§ 263, 266, 278

Leitsatz: 1. Der **Behandlungsvertrag** zwischen **Hausarzt** und Patient entwickelt keine **Schutzwirkung** für die **Beihilfestelle** als Dritte.

2. § 278 StGB, das **Ausstellen unrichtiger Gesundheitszeugnisse**, ist kein **Schutzgesetz** im Sinne des § 823 Abs. 2 BGB, da das Delikt für sich genommen nicht geeignet ist, fremde Vermögensinteressen zu schädigen.

3. **Rezepte** sind keine **Gesundheitszeugnisse** im Sinne des § 278 StGB, da sie keine Auskunft über den Gesundheitszustand eines Patienten geben und nicht dem Nachweis einer bestimmten medizinischen Diagnose dienen.

4. Ärzte haben keine **Vermögensbetreuungspflicht** hinsichtlich des Vermögens privater Versicherer oder der Beihilfekasse, da es an der erforderlichen engen, direkten Beziehung zwischen Arzt und Beihilfekasse oder Privatversicherer fehlt.

Die kl. Beihilfekasse zahlte an die als städtische Beamtin beihilfeberechtigte B zwischen Mai 2008 und November 2013 rund 2 Millionen € aus. Dem lag zu Grunde, dass B sich von dem bekl. Hausarzt Rezepte über das Medikament Gamunex hatte ausstellen lassen. Bei dem Medikament handelt es sich um ein unverändertes menschliches Immunglobulin G (IgG), welches durch einen Arzt intravenös verabreicht werden muss. Eine

Einzelndosis von 200 ml des Medikamentes hat einen Abgabepreis von ca. 26.000 € B hatte, nachdem sie die ersten fünf Rezepte tatsächlich eingelöst hatte, in der Folgezeit jeweils den Stempel der Apotheke gefälscht und das so präparierte Rezept bei der Kl. zur Erstattung eingereicht. Die Kl. zahlte die Erstattungsbeträge auf das Konto der Patientin, diese verbrauchte das Geld für sich. Dieses Vorgehen praktizierte sie über Jahre. Der **Bekl.** stellte die **Rezepte** aus, ohne die Patientin zuvor zu untersuchen, auch verkürzte er das Verschreibungsintervall im Laufe der Zeit ohne eine vorherige Untersuchung der Patientin. Als Grundlage für die Verschreibung des Mittels „Gamunex“ lag dem Bekl. ein noch an seinen Praxisvorgänger gerichteter Arztbrief des Hämatologen Dr. C vom 24.04.1990 sowie ein weiteres Schreiben auf dem Briefpapier dieses Arztes vom 07.01.2008 vor. Letzteres bezeichnete die Staatsanwaltschaft Köln im Ermittlungsverfahren als Fälschung. Der Bekl. verabreichte das Medikament zu keinem Zeitpunkt selbst. Er stellte keine Überweisungen an einen Facharzt aus und erhielt keine Befundberichte oder Laborergebnisse von einem Facharzt. B wurde nach Entdeckung der Taten zu zwei Jahren Freiheitsstrafe, ausgesetzt zur Bewährung, verurteilt. Ein gegen den Bekl. gerichtetes Strafverfahren wurde nach § 153a StPO nach Erfüllung der Zahlungsaufgabe endgültig eingestellt. Die Kl. nimmt den Bekl. auf Erstattung aller ihrerseits an B ausgekehrten offenstehenden Beträge in Anspruch. **LG Köln**, Urt. v. 29.01.2020 - 25 O 52/19 - wies die Klage ab, das **OLG** die Berufung zurück.

5. Zahnärztliche Behandlung: Nichterkennen einer apikalen Parodontitis an den Zähnen 46 und 47

OLG Dresden, Beschluss v. 09.12.2020 - 4 U 1777/20

RID 21-01-192

juris

BGB §§ 249, 253, 280, 823 I

Leitsatz: 1. Die Wertung einer objektiv **unrichtigen Diagnose** als **Behandlungsfehler** setzt die vorwerfbare Fehlinterpretation erhobenen Befunde oder die Unterlassung der für die Diagnosestellung oder ihre Überprüfung notwendiger Befunderhebungen in ex-ante Sicht voraus.

2. Unterliegt der Arzt einem vertretbaren **Diagnoseirrtum** und klärt er den Patienten deshalb unzureichend über mögliche **Behandlungsoptionen** auf, kommt eine Haftung wegen eines **Aufklärungsmangels** nicht in Betracht.

Anhang I: BSG - Anhängige Revisionen Vertragsarztrecht

Stand: 16.02.2021. 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
Honorarverteilung				
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 Termin: 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 Fachgruppenschritt 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 Termin: 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 Termin: 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 Fachgruppenschritt 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 Termin: 17.03.2021	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 Termin: 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 Termin: 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
Abrechnung von Anästhesien bei Abrechnung der MKG-Operation über KZV	B 6 KA 28/19 R Termin: 25.11.2020	Ist ein als Vertragsarzt niedergelassener Anästhesist berechtigt, anästhesiologische Leistungen auch dann nach Abschnitt 31.5.3 EBM-Ä 2008 abzurechnen, wenn der grundsätzlich zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene MKG-Chirurg seine Leistung nicht über die Kassenärztliche sondern über die Kassenzahnärztliche Vereinigung	<i>LSG Schleswig-Holstein</i> , Urt. v. 18.06.2019 - L 4 KA 43/17	19-04-3

		abrechnet?		
Konvergenzregelung: Ungleichbehandlung/Honorarsteigerung	B 6 KA 4/19 R Termin: 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.	<i>LSG Hamburg,</i> Urt. v. 18.10.2018 - L 5 KA 33/17 -	19-01-9

Arzt-/Psychotherapeutenregister

Zweigpraxis/Genehmigung der KV/Fachkunde/Notdienst/Disziplinarrecht

Assistentengenehmigung während der Erziehung von Kindern	B 6 KA 15/20 R	Dürfen Vertragsärzte einen Vertreter oder einen Assistenten während der Erziehung von Kindern beschäftigen, die das 14., aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben?	<i>LSG Niedersachsen-Bremen,</i> Urt. v. 28.10.2020 - L 3 KA 31/20 -	21-01-20
Belegarzt: Entfernung zwischen Wohnung und Praxis	B 6 KA 6/20 R Termin: 17.03.2021	Zur Berücksichtigung von ärztlichen Kooperationsformen bei der Bewertung der noch zulässigen Entfernung zwischen Wohnung und Praxis des Belegarztes und des Krankenhauses, um die unverzügliche und ordnungsgemäße Versorgung der Versicherten zu gewährleisten.	<i>LSG Bayern,</i> Urt. v. 22.01.2020 - L 12 KA 10/19 -	20-02-12
Verzicht auf eine Dialysegenehmigung	B 6 KA 14/20 R	Zur Auslegung einer Erklärung als Verzicht auf die Genehmigung zur Durchführung von Versorgungsaufträgen nach der Anlage 9.1 des BMV-Ä (Dialysebehandlung) in einer Nebenbetriebsstätte.	<i>SG für das Saarland,</i> Urt. v. 22.07.2020 - S 2 KA 48/17 -	21-01-26
Nichtnutzung eines besonderen Versorgungsauftrags	B 6 KA 13/20 R	Bleibt eine Genehmigung zur Versorgung chronisch niereninsuffizienter Patienten nach Anlage 9.1 BMV-Ä zeitlich unbegrenzt bestehen und ist nutzbar, solange sie nicht förmlich durch die Genehmigungsbehörde aufgehoben wurde, oder kann sich der Versorgungsauftrag auch anderweitig (zum Beispiel durch jahrelange Nichtausführung oder bei fehlendem Nachweis über das Erfüllen von Qualitätsanforderungen) im Sinne von § 39 Absatz 2 SGB X erledigen?	<i>SG für das Saarland,</i> Urt. v. 22.07.2020 - S 2 KA 46/17 -	21-01-27
Vorbereitungsassistenten in MVZ	B 6 KA 1/19 R Termin: 12.02.2020	Dürfen in einem MVZ, in dem nur ein Vertragsarzt (als zahnärztlicher Leiter) und im Übrigen nur angestellte Zahnärzte tätig sind, mehr als ein Vorbereitungsassistent beschäftigt werden?	<i>SG Düsseldorf,</i> Urt. v. 05.12.2018 - S 2 KA 77/17 -	19-01-26

Sachlich-rechnerische Berichtigung

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?	<i>LSG Bayern,</i> 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 Praxismumfangs im Rahmen eines sogenannten Job-Sharings für die Quartale IV/04 bis III/09 unter Zugrundelegung des Quartalspunktewerts.	<i>LSG Hessen,</i> Urt. v. 27.05.2020 - L 4 KA 48/17 -	20-04-6
Nr. 86516 der Onkologie-Vereinbarung (Zuschlag zu den Kostenpauschalen)	B 6 KA 14/19 R Termin: 25.11.2020	Kann der Zuschlag nach Ziffer 86516 Anhang 2 der Onkologie-Vereinbarung ("Zuschlag ... für die intravenös und/oder intraarteriell applizierte zytostatische Tumortherapie ...") abgerechnet werden, wenn Bisphosphonate intravenös und/oder intraarteriell und anschließend eine zytostatische Therapie oral appliziert wird? Welche rechtlichen Maßstäbe gelten für die Auslegung von Vergütungsbestimmungen, die nicht vom Bewertungsausschuss beschlossen, sondern in einer Anlage zum Bundesmantelvertrag (hier: Onkologie-Vereinbarung) vereinbart worden sind?	<i>LSG Baden-Württemberg,</i> Urt. v. 14.11.2018 - L 5 KA 4616/17 -	19-01-20 NZB
Postoperativer Bereitschaftsdienst	B 6 KA 13/19 R	Ist die Gebührenordnungsposition 01100 EBM-Ä 2008 (unvorhergesehene	<i>LSG Bayern,</i>	19-02-15

anästhesistischer BAG u. unvorhergesehene Inanspruchnahme	Termin: 15.07.2020	Inanspruchnahme des Vertragsarztes durch einen Patienten) abrechenbar, wenn der Patient das vom Vertragsarzt vorgehaltene Angebot einer Inanspruchnahme während eines Bereitschaftsdienstes annimmt?	Urt. v. 31.10.2018 - L 12 KA 93/17 -	
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?	LSG Saarland , 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 Termin: 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?	LSG Schleswig-Holstein , 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 Termin: 13.05.2020	Zur Bildung der Vergleichsgruppe bei der statistischen Wirtschaftlichkeitsprüfung einer fachübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaft von Zahnärzten sowie Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen.	SG Marburg , 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 Termin: 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.	SG Marburg , 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?	LSG Hessen , 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?	LSG Berlin-Brandenburg , 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 Termin: 17.03.2021	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?	SG Magdeburg , Urt. v. 18.12.2019 - S 1 KA 10/15 -	20-03-29
Nachfolgebesezung: Beschränkung einer Sonderbedarfszulassung	B 6 KA 27/19 R Termin: 27.01.2021	Gilt die Beschränkung einer Sonderbedarfszulassung auf den Ausnahmetatbestand „tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen“ bei einer Nachfolgebesezung fort?	LSG Bayern , Urt. v. 26.06.2019 - L 12 KA 22/18 -	19-04-28
Sonderbedarfszulassung: Zumutbare Wege/Anliegender Planungsbereich	B 6 KA 2/20 R Termin: 17.03.2021	Kann für die Frage, ob im Rahmen einer spezialfachärztlichen Versorgung (hier: Innere Medizin mit Schwerpunkt Hämatologie und Onkologie) ein besonderer Versorgungsbedarf besteht, auf zumutbare Weise über 25 km und die Versorgung durch Ärzte in anliegenden Planungsbereichen bzw Raumordnungsregionen abgestellt werden?	SG Marburg , Urt. v. 15.01.2020 - S 12 KA 230/18 -	20-01-32

Verlegung einer genehmigten Anstellung in anderes MVZ unterschiedlicher Rechtsträger	B 6 KA 16/19 R B 6 KA 17/19 R B 6 KA 18/19 R Termin: 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?	SG Hamburg , 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
Ermächtigung zur psychotherapeutischen Behandlung von Asylbewerbern (§ 31 I 2 Ärzte-ZV)	B 6 KA 16/20 R	Setzt § 31 Absatz 1 Satz 2 Ärzte-ZV für die Ermächtigung allein voraus, dass sich die Geflüchteten bereits seit 15 beziehungsweise 18 Monaten in Deutschland aufhalten oder, dass zusätzlich bei dem Leistungserbringer bereits eine psychotherapeutische Behandlung vor Ablauf dieser Zeit begonnen wurde?	SG Berlin , Urt. v. 02.09.2020 - S 87 KA 175/18 -	20-04-27

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 Termin: 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?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 10.10.2018 - L 11 KA 6/18 -	19-01-64
Klage einer KV gegen in Rundschreiben erteilte Hinweise	B 6 A 2/20 R (alt: B 6 KA 11/20 R)	Ist eine Kassenärztliche 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)	LSG Sachsen , 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) Termin: 27.01.2021	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	LSG Hessen , 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: 16.02.2021. 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
Ärztliche Behandlung				
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 KR 4/20 R B 1 KR 6/20 R Termin: 17.12.2020 B 1 KR 19/20 R Termin: 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
Geltung des Arztvorbehalts: Nadel-Epilationsbehandlung	B 1 KR 28/20 R Termin: 17.12.2020	Ist eine Krankenkasse verpflichtet, nach einer geschlechtsangleichenden Behandlung bei Mann-zu-Frau 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 Berlin-Brandenburg,</i> Urt. v. 15.08.2019 - L 1 KR 558/16 -	19-04-50 NZB
Kostenerstattung				
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 Termin: 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 Termin: 25.03.2021	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	<i>LSG Niedersachsen-Bremen,</i> Urt. v. 17.09.2019 - L 16 KR 240/19 -	20-03-74

		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?		
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

Stationäre Behandlung

Liposuktion	B 1 KR 25/20 R Termin: 25.03.2021	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

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 Termin: 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
Wetterschutzverdeck für Elektromobil	B 3 KR 1/21 R	Ist ein Wetterschutzverdeck für ein Elektromobil als Zubehör zu einem Hilfsmittel von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung umfasst?	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 27.11.2020 - L 1 KR 156/18	21-01-92
Uhr mit Alarmfunktion	B 3 KR 15/19 R Termin: 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

Betreutes Wohnen: Behandlungspflege Teil der Eingliederungshilfe	B 3 KR 17/20 R	Haben Versicherte im ambulant betreuten Wohnen einen Anspruch auf Leistungen der (einfachen) Behandlungspflege, wenn diese bereits Gegenstand bewilligter Eingliederungshilfe sind?	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 18.09.2020 - L 1 KR 146/18 -	21-01-98
Häusliche Krankenpflege während eines Krankenhausaufenthalts	B 3 KR 15/20 R	Sind die Kosten einer häuslichen Krankenpflege durch eigene Assistenzkräfte (Arbeitgebermodell) auch während eines Krankenhausaufenthalts zu übernehmen?	<i>LSG Schleswig-Holstein</i> , Urt. v. 22.08.2019 - L 5 KR 140/16 -	21-01-03 NZB

Fahrkosten

Zuzahlung

Rehabilitationsmaßnahmen

Krankenhauskosten

Neue Behandlungsmethode: Transvaskuläre Aortenklappen-Implantation (TAVI)	B 1 KR 18/20 R	Hat eine Krankenkasse die Kosten einer kathetergestützten transvaskulären 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 Termin: 25.03.2021	Welche Klageart ist gegen die Widerlegung der Prognose eines Krankenhauses für die Berechtigung zur Erbringung mindestmengenbelegter Leistungen statthaft? Welche Anforderungen sind an den Vortrag weiterer Umstände zur Begründung der berechtigten mengenmäßigen Erwartung und im Gegenzug, welche Anforderungen an die begründeten erheblichen Zweifel an der Richtigkeit einer vom Krankenhausträger übermittelten Prognose für die Berechtigung zur Erbringung mindestmengenbelegter Leistungen zu stellen?	<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 24/20 R B 1 KR 32/20 R	Beinhaltet die Regelung des § 7 Absatz 2 Satz 3 und 4 der Prüfverfahrensvereinbarung - PrüfV vom 18.7.2014 (juris: PrüfVbg) 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. 28.05.2020 - L 8 KR 221/18 - Urt. v. 27.08.2020 - L 8 KR 41/19 -	20-03-125 20-04-103
Nachträgliche Abrechnungskorrektur: Materielle Ausschlussfrist? (2014)	B 1 KR 34/20 R B 1 KR 33/20 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 - - L 4 KR 616/19 -	20-04-104 21-01-128
Nachträgliche Korrektur der Krankenhausabrechnung (2016)	B 1 KR 37/20 R B 1 KR 42/20 R	Schließt die Regelung des § 7 Absatz 5 Satz 2 der Prüfverfahrensvereinbarung - PrüfV vom 3.2.2016 (PrüfVbg) - eine nachträgliche Korrektur der Krankenhausabrechnung aus?	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 10.09.2020 - L 4 KR 88/19 - - L 4 KR 545/18 -	21-01-130 juris
Fallzusammenführung: Verschiedene Hauptdiagnosegruppen	B 1 KR 10/20 R Termin: 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 NZB
Fallzusammenführung: Unvorhersehbare weitere Erkrankung	B 1 KR 9/20 R Termin: 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 NZB
Fallzusammenführung: Verlegung	B 1 KR 8/20 R Termin: 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 NZB
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	<i>LSG Saarland</i> , Urt. v. 23.07.2019 - L 2 KR 2/18 -	20-03-130 NZB

		selben Tag operiert wird?		
Verlegung ohne aktives Tun des Krankenhauses	B 1 KR 12/20 R Termin: 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 diese(r) ohne Mitwirkung und Kenntnis des entlassenden Krankenhauses binnen 24 Stunden in einem anderen Krankenhaus mit einer anderen Diagnose stationär aufgenommen wird?	<i>LSG Bayern,</i> Urt. v. 11.04.2019 - L 4 KR 215/17 -	19-03-129
Aufrechnung nach dem 09.11.2018: Verkürzte Ausschlussfrist	B 1 KR 40/20 R	Können Krankenkassen mit Ansprüchen auf Rückzahlung geleisteter Vergütungen, die vor dem 1.1.2017 entstanden und bis zum 9.11.2018 nicht gerichtlich geltend gemacht worden sind, gegen Forderungen der Krankenhäuser wirksam aufrechnen oder ist dies durch die Regelung des § 325 SGB V in der Fassung vom 11.12.2018 ausgeschlossen?	<i>LSG Baden-Württemberg,</i> Urt. v. 03.11.2020 - L 11 KR 2249/20 -	21-01-113
Aufrechnung: Abstrakte Strukturanalyse durch MDK	B 1 KR 36/20 R	Ist die in einem Landesvertrag nach § 112 SGB V vorgesehene Regelung, wonach eine Aufrechnung mit Forderungen oder Gegenforderungen aus anderen Abrechnungsfällen ausnahmsweise möglich ist, wenn der Medizinische Dienst der Krankenversicherung im Rahmen seiner Begutachtung die Voraussetzung für eine Rückforderung der Krankenkasse festgestellt hat, auch dann erfüllt, wenn der Medizinische Dienst der Krankenversicherung lediglich eine abstrakte Strukturanalyse durchgeführt hat?	<i>LSG Hamburg,</i> Urt. v. 24.09.2020 - L 1 KR 52/20 -	21-01-135
Spontanatmungsstunden in der Periode der Entwöhnung	B 1 KR 13/20 R Termin: 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?	<i>LSG Rheinland-Pfalz,</i> 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?	<i>LSG Bayern,</i> Urt. v. 26.05.2020 - L 5 KR 273/17 -	20-03-143
Entwöhnung von der maschinellen Beatmung auch ohne vorherige Gewöhnung	B 1 KR 41/20 R	Ist bei der Abrechnung der maschinellen Beatmung durch ein Krankenhaus für die Einbeziehung von Spontanatmungsstunden in der Phase der Entwöhnung eine vorherige Gewöhnung des Patienten an die maschinelle Beatmung notwendig?	<i>LSG Sachsen,</i> Urt. v. 15.07.2020 - L 1 KR 251/14 -	21-01-139
Prozedur „Multimodale Schmerztherapie“	B 1 KR 25/19 R Termin: 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)?	<i>LSG Sachsen,</i> Urt. v. 10.04.2019 - L 1 KR 170/16 -	20-04-112
Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung und Lebensalter	B 1 KR 21/20 R Termin: 17.12.2020	Kann es sich auch dann um einen geriatrischen Patienten im Sinne des OPS 2011 Nummer 8-550 handeln, wenn dieser - trotz jüngeren Lebensalters - aufgrund einer alterstypischen Multimorbidität biologisch entsprechend vorgealtert ist, oder gilt für die Abrechenbarkeit einer geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung ein starres Mindestalter von 60 Jahren?	<i>LSG Hamburg,</i> Urt. v. 28.05.2020 - L 1 KR 25/18 -	20-03-135
Rückwirkende Änderung der Kodierungsvorschriften (Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung) u. Erstattungsanspruch	B 1 KR 31/20 R Termin: 20.01.2021 omV	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?	<i>LSG Berlin-Brandenburg,</i> Urt. v. 26.08.2020 - L 9 KR 462/17 -	20-04-108
Landesvertragliches	B 1 KR 17/20 R	Ermächtigt § 112 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe b SGB V die Vertragsparteien	<i>LSG Nordrhein-Westfalen,</i>	20-03-120

Aufrechnungsverbot	Erledigt durch Rücknahme	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?	Beschl. v. 08.04.2019 - L 10 KR 723/17 -	NZB
Verjährung nach Zahlung unter Vorbehalt und Verrechnung	B 1 KR 23/20 R Erledigt durch Rücknahme	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?	LSG Niedersachsen-Bremen , 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
Ambulante Versorgung				
Kosten des Sprechstundenbedarfes: Einstrahlende Krankenkasse	B 1 KR 26/19 R (alt: B 3 KR 16/19 R)	Ist eine als Landesverband gemäß § 207 Absatz 4 SGB V handelnde Krankenkasse befugt, in einem Gesamtvertrag die Kostenbeteiligung der einstrahlenden Krankenkassen an den ihr als Landesverband auferlegten Kosten des Sprechstundenbedarfes zu regeln?	LSG Berlin-Brandenburg , 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 hinzutretenden Arzneimittels zwischen den Beteiligten unstreitig sind?	LSG Berlin-Brandenburg , 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?	LSG Rheinland-Pfalz , 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.	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 27.06.2019 - L 16 KR 541/18 -	21-01-155 NZB
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.	LSG Berlin-Brandenburg , Urt. v. 11.03.2020 - L 1 KR 178/17 KL -	20-02-114
Häusliche Krankenpflege: Fälligkeit einer Forderung nach beklagtem Schiedsspruch	B 3 KR 18/20 R	Kann eine vergütungsrechtliche Forderung für Leistungen der häuslichen Krankenpflege aufgrund eines Schiedsspruchs nach § 132a Absatz 2 Satz 6 SGB V (in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung) geltend gemacht werden, solange der Schiedsspruch noch nicht fertiggestellt ist oder während eines sich daran anschließenden gerichtlichen (Ersetzungs- bzw Feststellungs-)Verfahrens?	LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 16.10.2020 - L 4 KR 438/20 -	21-01-156
Krankentransportleistungen: Höhe der Entgelte	B 3 KR 13/20 R B 3 KR 14/20 R	Können landesrechtlich zugelassene private Anbieter von Krankentransportleistungen eine Preisvereinbarung gegen Krankenkassen gerichtlich durchsetzen im Fall des	LSG Schleswig-Holstein , Urt. v. 17.10.2019	21-01-158 NZB

		Scheiterns von Preisverhandlungen, wenn kein Schiedsverfahren vorgesehen ist?	- L 5 KR 112/16 - - L 5 KR 113/16 -	20-04-125 NZZ
Integrierte Versorgung				
Krankenkassen				
Ablehnung der Elektronischen Gesundheitskarte	B 1 KR 7/20 R Termin: 20.01.2021	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 Termin: 20.01.2021	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 NZZ
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 NZZ
Spitzenverband Bund der Krankenkassen: Pauschale Aufwandsvergütung an BZgA	B 1 A 2/20 R	Ist die in § 20a Absatz 3 Satz 4 SGB V geregelte Verpflichtung des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen, eine pauschale Vergütung für Unterstützungsleistungen aus dem Betrag an die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zu zahlen, den die Krankenkassen für die Leistung zur gesundheitlichen Prävention aufzuwenden haben, mit der Verfassung (Artikel 87 Absatz 2 und 3 GG, Artikel 74 Absatz 1 Nummer 12 GG, Artikel 105 GG, Artikel 28 Absatz 2 GG) vereinbar? Stellt die Entscheidung des Verwaltungsrats des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen, den im Haushaltsplan vorgesehenen Beitrag nach § 20a Absatz 3 Satz 4 SGB V an die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung nach Beratung darüber mit einem Sperrvermerk zu versehen, eine Weigerung der Geschäftsführung im Sinne von § 37 SGB IV dar?	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 22.01.2020 - L 1 KR 127/16 KL -	20-02-118 NZZ
GBA				
Unmittelbare Klage gegen Nutzenbewertungsbeschluss des GBA	B 3 KR 11/19 R Termin: 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 NZZ
Sonstiges				