

Rechtsprechungsinformationsdienst 21-02

REDAKTION	5
EDITORISCHE HINWEISE	5
A. VERTRAGSARZTRECHT	6
I. Honorarverteilung	6
1. QZV: Ausgleich des Budgets wie in Vorjahresquartalen	8
2. Psychotherapeuten: Strukturzuschlag für ermächtigte Ausbildungsinstitute	8
3. Erhöhung des pfändungsfreien Betrags nach Abtretung des Honoraranspruchs	8
4. Zahnärztliche Degressionsregelung nicht verfassungswidrig	9
II. Sachlich-rechnerische Berichtigung	9
1. Plausibilitätsprüfung	9
a) Unvorhergesehene Inanspruchnahme/Fehlende Dokumentation/Stundenweise Vertretung	9
b) Nachweis der Ordnungsgemäßheit der Abrechnung	10
c) Zeitbezogene Plausibilitätsprüfung: Hohe Patientenzahl/Praxisöffnungszeiten/Praxisstruktur	10
2. Abrechnung unter unzutreffender lebenslanger Arztnummer	10
3. Unterbliebene Mitwirkung an Online-Versichertenstammdaten-Prüfung	10
4. Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin: Keine Behandlung von Erwachsenen	11
5. Schätzung des Umfangs der Unrichtigkeit	11
6. Honorarrückforderung: Einstweiliger Rechtsschutz	12
III. Genehmigung/Disziplinarrecht/Notdienst	12
1. Genehmigung eines Assistenten	13
a) Beschränkung der Zahl der Weiterbildungsassistenten: Satzungsgrundlage	13
b) Vorbereitungsassistent/Qualifikation des Ausbilders: Vorherige Tätigkeit als Vertragszahnarzt	13
2. Frauenheilkunde: Bestimmung von okkultem Blut im Stuhl fachfremd	13
3. Verantwortung des ärztl. Leiters eines MVZ bei missbräuchlicher Nutzung der Kooperationsform	14
4. Notdienst	14
a) Keine Befreiung aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen	14
b) Koppelung des Beitrags an Honorarumsatz	15
c) Einstweilige Anordnung: Behauptung der Ungeeignetheit	15
IV. Zulassungsrecht	15
1. Zulassung	16
a) Auswahlentscheidung: Erneute Vorlage von Unterlagen/Warteliste	16
b) Teilentsperrung und unwirksame Bewerbungsfrist nach Teilentsperrung: Neue Bewerbungsfrist	17
2. Anstellungsgenehmigung/Nachbesetzung eines Vertragsarztsitzes: Sofortige Vollziehung	17
3. Zulassungsentziehung	18
a) Nichtausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit/Kein Ruhen der Zulassung	18
b) Keine zahnärztliche Behandlungen am Behandlungsstuhl aus gesundheitlichen Gründen	18
c) „Wohlfverhalten“: Mitwirkung an Aufklärung, Schadensbegrenzung und Schadensregulierung	19
4. Verfahren	19
a) Keine Ersetzung der mündlichen Verhandlung vor Zulassungsausschuss durch Videokonferenz	19
b) Keine mündliche Verhandlung per Videokonferenz	20
V. Gesamtvergütung/Verwaltungskostenumlage/Versorgung von Asylbewerbern	20
1. Ermittlung des zu bereinigenden Behandlungsbedarfs bei Selektivverträgen	21
a) Nicht vertragskonforme Inanspruchnahme des Kollektivvertrags	21
b) Abrechnung selektivvertraglicher Leistungen zusätzlich im Kollektivvertrag	21
2. Verwaltungskostenumlage der KBV: Bestimmtheitsgebot	21
3. Vertragsärztl. Versorgung von Asylbewerbern: Zahlungsanspruch gegenüber Kommune	22
VI. Bundessozialgericht (BSG)	22
1. Sachlich-rechnerische Berichtigung	22
a) Feststellungslast/Berechtigung zur Schätzung des neu festgesetzten Honorars	22
b) Postoperativer Bereitschaftsdienst anästhesistischer BAG u. unvorhergesehene Inanspruchnahme	23
2. Keine Genehmigung außerhalb des zugelassenen Fachgebiets (CT-Genehmigung)	23
3. Notdienst: Einbeziehung von Nuklearmedizinern	24

4. Wirtschaftlichkeitsprüfung/Arzneikostenregress	25
a) Wirtschaftlichkeitsprüfung nach Durchschnittswerten: Vergleichswert fachübergreifender BAG	25
b) Einzelleistungsprüfung: Grenze zum offensichtlichen Missverhältnis	25
5. Zulassungsrecht	25
a) Verlegung einer genehmigten Anstellung in anderes MVZ unterschiedlicher Rechtsträger	25
b) Zulassungsentziehung: Ungeeignetheit aus gesundheitlichen Gründen/Streitwert	26
6. Abschlüsse nach § 95d SGB V: Auslegung des Begriffs „Honorarberichtigungen“ in Vergütungsverb.	26

B. KRANKENVERSICHERUNGSRECHT 27

I. Vertrags(zahn)ärztliche Behandlung 27

1. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	27
a) Prostataspezifische Membranantigen-Positronen-Emissions-Tomographie/Computertomographie	27
b) Protonentherapie bei Prostatakarzinom	27
c) Mamma-Magnetresonanztomographie bei Mammakarzinom	27
d) Behandlung mit dendritischen Zellen bei Mammakarzinom	28
e) Dendritische Zellen in Kombination mit Hyperthermiebehandlung (Eierstockkrebs)	28
f) Oncotype DX Brustkrebstest	28
g) Extrakorporale Lipid-Apherese-Therapie	29
aa) Folgenabwägung: Gesundheitsgefahr (Kardiovaskuläre Erkrankung)	29
bb) Folgenabwägung: Progrediente kardiovaskuläre Erkrankung	29
h) Kapselendoskopie bei Verdacht auf Stenose im Darm	29
i) Electromotive Drug Administration Therapie (EMDA-Therapie) (Interstitielle Cystitis)	30
j) Softorthese als neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode	30
k) Immun-Therapie: Eilverfahren/Folgenabwägung	30
2. Künstliche Befruchtung bei gleichgeschlechtlichem Ehepaar	31
3. Transsexualismus: Gesichtsfeminisierende Eingriffe (Haartransplantation/Augenbrauen)	31
4. Zahnärztliche Behandlung	31
a) Mangelhaftigkeit zahnprothetischer Versorgung: Anspruch auf Neuversorgung	31
b) Neuanfertigung von Zahnprothesen nur bei Mangelhaftigkeit	32
c) Zuschuss zum gesetzlichen Festbetrag: Fortsetzungsfeststellungsklage	32
d) Versorgung mit Implantaten nur bei Vorliegen eines Ausnahmefalls	32
e) Implantatversorgung: Genehmigungsfiktion und beantragte Leistung	33

II. Stationäre Behandlung 33

1. Adipositaschirurgischer Eingriff	33
a) Ohne konservativen Therapieversuch	33
b) Kein multimodales Behandlungskonzept bei Insulinresistenz	33
c) Kein multimodales Therapiekonzept bei erheblichen Eigenbemühungen und BMI über 50	34
2. Brustverkleinerungs-Operation (Mammareduktionsplastik)	34
3. Stationäre Behandlungskosten in der Türkei: Geplante Operation	34

III. Kostenerstattung 34

1. Genehmigungsfiktion	35
a) 3-Wochen-Frist/Selbstbeschaffung (PSMA-PET-CT-Untersuchung)	35
b) Bösgläubigkeit und Ablehnungsentscheidung	35
c) Fehlende Gutgläubigkeit einer Mitarbeiterin der Krankenkasse (Liposuktion)	35
2. Behandlungsmaßnahmen durch nichtärztliche Behandler im Ausland	36

IV. Arzneimittel 36

1. Cannabis	36
a) Notwendigkeit einer vertragsärztlichen Verordnung	36
b) Schwerwiegende Erkrankung/Begründete Einschätzung/Vertragsärztliche Verordnung	36
c) Medizinischer Standard/Begründete Einschätzung/Verordnung nach erster Konsultation	37
d) Begründete Einschätzung: Krankheitszustand/Abwägung	37
e) Cannabis-Begriff/Begründungsanforderungen	37
f) Bestehende Behandlungsoptionen	38
g) Komplexe multimodale Schmerztherapie	38
h) Medizinisches Cannabis bei Gilles-de-la-Tourette-Syndrom	38
i) Rheumatoide Arthritis: Biologika als Alternative	38
j) Schwerwiegende Erkrankung: Schlafapnoesyndrom mit Zähneknirschen und Tagesmüdigkeit	39
k) Einstweilige Anordnung und Verdacht auf Suchtmittelerkrankung	39

V. Hilfsmittel 39

1. Therapedreirad für schwerbehindertes Kind	39
2. Liegedreirad mit Elektroantrieb	39

3. Handbike und Eingliederungshilferecht	40
4. Elektrorollstuhl mit Stehfunktion	40
5. Aufstehbett: Unmittelbarer Behinderungsausgleich zur Mobilisation	40
6. Hörgeräteversorgung: Beseitigung einer Minderung der Erwerbsfähigkeit	41
7. Echthaarperücke	41
a) Wirtschaftlichkeit der Versorgung	41
b) Versorgung zum vereinbarten Vertragspreis	41
VI. Rehabilitation/Häusliche Krankenpflege/Fahrkosten	41
1. Rehabilitation	42
a) Frist zur Antragstellung auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	42
b) Anschlussrehabilitation im einstweiligen Rechtsschutz	42
2. Häusliche Krankenpflege	43
a) Weiterleitung und fristauslösender Antrag auf Leistungen zur Teilhabe	43
b) Zuständigkeit bei Verlängerungsantrag: Begleitung beim Schulbesuch	43
c) Einstweilige Anordnung	43
d) Glaubhaftmachung eines Anordnungsgrunds	43
3. Fahrkosten	44
a) Fahrkostenerstattung: Nächst erreichbarer Arzt/Gründe für Ausnahme	44
b) Vertragsärztliche Verordnung für Krankentransportleistungen	44
VII. Beziehungen zu Krankenhäusern	44
1. Vergütungsanspruch/Fälligkeit	45
a) Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung und Einleitung einer Abrechnungsprüfung	45
b) Keine Vergütung der Behandlung als teilstationäre Behandlung	45
c) Notarztprotokoll keine ärztliche Verordnung zur vorstationären Behandlung	46
d) Ambulante spezialfachärztliche Versorgung: EndoPredict-Test (2015)	46
2. Potenzial einer Behandlungsalternative ausreichend (Kabelloser Herzschrittmacher)	46
3. Prüfverfahrensvereinbarung	47
a) Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit unterfällt nicht PrüfV 2014	47
b) Nachträgliche Rechnungskorrektur in Übereinstimmung mit dem MDK	47
c) Ausschlussregelung: Keine Wiedereinsetzung bei verschuldeter Säumnis	47
d) Übersendungsfrist für angeforderte Unterlagen: Keine Ausschlussfrist	48
e) § 7 II 3 u. 4 PrüfV 2014: Keine materiell-rechtliche Ausschlussfrist	48
f) § 7 II PrüfV 2016: Keine materiell-rechtliche Ausschlussfrist	48
4. Fallpauschalen	49
a) Kodierung der Hauptdiagnose bei Behandlung einer Schwangeren wegen Leukämie	49
b) Kodierung der Hauptdiagnose (Hirnfarkt durch Embolie statt Vorhofseptumdefekt)	49
c) Fallzusammenführung: Zeitraum zwischen Diagnostik und chirurgischer Weiterbehandlung	49
d) Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung	50
aa) Keine Gewährleistung einer jederzeitigen Vertretungsmöglichkeit	50
bb) Anschlussrehabilitation vorrangig	50
e) Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	50
f) Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung: Eigener Kardiologe	50
g) Keine Unterscheidung zwischen Intensivmedizinischer Versorgung und Überwachung	51
h) Gesamtdauer der Beatmungszeit: Gewöhnung und Entwöhnung	51
i) Einbringung von Knochenzement bei Arthrodese mit Arthrodeseennagel	52
j) Verwirkung/Grunderkrankung und Folgeerkrankungen	52
5. Aufwandspauschale: Abschluss des Prüfverfahrens	52
6. Sachverständigenvergütung: Keine Einholung eines Gutachtens zu inländischen Rechtsfragen	52
VIII. Beziehungen zu Leistungserbringern und Arzneimittelherstellern	54
1. Apotheken	54
a) Substitutionsverbot/Vorlage der Originalverordnung bei Absetzung der Gesamtrechnungssumme	54
b) Steuersatz auf Abgabe von Fertigarzneimitteln im Krankenhaus	54
c) Rückforderung von Umsatzsteuer auf Zytostatika: Ergänzende Vertragsauslegung	55
2. Arzneimittelhersteller	55
a) Rabattverträge für Kontrastmittel: Konkretisierung des wirtschaftlichen Bezugswegs	55
b) Erstattung gezahlter Herstellerrabatte	55
3. Orthopädieschuhmacher: Einigung auf Schiedsperson	56
4. Häusliche Krankenpflege: Räumliche Begrenzung der Berechtigung zur Leistungserbringung	57
IX. Verfahrensrecht	57
1. Unzulässigkeit einer Beschwerde nach Erfüllung der vorläufigen Leistungsverpflichtung	57
X. Bundessozialgericht (BSG)	58

1. Genehmigungsfiktion: Leistung vor Fristablauf	58
2. GPS-Uhr mit Alarmfunktion	58
3. Krankenhausvergütung	58
a) Fallzusammenführung	58
aa) Verlegung und Rückverlegung: Medizinische Gründe unerheblich	58
bb) Unvorhersehbare weitere Erkrankung/Beurlaubung	58
b) Fallpauschalen	59
aa) Multimodale Schmerztherapie: Approbierte Psychologische Psychotherapeuten	59
bb) Kodierung von Spontanatmungsstunden: Entwöhnung und Entlassung in Heimbeatmung	59
C. ENTSCHEIDUNGEN ANDERER GERICHTE	60
I. Ärztliches Berufsrecht	60
1. Widerruf/Ruhen/Wiedererteilung der Approbation/Berufserlaubnis	60
a) Widerruf der Approbation	60
aa) Anordnung der sofortigen Vollziehung des Widerrufs einer Approbation	60
bb) Gemeinschaftlich schwerer sexueller Missbrauchs eines Kindes	61
b) Ruhen: Fehlende gesundheitliche Eignung (Polytoxikomanie)	61
c) Keine Feststellungsklage nach Verpflichtung zur Wiedererteilung der Approbation	61
2. Strafrecht	62
a) BGH: Vorwurf der Untreue gegen Verantwortliche der KV Berlin	62
b) BGH: Filmaufnahmen bei Vorsorgeuntersuchung als sexueller Missbrauch	62
c) Fahrlässige Tötung: Leitlinienwidriges Legen eines Drainageschlauches	63
d) Vermögensarrest: Vorwurf des Abrechnungsbetruges	63
3. BVerwG: Präimplantationsdiagnostik/Chromosomen-Screening	63
4. Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie: Magnetresonanztomographie	64
II. Arzthaftung	64
1. Bundesgerichtshof (BGH)	64
a) Beurteilung des medizinischen Standards	64
b) Elektive sekundäre Sectio	64
c) Auslegung einer Verjährungsverzichtserklärung	65
d) Produkthaftung: Substantiierungsanforderungen an Klage (Fehlerhaftigkeit einer Hüftprothese)	65
2. Behandlungsfehler	65
a) Unrichtige Diagnose und Vorwerfbarkeit/Dokumentationsmangel	65
b) Überweisung an Facharzt: Vertrauensgrundsatz	65
c) Mehrstufige Kausalitätsprüfung bei Diagnosefehler (Schwangerschaftsbegleitung)	65
d) Behandlungsfehler bei der Geburt: Schmerzensgeld	66
e) Pflegemehraufwendungen und Schmerzensgeld nach Geburtsschaden	66
f) Manipulation an der Wirbelsäule: Aufklärung/Operationsfolge/Schmerzensgeld	66
g) Schmerzensgeld: An Krebs verstorbene 70-jährige Frau	67
h) Notfallbehandlung in Klinik: Grober Befunderhebungsfehler (Abklärung Basilaristhrombose)	67
i) Wiederholung der Beweisaufnahme	68
j) Zahnärztl. Behandlung/Weisheitszahn: Aufklärung/Verletzung des Nervus lingualis	68
3. Aufklärung: Unzureichende Belehrung und Behandlungsfehler (Arthroskopischen Eingriff am Knie)	68
4. Durchgangsarzt: Passivlegitimation der BG bei Befunderhebungsfehler	68
5. Sachverständiger: Entwurf eines Gutachtens durch Dritten	69
ANHANG I: BSG - ANHÄNGIGE REVISIONEN VERTRAGSARZTRECHT	70
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@dgfkassenarztrecht.de; Tel: 030/4005-1750; PC-Fax:030/4005-27-1750; Fax:030/4005-1795) bezogen werden. Der Jahresbeitrag für natürliche Personen beträgt 60 €. Der RID erscheint viermal im Jahr.

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

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

Editorische Hinweise

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

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** konnte hinsichtlich der Abteilungen Vertragsarztrecht und Krankenversicherung (Leistungsrecht) nicht ausgewertet werden, da sie im Berichtszeitraum wegen sicherheitsrelevanter Probleme nicht zur Verfügung stand. Diese Ausgabe berücksichtigt die bis zum 07.05.2020 in **juris** eingestellten Entscheidungen.

A. VERTRAGSARZTRECHT

I. Honorarverteilung

Nach BSG, Urt. v. 17.03.2021 - **B 6 KA 32/19 R** - gehört die Praxis des Kl. im Rahmen der HVM-Regelung zum sog. **BAG-Zuschlag** zur Gruppe der „**Praxen mit angestellten Ärzten**“ im Sinne dieser Vorschrift, weil der Kl. eine Jobsharing-Partnerin angestellt hat. Praxen mit Job-Sharing-Anstellungen sind nicht von dem Zuschlag ausgeschlossen. Eine solche **Einschränkung könnte zwar zweifellos ohne Verstoß gegen höherrangiges Recht im HVM geregelt werden**. Sowohl der aktuelle HVM der Bekl. als auch z.B. der im Bezirk der KV Hessen geltende HVM enthalten Regelungen, die Job-Sharing-Praxen, in denen sich zwei Ärzte lediglich einen Versorgungsauftrag teilen, von dem Zuschlag ausschließen. Der hier noch maßgebende im Quartal I/16 geltende HVM enthielt eine solche einschränkende Regelung jedoch nicht und auch unter **systematischen Gesichtspunkten** sowie unter Berücksichtigung von **Sinn und Zweck** ist eine vom **Wortlaut** abweichende Auslegung nach Auffassung des Senats nicht zu begründen. Der Umstand, dass für die Ermittlung des praxisbezogenen RLV nach dem HVM bei Jobsharing-Anstellungen besondere Regelungen gelten und für den sog. Juniorpartner kein eigenes RLV gebildet wird, rechtfertigt keine andere Beurteilung. Ausgangspunkt für die streitige Erhöhung des RLV um 10% ist **allein das RLV der Arztpraxis**. Über ein solches verfügen auch Jobsharing-Praxen. Der HVM machte den Anspruch auf den Zuschlag nicht davon abhängig, wie das praxisbezogene RLV ermittelt wurde. Die Bekl. kann ihre Auffassung auch nicht mit Erfolg darauf stützen, dass bei Jobsharing-Praxen keine sog. **Fallzählungsverluste** auftreten würden, die durch den Zuschlag ausgeglichen werden könnten. Das folgt bereits daraus, dass der auf der Grundlage des § 87b II 2 SGB V und des Teils D der Vorgaben der KBV gem. § 87b IV SGB V geregelte sog. **BAG-Zuschlag der Förderung von Kooperationen dient** und deshalb nicht auf das Ziel eines Ausgleichs von Fallzählungsverlusten reduziert werden kann. Die Bekl. kann auch nicht mit Erfolg einwenden, dass Jobsharing-Konstellationen angesichts der für diese geltenden besonderen Regelungen zur Leistungsbegrenzung von der Zuschlagsregelung ganz offensichtlich nach deren Sinn und Zweck nicht erfasst werden sollten. Die Begrenzung des Umfangs der von Jobsharing-Praxen abrechenbaren Leistungen steht einer Erhöhung des Anteils der innerhalb des RLV zum vollen Punktwert vergüteten Leistungen nicht entgegen. Das zeigt auch die Verwaltungspraxis der KV Baden-Württemberg, die Jobsharing-Praxen auf der Grundlage einer inhaltsgleichen Regelung im HVM nicht vom Anspruch auf den Kooperationszuschlag ausschließt.

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 (gemeint ist 2008) 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 bekl. KV 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 KV 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. QZV: Ausgleich des Budgets wie in Vorjahresquartalen

SG Marburg, Gerichtsbescheid v. 19.03.2021 - S 12 KA 224/17, S 12 KA 225/17
u. S 12 KA 247/17

RID 21-02-1

juris
SGB V § 87b

Leitsatz: 1. Das Anknüpfen an ein früheres **Aufsatzjahr** bezweckt, das Verhältnis der **Honorarkontingente** beizubehalten. Soweit für einen Arzt die Zuordnung zur Fachgruppe geändert wird, bedeutet dies die Verminderung des Honorarkontingents. Insofern „nimmt“ der Arzt sein Honorarvolumen mit, schon um nicht das Honorarvolumen der neuen Arztgruppe zu vermindern.

2. Es besteht kein Anspruch darauf, dass ein **QZV** wie in den Vorjahresquartalen dem **Ausgleich des Budgets** zu den übrigen QZV bzw. insb. dem RLV dient.

Die Beteiligten streiten um die Höhe des Honorars für die drei Quartale III/15 bis I/16 und hierbei insb. um die Vergütung aufgrund des QZV 19 (Schmerztherapeutische spezielle Versorgung). Das **SG** wies die Klage ab.

2. Psychotherapeuten: Strukturzuschlag für ermächtigte Ausbildungsinstitute

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 24.02.2021 - L 3 KA 89/17

RID 21-02-2

Revision anhängig: B 6 KA 4/21 R

juris
SGB V §§ 117 III, 120 III; BGB § 242

Leitsatz: 1. Die rückwirkende Erhöhung der Honorare für antragspflichtige psychotherapeutische Leistungen (einschließlich der Einführung von **Strukturzuschlägen** nach den Gebührenordnungspositionen 35251 und 35252) m.W.v. 2012 gilt auch für die **ermächtigten Ambulanzen** staatlich anerkannter Ausbildungsstätten für Psychotherapie (vgl. BSG, Ur. v. 12.12.2018 - B 6 KA 41/17 R - SozR 4-2500 § 117 Nr. 7).

2. **Nachzahlungsansprüche** der Träger dieser Ausbildungsstätten können mangels rechtzeitiger Vorbehalte einer Nachforderung aber **verwirkt** sein.

Im Streit steht eine Nachvergütung ambulanter psychotherapeutischer Leistungen der Ambulanz einer staatlich anerkannten Ausbildungsstätte für Psychotherapie in den Quartalen I/12 bis III/16 aufgrund wiederholter rückwirkender Änderung der Bewertung der antragspflichtigen Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM und Einführung eines sog. Strukturzuschlags. **SG Hannover**, Ur. v. 15.11.2017 - S 61 KA 382/16 - wies die Klage ab, das **LSG** verurteilte die Bekl., an den Kl. 48.929,35 € nebst Zinsen zu zahlen, und wies im Übrigen die Berufung zurück. Nach dem LSG steht ein Nachvergütungsanspruch wegen der **Punktzahlenhebungen** aufgrund der Änderung der Bewertung der antragspflichtigen Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM (Punktzahlerhöhung) dem Kl. lediglich für das Quartal IV/14 zu. Für alle übrigen Quartale steht den in diesem Zusammenhang geltend gemachten Ansprüchen zwar nicht die nieders. Vereinbarung mit den Krankenkassen entgegen; die Ansprüche sind jedoch nach Treu und Glauben verwirkt. Bei einer vorbehaltlosen Abrechnung erwächst ein Vertrauenstatbestand daraus, dass die Krankenkasse regelhaft darauf vertraut, dass die ermächtigte Ausbildungsstätte insoweit keine weiteren Nachforderungen erhebt. Soweit die Klage auf eine Zahlung der **Strukturzuschläge** gerichtet ist, hat sie lediglich hinsichtlich der Quartale IV/14 bis III/16 Erfolg und ist im Übrigen wegen Verwirkung unbegründet.

3. Erhöhung des pfändungsfreien Betrags nach Abtretung des Honoraranspruchs

LSG Sachsen, Beschluss v. 04.01.2021 - L 1 KA 5/20 B ER

RID 21-02-3

juris
BGB §§ 372, 398, 400; SGB I § 53; ZPO §§ 850c, 850f I; SGG § 51

Leitsatz: 1. Für den Streit über die Höhe des zu zahlenden vertragsärztlichen Honorars ist auch im Falle einer Globalzession der pfändbaren Honoraransprüche der **Rechtsweg** zu den Sozialgerichten gegeben.

2. Die **Abtretung vertragsärztlicher Honoraransprüche** ist kein Fall des § 53 SGB I.

3. Bei der Abtretung vertragsärztlichen Honorars ist die Kassenärztliche Vereinigung als Drittschuldnerin zwar verpflichtet, den nach §§ 850a, 850c, 850d ZPO pfändbaren Anteil des Honoraranspruchs zu berechnen. Die Kassenärztliche Vereinigung ist jedoch nicht befugt, über die

Erhöhung des pfändungsfreien Betrages analog § 850f ZPO zu entscheiden; dies ist im Verhältnis der Parteien des Abtretungsvertrages zivilgerichtlich zu klären.

Die Beteiligten streiten um eine Erhöhung des der Ast. von ihrem vertragsärztlichen Honorar pfändungsfrei zu belassenden Betrages. **SG Dresden**, Beschl. v. 02.06.2020 - S 11 KA 88/20 ER - lehnte den Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

4. Zahnärztliche Degressionsregelung nicht verfassungswidrig

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 24.03.2021 - L 7 KA 20/17

RID 21-02-4

juris

SGB V a.F. § 85 IVb; GG Art. 3 I, 12

Leitsatz: Die **Degressionsregelung** des § 85 Abs. 4b SGB V (a.F.) war im Abrechnungsjahr 2013, auch soweit sie die Oralchirurg*innen erfasste, **nicht verfassungswidrig**.

SG Berlin, Ur. v. 22.01.2017 - S 83 KA 449/14 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

II. Sachlich-rechnerische Berichtigung

Nach BSG, Ur. 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) Unvorhergesehene Inanspruchnahme/Fehlende Dokumentation/Stundenweise Vertretung

SG München, Urteil v. 25.03.2021 - S 38 KA 262/19

RID 21-02-5

juris

Ärzte-ZV § 32; BMV-Ä § 17

Leitsatz: I. Die Hinzuziehung eines **medizinischen Fachexperten** im Rahmen einer **Plausibilitätsprüfung** ist unterstützender Art und als Internum anzusehen. Mögliche Unzulänglichkeiten, wie zum Beispiel fehlende Eignung des Fachexperten führen daher nicht zur Rechtswidrigkeit des Verwaltungsaktes.

II. Die Abrechnung der GOP 01100 setzt eine „**unvorhergesehene Inanspruchnahme**“ des Arztes voraus. Hierbei ist zweifelhaft, ob die bloße **Mitteilung von Laborparametern**, egal ob vom Patienten oder vom Arzt die Initiative ausgeht, den Ansatz der GOP 01100 rechtfertigt. Denn die Mitteilung der Laborparameter müsste im Rahmen der Sprechstunde darstellbar sein.

III. Bei der Erbringung der Leistungen der GOP 35100 und 35110 ist zu beachten, dass über die allgemeinen Dokumentationspflichten (§ 57 BMV-Ä bzw. § 10 Abs. 1 der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns und Art. 18 Abs. 1 Ziffer 3 Heilberufekammergesetz <HKaG>) hinaus **besondere Dokumentationspflichten** bestehen, die sich zum einen aus dem EBM selbst, aber auch aus der Psychotherapie-Richtlinie (§ 23 Abs. 1 Psychotherapie-Richtlinie a.F., § 24 Abs. 1 Psychotherapie-Richtlinie n.F.) ergeben.

IV. Bei einer nur stundenweisen oder halbtägigen ersatzweisen Tätigkeit durch einen anderen Arzt handelt es sich nicht um eine **Vertretung** im Sinne der §§ 32 Ärzte-ZV, 17 BMV-Ä (vgl. LSG Niedersachsen-Bremen, Beschl. v. 08.06.2007 - L 3 KA 9/07 ER - RID 07-03-26).

Die Kl. ist Kinder- und Jugendärztin. Im Rahmen einer Plausibilitätsprüfung in den Quartalen I/13 bis IV/15 setzte die Bkl. eine Honorarrückforderung in Höhe von 70.160,31 € fest. Das **SG** wies die Klage ab.

b) Nachweis der Ordnungsgemäßheit der Abrechnung

SG Marburg, Gerichtsbescheid v. 06.04.2021 - S 12 KA 199/19

RID 21-02-6

juris
SGB V a.F. § 106a

Leitsatz: Steht der dringende Verdacht im Raum, dass der Arzt abgerechnete Leistungen nicht erbracht hat und/oder Leistungen abgerechnet hat, die im Rahmen einer Notfallbehandlung nicht hätten erbracht werden dürfen, 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 114.434,78 € aufgrund von patientenbezogenen und ergänzenden Plausibilitätsprüfungen der Honorarabrechnungen bzgl. der Tätigkeit im Ärztlichen Bereitschaftsdienst. Das **SG** wies die Klage ab.

c) Zeitbezogene Plausibilitätsprüfung: Hohe Patientenzahl/Praxisöffnungszeiten/Praxisstruktur

SG Marburg, Gerichtsbescheid v. 06.04.2021 - S 12 KA 119/18

RID 21-02-7

juris
SGB V a.F. § 106a

Leitsatz: Eine hohe **Patientenzahl**, besondere **Sprechstunden-/Praxisöffnungszeiten** oder besondere **Strukturen** der Praxis können die Überschreitung der Zeitprofile nicht rechtfertigen, da maßgeblich der plausible Zeitaufwand Gegenstand der Überprüfung ist.

Die Beteiligten streiten über die Rechtmäßigkeit der Rückforderung aus einer zeitbezogenen Plausibilitätsprüfung bzgl. der fünf Quartale I/11 bis I/12 in Höhe von 650.509,01 €. Das **SG** wies die Klage ab.

2. Abrechnung unter unzutreffender lebenslanger Arztnummer

LSG Sachsen, Beschluss v. 20.05.2020 - L 1 KA 2/20 B ER

RID 21-02-8

juris
SGB V § 106d

Leitsatz: 1. Gibt ein Vertragsarzt bei der Honorarabrechnung gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung die **lebenslange Arztnummer** (LANR) eines angestellten Arztes an, der die abgerechneten Leistungen tatsächlich nicht erbracht hat, ist ein Vertrauensausschlussstatbestand im Sinne des § 45 Abs. 2 Satz 3 Nr. 2 SGB X verwirklicht.

2. Auch bei einer **internen Vertretung** in einer Vertragsarztpraxis mit mehreren angestellten Ärzten ist immer die **LANR** derjenigen Person anzugeben, die die abgerechneten Leistungen tatsächlich erbracht hat.

Die Beteiligten streiten über die Rückforderung vertragsärztlicher Honorare in Höhe von 216.184,67 € für die Quartale I bis IV/16 aufgrund sachlich-rechnerischer Richtigstellung. Der Ast. nahm in diesem Zeitraum als Facharzt für Innere Medizin an der hausärztlichen Versorgung teil. In der Praxis des Ast. waren in dieser Zeit fünf Ärzte, denen eine eigene lebenslange Arztnummer (LANR) zugewiesen war, angestellt. Die strittige Honorarberichtigung (Bescheid v. 17.09.2019) begründete die Ag. damit, dass die Abrechnung dieser Leistungen während der Arbeitsunfähigkeit des angestellten Arztes M vom 29.01.2016 bis zum 15.10.2016 nicht gerechtfertigt gewesen sei. **SG Dresden**, Beschl. v. 23.01.2020 - S 25 KA 18/20 ER - RID 20-02-6 lehnte den Antrag auf vorläufigen Rechtsschutz ab, das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

3. Unterbliebene Mitwirkung an Online-Versichertenstammdaten-Prüfung

LSG Niedersachsen-Bremen, Beschluss v. 17.03.2021 - L 3 KA 63/20 B ER

RID 21-02-9

juris
SGB V §§ 85 IV, 291; SGG §§ 86a II Nr. 4, 86b I 1 Nr. 2

Leitsatz: Zur aufschiebenden Wirkung einer Klage gegen eine **Honorarkürzung** wegen unterbliebener Mitwirkung des Vertrags(zahn)arztes an der **Online-Versichertenstammdaten-Prüfung**.

Der Ausgangsbescheid enthält für sämtliche Quartale des Jahres 2019 eine Kürzung des Honoraranspruchs (insgesamt 158.727,60 €) i.H.v. 1 % wegen der Nichtdurchführung der sog. Online-Versichertenstammdaten<VSD>-Prüfung. Der Kürzungsbetrag beläuft sich auf insgesamt 1.587,27 €. **SG Hannover**, Beschl. v. 11.12.2020 - 35 KA 42/20 ER - stellte den Eintritt der aufschiebenden Wirkung der unter dem Az. S 35 KA 11/20 anhängigen Klage fest, das **LSG** lehnte den Antrag auf Anordnung der aufschiebenden Wirkung ab. Das **LSG** hat **keine verfassungsrechtlichen Bedenken** gegen die Wirksamkeit des § 291 IIb 9 SGB V, schon weil sich der Ast. nicht auf die (vermeintliche) Verletzung von Rechten Dritter, hier seiner versicherten Patienten, berufen kann. Bei der Online-VSD-Prüfung wird abgefragt, ob die von den Krankenkassen gem. § 284 I 1 Nr. 2 SGB V auf der elektronischen Gesundheitskarte <eGK> gespeicherten Daten noch aktuell sind. Es geht nicht um Daten, die durch den Vertrags(zahn)arzt erhoben worden sind. Im Übrigen hat das LSG im Verfahren des einstweiligen Rechtsschutzes weder Bedenken gegen die **Zulässigkeit der Online-VSD-Prüfung** als solcher noch gegen deren konkrete Ausgestaltung, auch nach BSG, Urt. v. 20.01.2021 - B 1 KR 7/20 R - zit. n. Terminsbericht 2/21 hat der Gesetzgeber mit den durch das Patientendaten-Schutz-Gesetz - PDSG v. 14.10.2020 neu gefassten Regelungen des SGB V zur eGK und zur TI ausreichende Vorkehrungen zur Gewährleistung einer angemessenen Datensicherheit getroffen. Eine Verletzung der Berufsausübungsfreiheit ist nicht ersichtlich.

4. Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin: Keine Behandlung von Erwachsenen

LSG Bayern, Urteil v. 15.07.2020 - L 12 KA 3/19
SGB V § 106d

RID 21-02-10

Leitsatz: 1. Die Grenzen für die Ausübung der fachärztlichen Tätigkeit bestimmen sich nach der **Gebietsdefinition** in der maßgeblichen Weiterbildungsordnung.
2. Für einen Facharzt für **Kinder- und Jugendmedizin** ist die Behandlung von **Erwachsenen** wegen Fachfremdheit nach der in den streitgegenständlichen Quartalen geltenden Weiterbildungsordnung grundsätzlich ausgeschlossen.

Streitig sind sachlich-rechnerische Richtigstellungen von Leistungen, die in den Quartalen IV/16 bis II/17 vom Kl., einem ermächtigten Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie, bei Patienten über 18 Jahren erbracht worden sind. **SG München**, Urt. v. 10.10.2018 - S 20 KA 674/17 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück. **BSG**, Beschl. v. 01.12.2020 - B 6 KA 17/20 B - juris verwarf die Nichtzulassungsbeschwerde als unzulässig.

5. Schätzung des Umfangs der Unrichtigkeit

LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 22.12.2020 - L 7 KA 10/20 WA
juris
SGB V § 106d

RID 21-02-11

Die KV ist an der **Neufestsetzung** für ein Quartal, in welchem nachweislich die Garantiewirkung der Abrechnungssammelerklärung entfällt, weil grob fahrlässig Gebührenziffern für erbrachte Leistungen unrichtig von dem Vertragsarzt angegeben wurden, nicht dadurch gehindert, dass sie die gleiche Verhaltensweise in **späteren Quartalen** nicht ahndet.

Die KV darf den **Umfang** der Unrichtigkeit **schätzen**, wenn der Vertragsarzt grob fahrlässig gehandelt hat. Es ist in der Regel nicht zu beanstanden, wenn die KV das Honorar in der Höhe des Durchschnitts der Fachgruppe festsetzt.

Es besteht kein Anspruch darauf, anstatt der falsch berechneten Ziffern Nr. 10, 11 und 17 EBM zumindest die Gebührenziffer 1 EBM vergütet zu bekommen. Der Vertragsarzt, der grob fahrlässige Falschabrechnungen und damit die Abgabe einer unrichtigen Sammelerklärung zu verantworten hat, kann gerade keine möglichst genaue **Alternativberechnung** beanspruchen (so LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 26.11.2014 - L 3 KA 70/12 - juris Rn. 29, RID 15-01-20). Die KV ist nicht verpflichtet, die Abrechnungsunterlagen auf mögliche ungenutzte Abrechnungspotentiale hin zu überprüfen (LSG Bayern, Urt. v. 11.03.2015 - L 12 KA 25/13 - juris Rn. 17 f., RID 16-01-16).

Die KV darf sich am **Fachgruppendurchschnitt** orientieren, auch wenn der Vertragsarzt **mehr Patienten** als die Fachgruppe hat.

Der Kl. wendet sich gegen einen Aufhebungs- und Rückforderungsbescheid, mit dem die Bkl. den Honorarbescheid über die vertragsärztliche Vergütung, betreffend das Quartal II/96 aufgehoben, das Honorar

neu festgesetzt und die Summe von 59.715 DM zurückgefordert hat. **SG Berlin**, Urt. v. 11.12.2002 - S 71 KA 93/00 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

6. Honorarrückforderung: Einstweiliger Rechtsschutz

SG München, Beschluss v. 03.02.2021 - S 38 KA 16/21 ER

RID 21-02-12

juris

SGB V a.F. §§ 87 II 6, 106a; SGG § 86b I 1 Ziff. 2

Leitsatz: I. Das Nichtgebrauchmachen von dem Angebot eines Stundungersuchens bzw. das Nichtbevorstehen von Vollstreckungsmaßnahmen lassen im Hinblick auf das Gebot effektiven Rechtsschutzes aus Art. 19 Abs. 4 GG das **Rechtsschutzinteresse** für den **einstweiligen Rechtsschutz** nach § 86b Abs. 1 S. 1 Nr. 2 SGG nicht entfallen.

II. Sind die Erfolgsaussichten eines Hauptsacheverfahrens als ergebnisoffen zu bezeichnen, ist eine **Interessenabwägung** vorzunehmen. Dabei spricht ein **bevorstehender Renteneintritt** dafür, das öffentliche Interesse bzw. das Interesse der Antragsgegnerin an dem Sofortvollzug höher zu bewerten, weil wegen des dann geringeren Einkommens nach Renteneintritt eine **Realisierbarkeit von Ansprüchen** ernsthaft gefährdet wäre (vgl. Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer/Schmidt, Kommentar zum SGG, Rn. 12 zu § 86b; Landessozialgericht Baden-Württemberg, Beschluss vom 14.03.2019, Az L 7 AS 632/19 ER-B).

Gegenstand des Hauptsacheverfahrens (S 38 KA 176/20) ist eine Plausibilitätsprüfung (ursprünglich Quartale I/08 bis II/10 nach Abhilfe Quartale II/08 bis einschl. 18.05.2009). Die Honorarrückforderung wurde auf 90.974,11 € reduziert. Die Plausibilitätsprüfung stand im Zusammenhang mit Verfahren vor dem AG, LG und OLG München. U.a. hatte das LG, Urt. v. 25.10.2006, dem Ast. die Ausübung des Arztberufs für ein Jahr insoweit verboten, dass er bei der Behandlung von Patienten und der Einstellung von Mitarbeitern in die Arztpraxis keine körperlichen Untersuchungen und Behandlungen weiblicher Personen vornehmen darf. LSG Bayern, Beschl. v. 16.06.2008 - L 12 B 415/08 KA ER - untersagte dem Ast., ohne Anwesenheit von Hilfspersonen (ärztliches oder nicht fachärztliches Personal) weibliche Patienten zu behandeln und an weiblichen Patienten körperliche Behandlungen vorzunehmen. LSG Bayern, Urt. v. 21.02.2018 - L 12 KA 23/15 -, Nichtzulassungsbeschwerde zurückgewiesen durch BSG, Beschl. v. 24.10.2018 - B 6 KA 10/18 B - RID 19-01-67, führte betreffend die Plausibilitätsprüfung für die Quartale II/05 bis IV/06 aus, dem Ast. sei nach dem Beschluss des AG jeglicher unmittelbare Kontakt mit weiblichen Patienten und nicht nur die körperliche Untersuchung weiblicher Patienten verboten. Untersagt seien damit alle Leistungen, welche die Gabe von Kontrastmitteln erforderten, bzw. entweder unter Verstoß gegen das Berufsverbot oder unter Verstoß gegen das Gebot der persönlichen Leistungserbringung erbracht wurden. Im Hauptsacheverfahren streiten die Bet. u.a. über die Reichweite des Berufsverbots. Das **SG** wies den Antrag, die aufschiebende Wirkung der Klage anzuordnen, ab.

III. Genehmigung/Disziplinarrecht/Notdienst

Nach BSG, Urt. v. 17.03.2021 - **B 6 KA 6/20 R** - steht einer **Belegarztanerkennung** für den kl. Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie entgegen, dass die **unverzügliche und ordnungsgemäße Versorgung** i.S. des § 39 V Nr. 3 BMV-Ä der vom Kl. zu betreuenden Versicherten aufgrund der **Entfernung zwischen seinem Vertragsarztsitz in E. und dem Krankenhaus mit der Belegabteilung in M.** nicht gewährleistet ist. Die Vorgaben dieser Vorschrift gelten auch nach Abschaffung der Residenzpflicht für Vertragsärzte im Rahmen der Belegarztanerkennung weiterhin. Hierdurch wird dem Umstand Rechnung getragen, dass der Belegarzt eine **besondere persönliche Verantwortung für seine stationären Patienten** trägt, die es erfordert, dass er neben seiner ambulanten Tätigkeit bedarfsgerecht im Belegkrankenhaus anwesend sein kann. Bereits aus dem Wortlaut des § 39 V Nr. 3 BMV-Ä ergibt sich, dass auf den **Praxissitz** abzustellen ist, in welchem der Arzt, der eine Belegarztanerkennung begehrt, hauptsächlich seine ambulante vertragsärztliche Tätigkeit ausübt. Dabei muss die Praxis so nahe beim Krankenhaus liegen, dass der Arzt dieses von der Praxis aus **innerhalb von 30 Minuten typischerweise erreichen** kann. Die Fahrzeit zwischen dem Praxissitz des Kl. in E. und dem Krankenhaus in M. beträgt nach den Feststellungen des LSG ca. 39 Minuten, so dass die erforderliche räumliche Nähe zwischen Vertragsarztsitz und Krankenhaus hier nicht gegeben ist. Auch der Umstand, dass der Kl. mit **anderen Belegärzten der überörtlichen BAG** bzw. des Krankenhauses **kooperativ** im Rahmen seiner Tätigkeit als Belegarzt zusammenarbeiten will, rechtfertigt keine andere Beurteilung. Durch die gemeinsame Tätigkeit mehrerer Belegärzte gleicher Fachrichtung an einem Krankenhaus kann eine kontinuierliche individuelle Krankenversorgung und eine bessere Zusammenarbeit bei der Abdeckung der Bereitschaftsdienste und Rufbereitschaften sichergestellt werden. Dies ändert aber nichts daran, dass die **Belegarztanerkennung stets personenbezogen zu prüfen** und zu erteilen ist. Es ist Sache der Partner der **Bundesmantelverträge**, die Voraussetzungen der Anerkennung als Belegarzt zu modifizieren, wenn das ihnen im Hinblick auf die Tätigkeiten von Ärzten in (überörtlichen) BAGen und MVZ zur künftigen Gewährleistung der belegärztlichen Tätigkeit geboten erscheint.

1. Genehmigung eines Assistenten

a) Beschränkung der Zahl der Weiterbildungsassistenten: Satzungsgrundlage

SG Marburg, Gerichtsbescheid v. 01.03.2021 - S 12 KA 18/20

RID 21-02-13

Berufung anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 11/21 -

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

Ärzte-ZV § 32 II

Leitsatz: 1. Durch eine vom **Vorstand** einer Kassenärztlichen Vereinigung beschlossene **Richtlinie** für die Beschäftigung von Assistenten kann eine Beschränkung auf höchstens einen Weiterbildungsassistenten pro Vertragsarzt nicht wirksam geregelt werden. Hierfür bedarf es einer Satzung.

2. Die **Zahl der zulässigen Beschäftigungsverhältnisse** kann auf zwei beschränkt werden, da die Weiterbildung ein persönliches Engagement des Arztes voraussetzt.

Die Beteiligten streiten im Rahmen einer Fortsetzungsfeststellungsklage noch um die Frage, ob die Ablehnung der Genehmigung der Beschäftigung einer Ärztin in Weiterbildung rechtswidrig war. Das **SG** stellte fest, dass der Bescheid vom 02.09.2019 in der Gestalt des Widerspruchbescheides vom 11.12.2019 rechtswidrig war.

b) Vorbereitungsassistent/Qualifikation des Ausbilders: Vorherige Tätigkeit als Vertragszahnarzt

SG Marburg, Gerichtsbescheid v. 17.03.2021 - S 12 KA 373/20

RID 21-02-14

juris

Zahnärzte-ZV §§ 3 II, 32 II

Leitsatz: 1. **MVZ** dürfen für jeden vollen Versorgungsauftrag, den sie zu erfüllen haben, einen **Assistenten** in Vollzeit beschäftigen (vgl. BSG, Urt. v. 12.02.2020 - B 6 KA 1/19 R - BSGE 130, 51 = SozR 4-5525 § 32 Nr. 3 <vorgesehen>, juris Rdnr. 15 und 25 ff.).

2. Assistenten- und Vertreterrichtlinien einer Kassenzahnärztlichen Vereinigung dürfen auch mit Satzungsqualität die notwendige **Qualifikation des Ausbilders** nicht von einer vorherigen Tätigkeit als Vertragszahnarzt und/oder Leiter eines MVZ abhängig machen.

Die Beteiligten streiten im Rahmen einer Fortsetzungsfeststellungsklage um die Genehmigung der Beschäftigung eines Vorbereitungsassistenten im MVZ der Kl. und hierbei insb. um die Frage, ob Satzungsbestimmungen der Bekl. die notwendige Qualifikation des Ausbilders in unzulässiger Weise von einer vorherigen Tätigkeit als Vertragszahnarzt und/oder Leiter eines MVZ abhängig machen. Das **SG** stellte fest, dass der angefochtene Bescheid rechtswidrig war.

2. Frauenheilkunde: Bestimmung von okkultem Blut im Stuhl fachfremd

LSG Bayern, Urteil v. 09.12.2020 - L 12 KA 77/19

RID 21-02-15

juris

SGG §§ 78, 84

Leitsatz: 1. Die Frage, ob eine Widerspruchsbehörde über einen **unzulässigen Widerspruch** in der Sache entscheiden kann, führt nicht unter dem Gesichtspunkt „Durchführung des Vorverfahrens“ zur Unzulässigkeit der Klage, sondern ist eine im Rahmen der Begründetheit der Klage zu prüfende Frage der Rechtmäßigkeit des Widerspruchsbescheides und der Bestandskraft des Ausgangsbescheides.

2. Der Erteilung einer Genehmigung für die Durchführung und Abrechnung der GOP 01738 und 32457 EBM für einen **Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe** steht bereits entgegen, dass die Leistungen für ihn **fachfremd** sind.

SG München, Urt. v. 24.10.2019 - S 43 KA 108/18 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

3. Verantwortung des ärztl. Leiters eines MVZ bei missbräuchlicher Nutzung der Kooperationsform

SG München, Gerichtsbescheid v. 22.01.2021 - S 38 KA 165/19

RID 21-02-16

juris

BMV-Ä § 57; HeilBerG Bayern Art. 18 I Ziff. 3

Leitsatz: 1. Nach § 57 BMV-Ä bzw. § 10 Abs. 1 der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns und Art. 18 Abs. 1 Ziffer 3 Heilberufekammergesetz (HKaG) besteht für den Vertragsarzt eine allgemeine **Dokumentationspflicht**. Es ist so zu dokumentieren, dass ein fachkundiger Außenstehender ohne weiteres in der Lage ist, zu beurteilen, ob die jeweiligen Leistungsbestandteile erfüllt sind.

2. Die **Nichtvorlage ausreichender Dokumentationen** stellt eine Verletzung vertragsärztlicher Pflichten dar. Denn sie führt dazu, dass die KV ihre Verpflichtung aus § 75 Abs. 2 SGB V nicht wahrnehmen kann und letztendlich die Prüfung der Rechtmäßigkeit der Abrechnung vereitelt wird (vgl. auch LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 22.11.2013 - L 24 KA 69/12 - RID 14-01-29).

3. Das zugelassene medizinische Versorgungszentrum hat die volle **Verantwortung** für die korrekte Organisation der Behandlung und für die Leistungsabrechnung. Diese Kernaufgaben des **MVZs** werden in personam des ärztlichen Leiters wahrgenommen.

4. Aufgrund der **Gesamtverantwortung des ärztlichen Leiters eines MVZs**, die auch die Richtigkeit der Abrechnung mit umfasst, besteht grundsätzlich keine Notwendigkeit, vorrangig disziplinarrechtlich gegen angestellte Ärzte im MVZ und allenfalls subsidiär gegen den ärztlichen Leiter vorzugehen, auch wenn diese die Leistungen nicht entsprechend der rechtlichen Vorgaben erbracht haben sollten.

5. **Kooperationsformen** müssen so „gelebt“ werden, wie dies dem Zulassungsstatus/Genehmigungsstatus entspricht. Wer sich für eine bestimmte Kooperationsform entscheidet, muss sich daran festhalten lassen.

Der Kl. ist Leiter eines MVZ in M. Nachdem sich ein Verdacht der Implausibilität wegen der großen Anzahl gemeinsamer Patienten zwischen dem MVZ des Kl. und eines weiteren, 8 km entfernten MVZ in P ergab, setzte die Bekl. für die Quartale I/12 bis III/13 eine Gesamtrückforderung gegen das MVZ des Kl. in Höhe von 78.674,68 € fest. Das Verfahren wurde im Januar 2020 durch Vergleich (Rückforderung auf 58.085,07 € ermäßigt) beendet. Gegen die Leiter beider MVZ wurde jeweils eine Geldbuße in Höhe von 8.000 € zzgl. einer Gebühr in Höhe von 900 € verhängt. Das Verfahren gegen den Leiter des weiteren MVZ in P wurde vor dem SG vergleichsweise beendet. Der Kl. widerrief den ihn betreffenden Vergleich. Das **SG** wies die Klage ab.

4. Notdienst

a) Keine Befreiung aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen

LSG Hessen, Urteil v. 24.02.2021 - L 4 KA 66/19

RID 21-02-17

SGB V § 75 Ib

Ist eine Vertragsärztin aufgrund ihrer **gesundheitlichen Einschränkungen** (hier: Z.n. Poliomyelitis mit Folgeschäden wie u.a. instabiles Post Polio Syndrom V, Teilparese des linken Beines mit Beinlängendifferenz, Kontraktur des linken Kniegelenkes, Atrophie der gesamten Beinmuskulatur links, Skoliose, Migräne) nicht in der Lage, höchstpersönlich am **Ärztlichen Bereitschaftsdienst** (ÄBD) der KV teilzunehmen, hat dies aber keine wesentlichen Auswirkungen auf ihre sonstige tägliche vertragsärztliche Tätigkeit, so hat hinsichtlich einer Freistellung vom ÄBD im Blick auf den Sicherstellungsauftrag allein eine **wirtschaftliche Betrachtungsweise** unter Berücksichtigung der Praxiszahlen zu erfolgen (vgl. BSG, Urt. v. 19.08.2015 - B 6 KA 41/14 R - BSGE 119, 248 = SozR 4-2500 § 75 Nr. 15; BSG, Urt. v. 06.02.2008 - B 6 KA 13/06 R - SozR 4-2500 § 75 Nr. 7; BSG, Urt. v. 11.06.1986 - 6 RKa 5/85 - MedR 1987, 122; BSG, Beschl. v. 12.12.2012 - B 6 KA 29/12 B - juris -).

Die Beteiligten streiten über die Verpflichtung der 1967 geb. Kl., eine seit Juli 2014 zunächst hälftig, seit 2016 mit vollem Versorgungsauftrag zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, zur Teilnahme am ÄBD. **SG Marburg**, Urt. v. 29.10.2019 - S 11 KA 66/19 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

b) Koppelung des Beitrags an Honorarumsatz

LSG Hessen, Urteil v. 28.10.2020 - L 4 KA 46/18

RID 21-02-18

juris

SGB V §§ 75 Ib, 81 I 3 Nr. 5; SGG § 85 III 1

Mit der **Bezeichnung der Gesellschafter** einer BAG im **Widerspruchsbescheid** erfolgt eine Bekanntgabe an die GbR i.S.v. § 85 III 1 SGG, denn trotz des Zusatzes „persönlich/vertraulich“ im Adressfeld ergibt sich aus der Beschränkung der namentlich aufgeführten Ärzte auf die Gesellschafter und dem Inhalt des Widerspruchsbescheids, dass die Gesellschafter in dieser Eigenschaft gemeinschaftlich angeschrieben wurden.

Bei der gebotenen typisierenden Betrachtung kann die Annahme, dass mit höheren **Umsätzen** aus vertragsärztlicher Tätigkeit regelmäßig auch der Umfang des materiellen und immateriellen **Nutzens** steigt, den ein Vertragsarzt aus der Existenz und der gesamten Aufgabenerfüllung - hier der Organisation des **Ärztlichen Bereitschaftsdienstes** - einer KV zieht, weder als grob fehlerhaft noch als mit einer am Gerechtigkeitsgedanken orientierten Betrachtungsweise unvereinbar angesehen werden (vgl. BSG, Urt. v. 17.08.2011 - B 6 KA 2/11 R - SozR 4-2500 § 81 Nr. 4, Rn. 22 m.w.N.). Besondere Kostensätze müssen nicht berücksichtigt werden.

Der Satzungsgeber ist unter Berücksichtigung seines Gestaltungsspielraums nicht gehindert, einen **reduzierten Tätigkeitsumfang** lediglich bei der Bemessung des Mindestbeitrags, nicht aber bei einer **Obergrenze** zu berücksichtigen.

SG Marburg, Urt. v. 21.11.2018 - S 12 KA 245/16 - RID 19-01-30 wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

c) Einstweilige Anordnung: Behauptung der Ungeeignetheit

SG München, Beschluss v. 27.01.2021 - S 28 KA 216/20 ER

RID 21-02-19

juris

SGB V § 75 Ib 1; SGG § 86b II; BGB §§ 823 I, 1004 I

Leitsatz: Zu einer **einstweiligen Anordnung** wegen der vorläufigen Verpflichtung einer Kassenärztlichen Vereinigung, es zu unterlassen, gegenüber Vertragsärzten sinngemäß zu behaupten, dass ein als Vertreter im Ärztlichen Bereitschaftsdienst eingesetzter Arzt **ungeeignet** für die Teilnahme am Ärztlichen Bereitschaftsdienst ist.

Der Ast. (geb. 1954) ist als Praktischer Arzt privatärztlich tätig. In der Vergangenheit war er viele Jahre im Ärztlichen Bereitschaftsdienst der Ag. tätig. Das **SG** lehnte den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung, die Ag. vorläufig zu verpflichten, bis zur Entscheidung in der Hauptsache den Ast. zum Ärztlichen Bereitschaftsdienst zuzulassen, ab (als unzulässig mangels Antragsbefugnis) und verpflichtete die Ag. bis zur Entscheidung in der Hauptsache, es zu unterlassen, gegenüber Vertragsärzten zu behaupten und zu verbreiten, dass der Ast. ungeeignet für die Teilnahme am Ärztlichen Bereitschaftsdienst ist. Nach dem **SG** wäre nach der im Verfahren des einstweiligen Rechtsschutzes nur möglichen summarischen Prüfung der Sach- und Rechtslage ein **Erfolg einer Unterlassungsklage** im Hauptsacheverfahren gegen die Ag. mit großer Wahrscheinlichkeit gegeben. Zweifel an der ordnungsgemäßen Durchführung des ÄBD durch den Ast. als Vertreter bestehen zum einen, weil er während seines Bereitschaftsdienstes im Juni 2020 im Fahrdienst trotz mehrfacher Hinweise des Fahrers keine Mund-Nasen-Bedeckung getragen hat. Dass sich der Ast. bei seinem Einsatz nach der Darstellung der Ag. geweigert hat, beim Hausbesuch einer Patientin u.a. wegen eines COVID-19 Abstrichs eine Persönliche Schutzausrüstung anzuziehen, stellt hingegen keinen rechtlichen Verstoß dar. Zweifel bestehen zudem aufgrund zahlreicher Beschwerden von Patienten sowie von Personal des Bereitschaftsdienstes. Angesichts der Häufigkeit und des Inhalts der Beschwerden stellt sich die Frage der Eignung des Ast., ob er also in der Lage ist, die Versicherten sachgemäß zu behandeln. Bei den von der Ag. beanstandeten „Vorfällen“ handelt es sich jedoch allesamt um **nicht abschließend ausermittelte Sachverhalte**.

IV. Zulassungsrecht

Nach BSG, Urt. v. 17.03.2021 - **B 6 KA 2/20 R** - ist für die **Erreichbarkeit** im **ländlichen Raum** auf die **Zeit abzustellen**, die man mit dem **PKW benötigt**. Die Erreichbarkeit einer anderen hämatologischen Praxis **in weniger als 45 Minuten** ist nach der Regelungintention des Gesetzgebers bei der Neuausrichtung der Bedarfsplanung **zumutbar**. Der Senat hält daran fest, dass für die **hausärztliche Versorgung** und für die **allgemeine fachärztliche Versorgung**, bei der der **Landkreis** weiterhin Planungsbereich ist, **Wege von mehr als 25 km in aller Regel nicht zumutbar** sind. Für die **spezialisierte fachärztliche Versorgung** kann das so nicht gelten, da anderenfalls die Entscheidung, dass insoweit die

Raumordnungsregion und nicht der Kreis die maßgebliche Planungseinheit ist, leerlaufen würde. Für die **Einbeziehung von Praxen aus anderen Planungsbereichen** gelten hinsichtlich der zumutbaren Entfernung keine abweichenden Grundsätze. Es gibt keinen bundesrechtlichen Grundsatz, der es von vornherein ausschließen würde, **Praxen aus einer anderen Raumordnungsregion in die Prüfung einer Bedarfsdeckung einzubeziehen**. Allerdings darf das System einer auf Planungsbereiche abstellenden Planung nicht unterlaufen werden. Bevor die Zulassungsgremien solche Praxen im Rahmen der Bedarfsdeckung berücksichtigen, müssen sie genau prüfen, ob diese **Praxen nicht den Bedarf in ihrer eigenen Region abdecken** und eventuell dort vorhandene Kapazitäten schon zur (fiktiven) Bedarfsdeckung in Verfahren von zulassungswilligen Ärzten aus dieser Region herangezogen worden sind. Dass an den vom Standort des MVZ und Umgebung aus zumutbar erreichbaren Praxisstandorten in hinreichendem Umfang **freie Kapazitäten** bestehen, steht **nicht mit der notwendigen Gewissheit fest**. Insofern wird der Bkl. weitere Ermittlungen durchführen müssen. Grundsätzlich müssen **Angaben von Praxen über freie Kapazitäten** mit der Information darüber verbunden werden, wie hoch **die reale Fallzahl der Praxis** aktuell ist und wie sich das **zum Durchschnitt** verhält. Diese Fallzahlen dürfen die Zulassungsgremien auch ohne Einverständnis der Praxen über die KV ermitteln. Diese Angaben sind dann **erforderlich im Sinne der datenschutzrechtlichen Vorschriften**, wenn nach Auswertung aller anderen Umstände ein Sonderbedarf weder offensichtlich vorliegt noch offensichtlich ausscheidet. Wenn ohne die Kenntnis dieser Zahlen eine fundierte Entscheidung über den Sonderbedarf nicht möglich ist, hat das Interesse daran Vorrang vor dem Geheimhaltungsinteresse der betroffenen Praxen. Dabei sind die Daten soweit wie möglich zu anonymisieren; bei kleinen Facharztgruppen wie vorliegend ist aber hinzunehmen, dass einzelne Praxen dennoch identifizierbar sind. Lässt sich nicht klären, ob andere Praxen den Bedarf decken können, kann ein **Sonderbedarf nicht verneint** werden. Nach BSG, Urt. v. 17.03.2021 - **B 6 KA 3/20 R** - ist die Einbeziehung der „kleinen Arztgruppen“ in die **Bedarfsplanung** nicht zu beanstanden (BSG, Urt. v. vom 04.05.2016 - B 6 KA 24/15 R - BSGE 121, 154 = SozR 4-2500 § 103 Nr. 19). Dies gilt auch für die Arztgruppen, die - wie die **Pathologen** - **nur auf Überweisung** tätig werden. Zutreffend ist, dass der Senat in seiner Entscheidung vom 04.05.2016 beanstandet hatte, dass der GBA den am 31.12.2010 bestehenden Versorgungsgrad mit 110 % und damit an der Grenze zur Überversorgung bewertet und den Demografiefaktor auf die neu hinzugekommenen Arztgruppen vorläufig nicht angewendet hatte. Hieraus folgt jedoch kein Zulassungsanspruch der Kl.. Nach den gesetzlichen Vorgaben und der gesetzeskonformen Entscheidung des GBA über die Einbeziehung der Pathologen in die Bedarfsplanung ab dem 01.01.2013 stand der Zulassungsanspruch der Kl. immer unter dem **Vorbehalt des Fehlens von Überversorgung**. Auch unter Annahme eines bedarfsgerechten Versorgungsgrades von 100 % und unter Anwendung des Demografiefaktors auf die Verhältnisse zum Zeitpunkt der Antragstellung durch die Kl. - hier 2014 - hätte der Planungsbereich nicht entspert werden können, da weiterhin Überversorgung bestand.

Nach BSG, Urt. v. 27.01.2021 - **B 6 KA 27/19 R** - steht einer unmittelbaren Anwendung des § 37 I 2 BedarfsplRL 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 BedarfsplRL 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 BedarfsplRL - anders als § 26 BedarfsplRL - 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. Zulassung

a) Auswahlentscheidung: Erneute Vorlage von Unterlagen/Warteliste

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 24.02.2021 - L 3 KA 16/19

RID 21-02-20

juris

SGB V §§ 95 II, 103; Ärzte-ZV §§ 18, 19a; BedarfsplRL § 26 IV

Leitsatz: 1. Ein bereits häufig zugelassener Vertragsarzt muss den Zulassungsgremien nicht erneut einen Lebenslauf bzw. ein Führungszeugnis **vorlegen**, wenn er sich um eine **weitere häufige Zulassung** an einem anderen Vertragsarztsitz bewirbt.

2. Ein **MVZ**, das sich mit einem angestellten Arzt in einem Praxisnachfolge- oder Zulassungsverfahren bewerben will, kann diesen Arzt in die **Warteliste** eintragen lassen.

Die Beteiligten streiten um die Besetzung eines halben Vertragsarztsitzes nach partieller Entsperrung des Planungsbereichs. Die Kl. beabsichtigte die Anstellung des 1963 geb. Dr. Ralf N. in ihrem MVZ. Der Zulassungsausschuss ließ aber den 1955 geb. Beigel. zu 1) zu. Dieser ist seit Januar 2017 als Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie zur vertragsärztlichen Versorgung im Umfang eines halben Vertragsarztsitzes mit Praxissitz in M. zugelassen. Der Widerspruch blieb erfolglos. **SG Hannover**, Urt. v. 27.02.2019 - S 24 KA

146/18 - verpflichtete zu Neubescheidung und wies im Übrigen die Klage ab. Das **LSG** wies auf die Berufungen des Beigel. zu 1) und 2) und unter Zurückweisung der Anschlussberufung der Kl. die Klage insgesamt ab.

b) Teilentsperrung und unwirksame Bewerbungsfrist nach Teilentsperrung: Neue Bewerbungsfrist

SG Marburg, Beschluss v. 06.04.2021 - S 12 KA 81/20 ER

RID 21-02-21

juris

SGB V 103 III; Ärzte-ZV § 16b; BedarfsplRL § 26; SGG § 86a II Nr. 5, 86b I 1 Nr. 2

Leitsatz: Erfolgt aufgrund einer unwirksamen **Bewerbungsfrist** eine erneute **Teilentsperrung** und Ausschreibung eines Vertragsarztsitzes, haben die Zulassungsgremien die neu gesetzte Bewerbungsfrist abzuwarten. Für die Zwischenzeit besteht keine Befugnis der Zulassungsgremien, bereits eingegangene Anträge auf Zulassung vorrangig zu bescheiden.

Die Beteiligten streiten im Wege eines einstweiligen Anordnungsverfahrens um die Anordnung der sofortigen Vollziehung der der Beigel. zu 8) erteilten Anstellungsgenehmigungen für zwei Augenärztinnen jeweils im Umfang eines hälftigen Versorgungsauftrags für deren Zweigpraxis. Das **SG** stellte die aufschiebende Wirkung der Klage zum Az.: S 12 KA 78/21 wieder her.

Parallelverfahren:

SG Marburg, Beschluss v. 06.04.2021 - S 12 KA 82/20 ER

RID 21-02-22

juris

2. Anstellungsgenehmigung/Nachbesetzung eines Vertragsarztsitzes: Sofortige Vollziehung

LSG Sachsen, Beschluss v. 11.01.2021 - L 1 KA 4/20 B ER

RID 21-02-23

juris

SGB V §§ 95 Ia, 97 IV, 103; SGG §§ 86a II Nr. 5, 86b I 1

Leitsatz: 1. Medizinische Versorgungszentren, die gemäß § 95 Abs. 1a Satz 4 SGB V in ihrem **Bestand geschützt** sind, sind aufgrund ihrer Zulassung berechtigt, sich auf Vertragsarztsitze zu bewerben, die nach § 103 Abs. 4 SGB V zur Nachbesetzung ausgeschrieben sind.

2. § 103 Abs. 4 Satz 5 Nr. 9 SGB V bezieht sich allein auf das **Versorgungsangebot** des Medizinischen Versorgungszentrums selbst; eine sektorenübergreifende Sicht ist der Vorschrift fremd.

3. Für die **Anordnung des Sofortvollzugs** genügt in Drittanfechtungssituationen gemäß § 86a Abs. 2 Nr. 5 SGG das überwiegende Interesse eines Beteiligten, wenn der in der Hauptsache angefochtene Verwaltungsakt offensichtlich rechtmäßig ist.

Die Ast., eine GmbH, betreibt an Standorten in A u. W ein MVZ. Die Beigel. zu 9 ist ebf. eine GmbH und betreibt in A ein MVZ. Nach Ausscheiden der dort angestellten Orthopädin Dr. med. S zum Ablauf des 30.06.2018 aus dem MVZ erteilte der Zulassungsausschuss der Beigel. zu 9 die Genehmigung zur Umwandlung der Anstellung in eine Zulassung mit dem Ziel der Ausschreibung zur Nachbesetzung. Der Zulassungsausschuss genehmigte der Ast. die Anstellung der Dr. med. S in A und lehnte den Antrag der Beigel. zu 8, einer gGmbH, Trägerin eines weiteren in A ansässigen MVZ und Tochtergesellschaft der Klinikum A gGmbH, für die Anstellung von vier Ärzten - alle beschäftigt im Klinikum - im Umfang von jeweils einem Viertel Versorgungsauftrag in der Betriebsstätte in A ab. Die Beigel. zu 8 und 9 hatten sich bereits durch Vertrag über die Übernahme des orthopädischen Vertragsarztsitzes einschließlich des Kaufpreises verständigt. Nach dem Vortrag der Beigel. zu 9 beträgt der Kaufpreis 500.000 € gegenüber einem Verkehrswert von 250.000 €. Der Ag. wies die Widersprüche der Beigel. zu 8 und 9 zurück, die Klage erhoben haben (S 25 KA 218/19 u. S 25 KA 222/19). **SG Dresden**, Beschl. v. 25.03.2020 - S 25 KA 26/20 ER - ordnete die sofortige Vollziehung an, das **LSG** wies die Beschwerden der Beigel. zu 8 und 9 zurück.

3. Zulassungsentziehung

a) Nichtausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit/Kein Ruhen der Zulassung

LSG Mecklenburg-Vorpommern, Urteil v. 18.11.2020 - L 1 KA 2/18

RID 21-02-24

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 15/21 B

juris

SGB V § 95 V, VI

Leitsatz: 1. Für eine Anordnung des **Ruhens** der Zulassung gemäß § 95 Abs. 5 Satz 1 SGB V als **milderes Mittel** im Verhältnis zur Zulassungsentziehung gemäß § 95 Abs. 6 Satz 1 und 3 SGB V bedarf es einer positiven **Prognoseentscheidung** des Zulassungsausschusses bzw. des Berufungsausschusses; die hierfür erforderliche Tatsachengrundlage zu schaffen, obliegt in erster Linie dem MVZ.

2. Von einer **ausreichenden Tatsachengrundlage** für eine positive Prognoseentscheidung kann nicht allein aufgrund vagen, nicht durch überprüfbare Details unterfütterten Vortrags des MVZ ausgegangen werden.

Die Kl. wurde im März 2010 ins Handelsregister eingetragen. Einzelvertretungsberechtigte Geschäftsführer waren und sind Herr Dr. K. und Herr W. Bereits im Juli 2010 schloss die Kl. einen Beherrschungs- und Gewinnabführungsvertrag mit der I-Firma GmbH & Co KG als herrschendem Unternehmen. Deren Komplementärin, die I-Firma Verwaltungsgesellschaft mbH, befand sich in alleinigem Eigentum der Q-Firma - Analytische Verfahren - Verwaltungsgesellschaft mbH, deren Gesellschaftsanteile von Herrn Dr. K., Herrn Dr. D. K., Frau F. K. und Herrn T. K., gehalten wurden. Als beherrschtes Konzernunternehmen ist die Kl. zur Abführung ihres ganzen Gewinns verpflichtet und unterliegt (außer in medizinischen Angelegenheiten) den Weisungen des beherrschenden Unternehmens. Nach Angaben der Kl. soll zu einem nicht näher bezeichneten Zeitpunkt eine orts- und KV-übergreifende BAG sowohl mit der A. GmbH MVZ A-Stadt als auch mit der der A. GmbH MVZ I-Stadt gebildet worden sein. Ab Dezember 2012 wurde die vertragliche Wochenarbeitszeit der beiden angestellten Ärzte der Kl. auf jeweils 12 Stunden beschränkt, was dem Zulassungsausschuss angezeigt und von diesem festgestellt wurde. Hintergrund für die Arbeitszeitreduzierung war, dass beide Ärzte ab Januar 2013 mit einem Umfang von jeweils 31 Stunden wöchentlich für die A. GmbH MVZ A-Stadt als angestellte Ärzte vertragsärztlich tätig wurden. Die Kl. wurde vom Zulassungsausschuss darauf hingewiesen, dass fraglich sei, ob nach der Reduzierung der Arbeitszeit die Gründungsvoraussetzungen des MVZ noch erfüllt seien, da eine hinreichende ärztliche Leitung nicht mehr sichergestellt sei, womit eine Zulassungsentziehung drohe. Der **Zulassungsausschuss** entzog der Kl. im Juli 2014 die Zulassung mit Wirkung ab dem 03.07.2014, weil die Kl. ihre vertragsärztliche Tätigkeit seit 9 Monaten nicht mehr ausübe. Der zeitliche Umfang der ärztlichen Tätigkeit der angestellten Ärzte sei nicht der Entziehungsgrund. Ab dem Quartal III/13 sei die Leistungserbringung drastisch heruntergefahren worden. Eine beabsichtigte Praxissitzverlegung oder Schwierigkeiten bei den Vertragsverhandlungen rechtfertigten nicht die Einstellung der vertragsärztlichen Tätigkeit und die Nichterfüllung der Verpflichtung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung. Das MVZ habe seine Tätigkeit zudem bereits lange vor der Antragstellung auf Praxissitzverlegung eingestellt. Eine funktionsfähige Laborpraxis gebe es nicht mehr, was klägerseits auch nicht dementiert werde. Der Widerspruch blieb erfolglos. **SG Schwerin**, Urt. v. 10.01.2018 - S 3 KA 6/15 - verurteilte den Bekl., über den Verlegungsantrag der Kl. unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden. Das **LSG** wies die Klage ab.

b) Keine zahnärztliche Behandlungen am Behandlungsstuhl aus gesundheitlichen Gründen

SG München, Urteil v. 08.05.2019 - S 43 KA 5093/18

RID 21-02-25

juris

SGB V § 95 VI

Ein Vertragszahnarzt, der seit 11 Jahren wegen einer Erkrankung nicht mehr in der Lage ist, selbst **zahnärztliche Behandlungen am Behandlungsstuhl** durchzuführen, übt die vertragszahnärztliche Tätigkeit nicht mehr aus. Die eigenständige Versorgung von Patienten ist zentraler Bestandteil der vertragsärztlichen Tätigkeit.

Die Möglichkeiten für den Vertragszahnarzt, angestellte Zahnärzte oder Assistenten in seiner Praxis zu **beschäftigen**, stellen lediglich eine Modifizierung des in § 15 I 1 SGB V i.V.m. § 32 I 1 Zahnärzte-ZV normierten **Gebots der persönlichen Leistungserbringung** dar, sie können dieses Gebot aber nicht vollständig ersetzen.

Das SG wies die Klage ab, **LSG Bayern**, Urt. v. 24.06.2020 - L 12 KA 5013/19 - die Berufung, **BSG**, Beschl. v. 16.02.2021 - B 6 KA 19/20 B juris, RID 21-02-42 die Nichtzulassungsbeschwerde zurück.

c) „Wohlverhalten“: Mitwirkung an Aufklärung, Schadensbegrenzung und Schadensregulierung

SG Marburg, Gerichtsbescheid v. 06.04.2021 - S 12 KA 116/19

RID 21-02-26

*Berufung anhängig: LSG Hessen
juris
SGB V § 95 VI*

Leitsatz: „Wohlverhalten“ setzt, um eine vertragsärztliche **Zulassungsentziehung** zu vermeiden, mehr voraus, als lediglich keine weiteren Pflichtverstöße zu begehen. Der Vertragsarzt muss **aktiv an der Aufklärung** der Verfehlungen, der **Schadensbegrenzung** und **Schadensregulierung** mitwirken. Überlässt es der Vertragsarzt den Zulassungs- und Prüfungsgremien sowie der Kassenärztlichen Vereinigung, den Schaden allein im Rahmen deren Amtsermittlungspflicht festzustellen, so fehlt es an einem „Wohlverhalten“. Soweit der Vertragsarzt in die Lage gerät, sich auch im Hinblick auf laufende Strafverfahren selbst zu beschuldigen, steht es ihm frei zu entscheiden, in welchem Umfang er mitwirkt. Die Zulassungsgremien und Gerichte können aber sein Mitwirken unabhängig davon frei bewerten.

Die Beteiligten streiten um eine Entziehung der vertragsärztlichen Zulassung wegen gröblicher Verletzung der vertragsärztlichen Pflichten. Der Kl. ist als Facharzt für Allgemeinmedizin seit 01.04.2004 zur vertragsärztlichen Versorgung mit Praxisstz in Hanau zugelassen. Seit dem 01.09.2008 ist er mit Herrn A, Facharzt für Innere Medizin im hausärztlichen Versorgungsbereich, in einer BAG tätig. Die KV setzte aufgrund implausibler Abrechnung in den Quartalen I bis III/08 in Bezug auf die Tätigkeit im Ärztlichen Bereitschaftsdienst (ÄBD) gegen den Kl. eine Honorarrückforderung in Höhe von 70.813,85 € fest. SG Marburg, Urt. v. 21.07.2017 - S 16 KA 446/14 - hob die Honorarrückforderung für das Quartal II/08 (25.567,50 €) auf und wies im Übrigen die Klage ab (Berufung anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 46/17 -). Die KV setzte für die Quartale IV/08 bis IV/10 in Bezug auf die Tätigkeit des Kl. im ÄBD eine weitere Honorarrückforderung in Höhe von 651.035,66 € fest, die sie mit Widerspruchsbescheid vom 01.07.2015 auf 320.921,98 € netto reduzierte. SG Marburg, Urt. v. 21.07.2017 - S 16 KA 362/15 - wies die Klage ab (Berufung anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 47/17 -). Die KV setzte aufgrund implausibler Abrechnung in den Quartalen I/09 bis IV/10 gegen die BAG des Kl. eine Honorarrückforderung in Höhe von 538.739,39 € fest. In der mündlichen Verhandlung zum Az.: S 16 KA 447/14 verglichen sich die Beteiligten auf eine reduzierte Rückforderungssumme in Höhe von 363.044,04 €. Hintergrund war, dass die KV einen Weiterbildungsassistenten nicht hinreichend berücksichtigt hatte. Die Klage gegen die Rückforderung gegenüber der BAG aus einer zeitbezogenen Plausibilitätsprüfung bezüglich der fünf Quartale I/11 bis I/12 in Höhe von 650.509,01 € wies SG Marburg, Gerichtsbb. vom 06.04.2021 - S 12 KA 119/18 - RID 21-02-07 ab. Über die Rückforderung gegenüber der BAG aus einer Plausibilitätsprüfung bezüglich der sechs Quartale II/12 bis III/13 in Höhe von 147.405,38 € ist ein weiteres Verfahren unter dem Az.: S 12 KA 314/19 anhängig. Die KV setzte aufgrund einer sachlich-rechnerischen Honorarberichtigung wegen implausibler Honorarabrechnungen in den Quartalen I/11 bis IV/11 in Bezug auf die Tätigkeit des Kl. im ÄBD gegen den Kl. eine Honorarrückforderung in Höhe von 73.136,77 € fest. Die hiergegen erhobene Klage wies SG Marburg, Gerichtsbb. v. 13.02.2019 - S 12 KA 601/17- ab (Berufung anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 8/19 -). Über die Rückforderung aus einer patientenbezogenen und ergänzenden Plausibilitätsprüfungen der ÄBD-Honorarabrechnungen der sieben Quartale I/12 bis III/13 im ÄBD in Höhe von insgesamt 138.954,72 € ist ein weiteres Verfahren unter dem Az.: S 12 KA 315/19 anhängig. Das SG wies die Klage ab.

4. Verfahren

a) Keine Ersetzung der mündlichen Verhandlung vor Zulassungsausschuss durch Videokonferenz

SG Schwerin, Beschluss v. 01.12.2020 - S 3 KA 36/20 ER

RID 21-02-27

*Rechtskräftig
Ärzte-ZV §§ 36, 37, 42; SGG § 86b II*

Die komplette **Ersetzung der mündlichen Verhandlung** vor dem Zulassungsausschuss durch eine **Videokonferenz** ohne die Möglichkeit des persönlichen Erscheinens ist unzulässig. Ein Ast. in einem Nachbesetzungsverfahren nach § 103 IV SGB V für einen halben Vertragsarztsitz hat einen Anspruch

darauf, seine Interessen in einer mündlichen Verhandlung vertreten zu können. „**Sitzung**“ i.S.d. § 36 Ärzte-ZV meint eine Präsenzveranstaltung seiner Mitglieder. Andere Verfahrensformen als die Präsenzversammlung (z.B. Umlaufverfahren, Telefonkonferenz) sind nicht zulässig. Für die Stimmabgabe gilt nichts Anderes. Reine Zweckmäßigkeitserwägungen können den Handlungsspielraum der Zulassungsgremien nicht erweitern, das gilt auch unter den Bedingungen der Pandemie.

Für die **Benennung der Ausschussmitglieder** im Vorfeld der Sitzung des Zulassungsausschusses ist eine Rechtsgrundlage nicht ersichtlich.

Das **SG** untersagte dem Ag., in den Zulassungsverfahren, an denen der Ast. beteiligt ist, am 02.12.2020 eine mündliche Verhandlung ausschließlich in der Form von Video- oder Telefonkonferenzen durchzuführen, und lehnte den weitergehenden Antrag ab.

b) Keine mündliche Verhandlung per Videokonferenz

SG Marburg, Gerichtsbescheid v. 17.03.2021 - S 12 KA 268/20

RID 21-02-28

Berufung anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 12/21 -

juris

Ärzte-ZV §§ 36 I 1, 37 I 1, 45 II, III

Leitsatz: 1. Für das Zulassungsverfahren vor dem Berufungsausschuss ist bisher kein Sonderrecht für das Verfahren unter **Pandemiebedingungen** geschaffen worden.

2. Der Berufungsausschuss kann eine **mündliche Verhandlung** nicht per **Videokonferenz** durchführen. Soweit nach § 45 Abs. 2 Ärzte-ZV der Widerspruch ohne mündliche Verhandlung zurückgewiesen werden kann, wenn der Berufungsausschuss die Zurückweisung einstimmig beschließt, gilt dies nur bei Nichtdurchführung einer mündlichen Verhandlung. Wird ausdrücklich zu einer „mündlichen Verhandlung“ geladen, dann hat der Berufungsausschuss seinen Ermessensspielraum dahingehend ausgeübt, dass eine mündliche Verhandlung stattfinden soll. Soweit er von dieser Verfahrensentscheidung abrücken will, muss er sie ändern und dies den Beteiligten vor einer Entscheidung mitteilen.

Die Beteiligten streiten um eine Sonderbedarfzulassung des Kl. als Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe mit einem vollen Versorgungsauftrag für die vertragsärztliche Tätigkeit. Das **SG** verurteilte zur Neubeschreibung.

V. Gesamtvergütung/Verwaltungskostenumlage/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. Ermittlung des zu bereinigenden Behandlungsbedarfs bei Selektivverträgen

a) Nicht vertragskonforme Inanspruchnahme des Kollektivvertrags

SG Dresden, Urteil v. 17.11.2020 - S 11 KA 86/16

RID 21-02-29

Sprungrevision anhängig: B 6 KA 1/21 R

SGB V § 73b VII

Erfolgt durch HzV-Versicherte eine Inanspruchnahme von durch den zwischen dem Verband der Ersatzkassen (vdek) und der KV Sachsen abgeschlossenen HzV-Bereinigungsvertrag bereinigten ambulanten Leistungen im Rahmen des **Kollektivvertrags** bei Hausärzten im KV-Bereich Sachsen oder Hausärzten außerhalb dieses KV-Bereichs, hat die Krankenkasse die erbrachten Leistungen zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung außerhalb der MGV zu vergüten. Dem steht nicht entgegen, dass es sich bei den gegenüber der KV nach den kollektivvertraglichen Regelungen des EBM abgerechneten Leistungen um solche handelt, die **von den Betreuärzten** der hausarztzentrierten Versorgung gegenüber Versicherten erbracht wurden, die ebf. an dem HzV teilnehmen.

Das **SG** verurteilte auf Klage der KV die bekl. Krankenkasse, an die Kl. den Betrag in Höhe von 3.217,34 € zu zahlen.

b) Abrechnung selektivvertraglicher Leistungen zusätzlich im Kollektivvertrag

SG Marburg, Gerichtsbescheid v. 19.03.2021 - S 12 KA 414/19

RID 21-02-30

Berufung anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 18/21 -

juris

SGB V § 73b VII

Leitsatz: Hat nach einer zwischen einer Kassenärztlichen Vereinigung (KV) und einer Krankenkasse geschlossenen Vereinbarung zur **Ermittlung des zu bereinigenden Behandlungsbedarfs** aufgrund von **Selektivverträgen** die Krankenkasse der KV die erbrachten Leistungen zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung außerhalb der MGV (morbiditybedingten Gesamtvergütung) zu vergüten, wenn durch in die hausarztzentrierte Versorgung eingeschriebenen Versicherten eine Inanspruchnahme von ambulanten Leistungen des bereinigten HzV-Ziffernkranzes im Rahmen des Kollektivvertrags bei Hausärzten erfolgt, so gilt dies auch dann, wenn der **Hausarzt** diese Leistung **zusätzlich im Kollektivvertrag** bei der KV abrechnet.

Die Beteiligten streiten um die Vergütung für eine Inanspruchnahme von ambulanten Leistungen des bereinigten Ziffernkranzes der hausarztzentrierten Versorgung (HzV-Ziffernkranz) im Rahmen des Kollektivvertrags bei Hausärzten (Nicht vertragskonforme Inanspruchnahme - NVI) für die Quartale I bis IV/15 in Höhe von insgesamt 69.411,39 € (Quartal I/15: 18.102,84 €; Quartal II/15: 17.292,99 €; Quartal III/15: 13.678,88 €; Quartal IV/15: 20.336,90 €). Das **SG** verurteilte die bekl. Krankenkasse, an die Kl. einen Betrag in Höhe von 69.411,39 € nebst Zinsen in Höhe von 5 %-Punkten über dem Basiszinssatz seit 19.12.2019 zu zahlen, und wies im Übrigen (bzgl. einer vorprozessualen Verzinsung) die Klage ab.

2. Verwaltungskostenumlage der KBV: Bestimmtheitsgebot

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 24.03.2021 - L 7 KA 56/17

RID 21-02-31

Revision anhängig: B 6 KA 5/21 R

juris

SGB V §§ 81 I 1 Nr. 5, 87a III 2, 87b; GG Art. 3 I

Leitsatz: Satzungsbestimmungen der **Kassenärztlichen Bundesvereinigung**, die in Ausübung des Gestaltungsspielraumes zur Erhebung von **Verwaltungskostenumlagen** von Kassenärztlichen Vereinigungen erlassen werden, müssen dem **Bestimmtheitsgebot** entsprechen.

Eine Satzungsbestimmung, wonach eine Umlage „nach einem **gegebenenfalls auch differenzierten Grundbeitrag**“ erhoben werden kann, ist nicht hinreichend bestimmt.

Einfache Beschlüsse der Vertreterversammlung sind nicht geeignet, unbestimmte Satzungsbestimmungen zu „heilen“.

Die Kl. ist als KV Baden-Württemberg Mitglied der bekl. KZBV. Sie wendet sich gegen die Festsetzung der „Jahressumme der Kopfbeiträge“ als Teil der Verwaltungskostenumlage für das Haushaltsjahr 2013. **SG Berlin**, Urt. v. 20.09.2017 - S 87 KA 58/14 - hob den angefochtenen Bescheid insoweit auf, als er eine von der

Kl. zu zahlende Jahressumme der Kopfbeiträge für das Geschäftsjahr 2013 in Höhe von 343.564,62 € festsetzt, und verpflichtete die Bekl., über die Erhebung der Kopfbeiträge für das genannte Haushaltsjahr unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts erneut zu entscheiden. Das **LSG** wies die Berufung der Bekl. zurück.

3. Vertragsärztl. Versorgung von Asylbewerbern: Zahlungsanspruch gegenüber Kommune

SG Marburg, Gerichtsbescheid v. 17.03.2021 - S 12 KA 418/19

RID 21-02-32

Berufung anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 418/19 - juris

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

Leitsatz: 1. Die Kassenärztliche Vereinigung Hessen hat nach dem hessischen Rahmenvertrag über die ambulante ärztliche Versorgung der Leistungsberechtigten nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) vom 14.01.1999 bereits 20 Tage 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 Behandlungsschein ausstellenden kommunalen Leistungsträgers.

3. Der Rahmenvertrag verstößt nicht gegen **höherrangiges Recht**.

Das **SG** verurteilte die bekl. kreisfrei Stadt, an die Kl. einen Betrag in Höhe von 10.422,35 € zu zahlen, und wies im Übrigen (bzgl. einer Verzinsung) die Klage ab.

VI. Bundessozialgericht (BSG)

1. Sachlich-rechnerische Berichtigung

a) Feststellungslast/Berechtigung zur Schätzung des neu festgesetzten Honorars

BSG, Beschluss v. 25.11.2020 - B 6 KA 6/20 B

RID 21-02-33

juris

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen **LSG Schleswig-Holstein**, Urt. v. 24.09.2019 - L 4 KA 26/18 - juris wird zurückgewiesen.

Es ist nachvollziehbar, dass das LSG im Rahmen seiner Beweiswürdigung den **Leistungsinhalt nicht als erbracht angesehen** hat. 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 Vertragsarzt 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.

Hier ergibt sich bereits aus Ziffer 4.3.7 der Allgemeinen Bestimmungen zum EBM, welche die nach dem Anhang 2 zum EBM nach dem OPS-Schlüssel erforderliche „radikale und ausgedehnte Exzision von erkrankten Gewebe und Unterhaut“ dahingehend definiert, dass der operative Eingriff größer als 4 cm² oder 1 cm³ sein muss. Da die danach erforderliche **Größe** bzw. das erforderliche Volumen der Exzidate weder durch den Kl. hinreichend **dokumentiert** wurde noch aus den **histologischen Befunden** ein entsprechender Rückschluss dazu möglich war, hat das LSG unter den hier vorliegenden Umständen den Nachweis der vollständigen Erbringung der Leistungen nach den GOP 31102 und 31103 EBM verneint.

Die Frage, ob eine **höherbewertete GOP** in eine **niedrigbewertete GOP** aufgrund der Vergleichbarkeit der jeweiligen Leistungsbeschreibungen in den Gebührensätzen von der KV umgewandelt werden kann, ist eine Frage der **Auslegung** im jeweiligen Einzelfall und begründet keine grundsätzliche Bedeutung. Jedenfalls aber ist es in der Rspr. des Senats geklärt und deshalb nicht mehr klärungsbedürftig, dass in Fällen der Abrechnung nicht erbrachter Leistungen und einer grob

fahrlässig falschen Abrechnungs-Sammelerklärung die KV zur **umfassenden Berichtigung und Schätzung** des dem Leistungserbringer überhaupt noch zustehenden Honorars berechtigt ist.

Der Kl., ein Facharzt für Dermatologie und Venerologie, wendet sich gegen die (nachträgliche) sachlich-rechnerische Richtigstellung seines Honorars für die Quartale III/11 bis I/15, welche im Wesentlichen auf der Streichung der GOP 31102 (Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A 2) und 31103 (Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A 3) und den mit diesen Leistungen in Verbindung stehenden postoperativen Behandlungs- und Überwachungsziffern 31503, 31504 und 31609 EBM beruht. In den streitigen Quartalen führte der Kl. ca. 9.000 Operationen in Form von Hautexzisionen durch. Im Februar 2015 teilte die Bekl. dem Kl. u.a. mit, dass die Abrechnung der GOP 31102 und 31103 EBM für Exzisionen bzw. radikale Exzisionen von großen malignomverdächtigen oder malignen Hautveränderungen statistisch auffällig sei. Diese Leistungsberechnungen erschienen auch deswegen unplausibel, weil die GOP 10343 bzw. 10344 EMB für (Teil-)Exzisionen kleiner Hautveränderungen überhaupt nicht oder nur vereinzelt in Ansatz gebracht worden seien. Die Bekl. hob sodann die Honorarbescheide für die streitbefangenen Quartale auf, setzte das Honorar neu fest und forderte einen Betrag von insgesamt 1.315.704,91 € zurück. Die GOP 31102 EBM wurde in 99 % und die GOP 31103 EBM in 75 % der Fälle gestrichen. Zur Begründung führte die Bekl. an, der Kl. habe die notwendige Größenangabe des Exzidats im Einzelfall nicht dokumentiert; daher könne die vollständige Leistungserbringung der jeweils abgerechneten Leistung nicht nachvollzogen werden. Die Größenangabe in den histologischen Befunden genüge nicht, denn es könne höchstens von einer Schrumpfung des Exzidats von 50% ausgegangen werden. Den hiergegen eingelegten Widerspruch des Kl., mit dem dieser einen Kürzungsbetrag von 8.679,72 € (Umwandlung der GOP 01100 in GOP 01102 EBM) akzeptierte und u.a. geltend machte, dass die Bekl. die Größe der Exzisionen bzw. das Ausmaß der Schrumpfungen falsch berechnet und das Schätzungsermessen fehlerhaft ausgeübt habe, wies die Bekl. zurück. **SG Kiel**, Urt. v. 16.01.2018 - S 2 KA 259/16 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

b) Postoperativer Bereitschaftsdienst anästhesistischer BAG u. unvorhergesehene Inanspruchnahme

BSG, Urteil v. 15.07.2020 - B 6 KA 13/19 R

RID 21-02-34

SozR 4-5531 Nr. 01100 Nr. 1 = ArztR 2020, 323 = ZMGR 2020, 351

Leitsatz: Allein die Bekanntgabe der Mobiltelefonnummer und die Gewährleistung der telefonischen Erreichbarkeit des Vertragsarztes für seine Patienten steht der „**unvorhergesehenen**“ **Inanspruchnahme** und damit dem Ansatz der Gebührenordnungsposition 01100 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs für vertragsärztliche Leistungen nicht entgegen.

2. Keine Genehmigung außerhalb des zugelassenen Fachgebiets (CT-Genehmigung)

BSG, Beschluss v. 17.03.2021 - B 6 KA 27/20 B

RID 21-02-35

juris

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen **LSG Bayern**, Urt. v. 15.07.2020 - L 12 KA 12/18 - wird zurückgewiesen.

In der Senatsrspr. wird zwischen dem **Fachkundenachweis** auf der Grundlage von Vereinbarungen nach § 135 II SGB V und der Frage unterschieden, welche **genehmigungsbedürftigen Leistungen** der Arzt unter Beachtung der Grenzen seines Fachgebietes erbringen darf. Lediglich die - auch hier einschlägige - Frage, ob ein für ein Methodenfach (im damaligen Fall Radiologie) zugelassener Arzt unter dem Aspekt der Fachfremdheit eine Fachkundegenehmigung für die Leistungen eines anderen Methodenfaches (damals Strahlentherapie) erhalten kann, hat der Senat negativ beantwortet. Fachkundebezogene Genehmigungen muss die KV in solchen Fällen nicht erteilen, weil ausgeschlossen ist, dass der Arzt davon im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung Gebrauch machen kann.

Der Kl. ist einzuräumen, dass der Senat für die fehlende Abrechenbarkeit fachfremder Leistungen auf die in den Heilberufs- und Kammergesetzen der Länder und in den von den Ärztekammern der Länder erlassenen **Weiterbildungsordnungen** normierte Verpflichtung der Ärzte, die eine Gebietsbezeichnung führen, ihre Tätigkeit auf dieses Fachgebiet zu beschränken, abstellt. Berufsrechtlich ist eine Vertragsärztin berechtigt, beide Fachgebietsbezeichnungen (hier: Fachärztin für Nuklearmedizin und Fachärztin für Diagnostische Radiologie) zu führen. Jedoch steht diese Aussage des Senats nicht für sich allein, sondern es wird sogleich ein Bezug zu der Tätigkeit des Arztes als Vertragsarzt hergestellt. So betont der Senat stets, dass Beschränkungen des Fachgebiets den Arzt auch in seiner Tätigkeit als Vertragsarzt erfassen. Selbst ein Arzt, der berufsrechtlich mehrere Gebietsbezeichnungen führen darf, aber nur für ein **Fachgebiet zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen**

ist, muss sich im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung auf Leistungen des Gebietes beschränken, für das er zugelassen ist.

3. Notdienst: Einbeziehung von Nuklearmedizinern

BSG, Beschluss v. 17.03.2021 - B 6 KA 15/20 B

RID 21-02-36

juris

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Bayern*, Beschl. v. 15.06.2020 - L 12 KA 13/18 - wird zurückgewiesen.

Die **Verpflichtung** aller Vertragsärzte zur **Teilnahme am Bereitschaftsdienst** ist rechtmäßig und stellt keinen unverhältnismäßigen Eingriff in die Berufsausübungsfreiheit des Vertragsarztes dar. Alle Vertragsärzte sind grundsätzlich verpflichtet, am Bereitschaftsdienst teilzunehmen, was aus deren Zulassungsstatus folgt. Ein Vertragsarzt übernimmt als Mitglied der KV mit seiner Zulassung die Verpflichtung, in zeitlicher Hinsicht umfassend für die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung zur Verfügung zu stehen. Das umfasst auch die Zeiten außerhalb der Sprechstunde. Der einzelne Arzt wird dadurch, dass die gesamte Ärzteschaft einen Notfalldienst organisiert, von der täglichen Dienstbereitschaft rund um die Uhr entlastet, muss dafür aber den Notfalldienst gleichwertig mittragen.

Die nähere **Ausgestaltung des Bereitschaftsdienstes** fällt in die Zuständigkeit der einzelnen KV, der insoweit ein weiterer Gestaltungsspielraum zukommt. Ihr obliegt bspw. die Entscheidung, ob sie einen flächendeckenden einheitlichen Bereitschaftsdienst organisiert oder neben einem hausärztlichen auch verschiedene fachärztliche Bereitschaftsdienste, aber auch die Entscheidung, bestimmte Facharztgruppen wegen ihrer besonderen Behandlungsausrichtung vom Bereitschaftsdienst auszunehmen. Der Rspr. ist mit hinreichender Deutlichkeit zu entnehmen, dass eine KV zu arztgruppenbezogenen Ausnahmen nicht verpflichtet ist und eine dahingehende Entscheidung auch für die Zukunft ändern kann.

Bundesrechtlich steht fest, dass die Mitwirkung aller zugelassenen Ärzte am Bereitschaftsdienst das **Regelmodell** ist, das seinerseits in der Umsetzung der KV nicht begründungsbedürftig ist. Wie das ärztliche Berufsrecht kennt auch das Vertragsarztrecht **keinen Befreiungstatbestand der „langjährigen spezialisierten Tätigkeit“**, der zu einer dauerhaften Befreiung von der Teilnahme am Notdienst führt.

Auch die Beurteilung der Einbeziehung von **Nuklearmedizinern** in die Mitwirkung am Bereitschaftsdienst ist auf der Grundlage der bisherigen Rspr. des Senats möglich. Auch Fachärzte verfügen nach ihrer medizinischen Aus- und Weiterbildung über die notwendigen Kenntnisse und Fähigkeiten, den auf die Akutversorgung des Patienten ausgerichteten Anforderungen des Bereitschaftsdienstes zu entsprechen. Soweit im Zuge der jahrelangen Ausübung einer spezialisierten fachärztlichen Tätigkeit die erforderlichen Fähigkeiten für die Akutversorgung in Notfällen abnehmen, kann dem durch eine regelmäßige Fortbildung Rechnung getragen werden.

Wenn nicht sicher ausgeschlossen ist, dass der Arzt den Dienst selbst versehen muss, darf die KV einen Vertragsarzt, der **aktuell nicht** für die persönliche Ausübung des Dienstes **geeignet** ist, nicht dazu einteilen. Damit werden lediglich einzelfallbezogenen Anforderungen an die Heranziehung eines Arztes zu Notdiensten formuliert und im Übrigen darauf hingewiesen, dass die KV einen Arzt, der wegen fehlender Fortbildung für den Notdienst dazu aktuell nicht geeignet ist, zwar kurzfristig nicht dazu einteilen darf, mittelfristig die Weigerung zur Fortbildung für den Notdienst aber nicht hinnehmen muss. Die Möglichkeit der KV (auch) durch disziplinarische Maßnahmen auf eine entsprechende Fortbildung hinzuwirken, hat der Senat explizit angesprochen.

4. Wirtschaftlichkeitsprüfung/Arzneikostenregress

a) Wirtschaftlichkeitsprüfung nach Durchschnittswerten: Vergleichswert fachübergreifender BAG

BSG, Urteil v. 13.05.2020 - B 6 KA 25/19 R

RID 21-02-37

SozR 4-2500 § 106 Nr. 63

Leitsatz: 1. Die Wirtschaftlichkeitsprüfung einer aus einem Mund-Kiefer-Gesichts-Chirurgen und Zahnärzten bestehenden Berufsausübungsgemeinschaft (**BAG**) darf anhand eines entsprechend der Besetzung der BAG mit Vertretern der Arztgruppen (einschließlich der angestellten Ärzte) **gewichteten Vergleichswertes** erfolgen, soweit sichergestellt ist, dass die herangezogenen praxisbezogenen Abrechnungswerte der jeweiligen Arztgruppe nicht auch Werte von Mischpraxen enthalten.

2. Stützt ein Prüfungsgremium seine Wirtschaftlichkeitsprüfung nach **Durchschnittswerten** auch auf Abrechnungsdaten aus einem Bezirk einer anderen Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigung, muss er dies gegenüber dem geprüften Arzt offenlegen.

Parallelverfahren:

BSG, Urteil v. 13.05.2020 - B 6 KA 3/19 R

RID 21-02-38

Die Leistungen Beilage 2020, 347 = MedR 2021, 279

BSG, Urteil v. 13.05.2020 - B 6 KA 2/19 R

RID 21-02-39

Die Beiträge Beilage 2020, 29 = MedR 2021, 179

b) Einzelleistungsprüfung: Grenze zum offensichtlichen Missverhältnis

BSG, Beschluss v. 10.12.2020 - B 6 KA 25/20 B

RID 21-02-40

juris

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen **LSG Schleswig-Holstein**, Urt. v. 10.03.2020 - L 4 KA 53/18 - juris wird als unzulässig verworfen.

Bei **Einzelleistungsprüfungen** ist die **Grenze zum offensichtlichen Missverhältnis** typisierend beim Doppelten des Fachgruppendurchschnitts zu ziehen. Dieser Wert stellt keine absolute Untergrenze dar. Nach der Senatsrechtsprechung kommt ein **niedrigerer Grenzwert** etwa bei Einzelleistungen mit einer sehr homogenen Kostenverteilung und nur geringer Streuung, bei einer homogenen Vergleichsgruppenzusammensetzung und vergleichsgruppentypischen Leistungen, bei Arztgruppen mit einem engen Leistungsspektrum und bei genau umrissenen, nicht anders ersetzbaren Einzelleistungen innerhalb einer hinreichend homogenen Vergleichsgruppe in Betracht.

SG Kiel, Urt. v. 23.05.2018 - S 13 KA 381/15 - RID 19-01-41 wies die Klage des Zahnarztes gegen Honorarkürzung für das Quartal IV/10 bzgl. der Leistungen nach Nr. 105 (Mu) und 106 (sK) BEMA um 3.302 Punkte ab, das **LSG** die Berufung zurück.

5. Zulassungsrecht

a) Verlegung einer genehmigten Anstellung in anderes MVZ unterschiedlicher Rechtsträger

BSG, Urteil v. 30.09.2020 - B 6 KA 18/19 R

RID 21-02-41

BSGE = SozR 4-5520 § 24 Nr. 14 = Die Leistungen Beilage 2020, 433 = ArztR 2021, 39 = KrV 2021, 23 = ZMGR 2021, 25

= GesR 2021, 168

Leitsatz: Die **Verlegung** einer genehmigten **Arztanstellung** zwischen **zwei Medizinischen Versorgungszentren** ist auch dann zulässig, wenn zwei rechtlich selbstständige Betreibergesellschaften beteiligt sind, deren Gesellschafter identisch sind.

b) Zulassungsentziehung: Ungeeignetheit aus gesundheitlichen Gründen/Streitwert

BSG, Beschluss v. 16.02.2021 - B 6 KA 19/20 B

RID 21-02-42

juris

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen **LSG Bayern**, Urt. v. 24.06.2020 - L 12 KA 5013/19 - wird zurückgewiesen (Zur Eingangsinstanz s. SG München, Urt. v. 08.05.2019 - S 43 KA 5093/18 - RID 21-02-25). Nach § 21 Satz 1 Alt. 1 Zahnärzte-ZV ist ein Zahnarzt für die Ausübung der vertragszahnärztlichen Tätigkeit **ungeeignet**, der aus **gesundheitlichen Gründen** nicht nur vorübergehend unfähig ist, die vertragszahnärztliche Tätigkeit ordnungsgemäß auszuüben. Insoweit sind nicht der Schweregrad der Erkrankung im Sinne einer medizinischen Klassifikation (leichter, mittelschwerer oder schwerer Verlauf) entscheidend, sondern **funktional** die konkreten Folgen einer im Einzelfall bestehenden gesundheitlichen Beeinträchtigung für die Fähigkeit zur ordnungsgemäßen Ausübung der jeweiligen vertragsärztlichen Tätigkeit ausschlaggebend (BSG, Beschl. v. 13.02.2019 - B 6 KA 14/18 B - juris Rn. 12). Es unterliegt insoweit keinem Zweifel, dass ein Zahnarzt, der - aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen - persönlich keine Behandlungen am Patienten mehr durchführen kann, die Fähigkeit zur ordnungsgemäßen Ausübung der vertragszahnärztlichen Tätigkeit nicht (mehr) besitzt. Denn zum Profil der vertrags(zahn)ärztlichen Tätigkeit zählt auch und gerade die tatsächliche Durchführung der (zahn)ärztlichen Behandlung selbst. Die eigenständige Versorgung von Patienten - auch in Notfällen - ist zentraler Bestandteil der vertrags(zahn)ärztlichen Tätigkeit (BSG, Beschl. v. 17.08.2011 - B 6 KA 18/11 B - juris Rn. 10; vgl. auch BSG, Urt. v. 29.09.1999 - B 6 KA 1/99 R - BSGE 85, 1, 5 = SozR 3-2500 § 103 Nr. 5 S. 32; BSG, Urt. v. 03.04.2019 - B 6 KA 4/18 R - BSGE 128, 26 = SozR 4-2500 § 95 Nr. 36, Rn. 29).

Wenn ein Zahnarzt **gesundheitlich** in einer Weise **eingeschränkt** ist, die es ausschließt, dass er das Behandlungszimmer aufsucht, die Tätigkeiten von Assistenten oder angestellten Zahnärzten im Mund des Patienten beobachtet oder überwacht, sodass er auch in dringenden Fällen nicht mehr in die Behandlung eingreifen kann, fehlt jedenfalls die für die Ausübung der vertragszahnärztlichen Tätigkeit erforderliche Eignung.

Wenn die durchschnittlichen Umsätze der Arztgruppe nicht das wirtschaftliche Interesse des klagenden Arztes widerspiegeln, ist für jedes Quartal des maßgeblichen Dreijahreszeitraumes i.S. des § 42 I GKG der **Regelstreitwert** von 5.000 € anzusetzen (vgl. BSG, Beschl. v. 12.09.2006 - B 6 KA 70/05 B - SozR 4-1920 § 47 Nr. 1 Rn. 4; BSG, Beschl. v. 10.05.2017 - B 6 KA 8/17 B - juris). Fehlen nähere Anhaltspunkte für das konkrete wirtschaftliche Interesse und ist der Kl. seit längerer Zeit bei Weitem nicht im üblichen Umfang vertragszahnärztlich tätig gewesen, dann ist der Ansatz des Auffangstreitwertes von 5.000 € für jedes Quartal des Dreijahreszeitraumes sachgerecht.

6. Abschlüsse nach § 95d SGB V: Auslegung des Begriffs „Honorarberichtigungen“ in Vergütungsverb.

BSG, Urteil v. 30.09.2020 - B 6 KA 5/19 R

RID 21-02-43

SozR 4-2500 § 95d Nr. 3 = Die Leistungen Beilage 2021, 22 = KrV 2021, 29

Leitsatz: Die Auslegung einer gesamtvertraglichen **Vergütungsvereinbarung** durch das LSG, wonach **Honorarkürzungen** wegen fehlender **Fortbildungsnachweise** keine Honorarberichtigungen im Sinne dieser Vereinbarung sind und deshalb von deren Abgeltungswirkung nicht erfasst werden, ist revisionsrechtlich nicht zu beanstanden.

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 unselbstständiger 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 unselbstständiger Hilfeleistungen anderer Personen zur Behandlung bereit ist.

1. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

a) Prostataspezifische Membranantigen-Positronen-Emissions-Tomographie/Computertomographie

(PSMA-PET/CT)

LSG Hamburg, Urteil v. 17.12.2020 - L 1 KR 55/19

RID 21-02-44

juris

SGB V §§ 12 I, 13 III, 27

Mit der Vorinstanz besteht kein Sachleistungsanspruch auf eine **PSMA-PET/CT**, wenn sie zur weiteren Therapieplanung nicht notwendig ist. Bei der PSMA-PET/CT fehlt es als einer neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethode an einer **Anerkennung** durch den GBA.

SG Hamburg, Urt. v. 20.03.2019 - S 18 KR 573/15 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

b) Protonentherapie bei Prostatakarzinom

LSG Hamburg, Urteil v. 17.12.2020 - L 1 KR 68/19

RID 21-02-45

juris

SGB V §§ 13 III, 27, 135

Entscheidet sich der Versicherte bereits vor einer Entscheidung der Krankenkasse für die Leistung, dann besteht kein **Kostenerstattungsanspruch**.

Die **Protonentherapie bei Prostatakarzinom** ist als neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode nicht als allgemeine Kassenleistung zugelassen.

SG Hamburg, Urt. v. 20.03.2019 - S 18 KR 713/15 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

c) Mamma-Magnetresonanztomographie bei Mammakarzinom

LSG Niedersachsen-Bremen, Beschluss v. 11.03.2021 - L 4 KR 68/21 B ER

RID 21-02-46

juris

SGB V §§ 27, 135; SGG § 86b II

Für die Durchführung einer **Magnetresonanztomographie** der weiblichen Brust (MRT) bei **Mammakarzinom** besteht nur ein Anspruch im Rahmen der Richtlinien Methoden vertragsärztlicher Versorgung (MVV-Richtlinie). Ein Anspruch auf eine regelmäßige MRT-Untersuchung unabhängig von der Indikationsstellung des Arztes ist ausgeschlossen (LSG Thüringen, Urt. v. 24.11.2015 - L 6 KR 826/12 - RID 16-02-93).

Die Ast. begehrt im Wege einstweiligen Rechtsschutzes die Verpflichtung der Ag., die Kosten für eine jährliche Mamma-MRT-Untersuchung vorab zu bewilligen. **SG Hannover**, Beschl. v. 21.01.2021 - S 89 KR

1740/20 ER - lehnte den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

d) Behandlung mit dendritischen Zellen bei Mammakarzinom

LSG Bayern, Urteil v. 08.10.2020 - L 4 KR 315/17

RID 21-02-47

juris

SGB V §§ 2 Ia, 13 III 1, 135

Leitsatz: 1. Zur Frage der Unaufschiebbarkeit der streitgegenständlichen Leistung.

2. Die Behandlung einer **Brustkrebserkrankung** mit **dendritischen Zellen** stellt eine **neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode** dar, für die eine Empfehlung des Gemeinsamen Bundesausschusses nicht vorliegt.

3. Es liegt kein **Systemmangel** und kein sog. Seltenheitsfall vor.

4. Hier: Kein Anspruch nach § 13 Abs. 3 SGB V i.V.m. **§ 2 Abs. 1a SGB V**, weil noch allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistungen zur Verfügung standen.

SG Augsburg, Urt. v. 05.04.2017 - S 2 KR 226/15 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

e) Dendritische Zellen in Kombination mit Hyperthermiebehandlung (Eierstockkrebs)

SG Darmstadt, Urteil v. 12.04.2021 - S 13 KR 325/16

RID 21-02-48

juris

SGB V §§ 2 IIa, 13 III, 27, 135; SGG § 66; SGB I § 36a

Leitsatz: 1. Es handelt sich bei der **elektronischen Form** um einen „Regelweg“, mit der Folge, dass ohne einen Hinweis hierauf die Wegweiserfunktion der Rechtsmittelbelehrung nicht erfüllt ist (entgegen BSG, Urt. v. 14.03.2013 - B 13 R 19/12 R - SozR 4-1500 § 66 Nr. 3).

2. Die elektronische **Antragstellung** auch **mittels E-Mail** ist zulässig, soweit der Empfänger hierfür einen Zugang eröffnet hat. Die Zugangseröffnung setzt sich zusammen aus der technischen Bereitstellung des Zugangs als Vorbereitungsakt und der Widmung dieses Zugangs für die Nutzung im (rechtsverbindlichen) elektronischen Rechtsverkehr.

3. Die Behandlung von **Eierstockkrebs** in Form einer Therapie mit **dendritischen Zellen** in Kombination mit einer **Hyperthermiebehandlung** ist eine neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode im Sinne des § 135 SGB V.

4. Der Nutzen einer Behandlung von Eierstockkrebs in Form einer Therapie mit dendritischen Zellen in Kombination mit einer Hyperthermiebehandlung ist **wissenschaftlich nicht belegt**.

5. § 2 Abs. 2a SGB V gibt nicht allgemein jeglicher Form der (kurativen) Therapie zugunsten der Gesetzlichen Krankenversicherung den Vorrang, wenn dem **wissenschaftlichen Standard** entsprechende Therapien nur noch **palliativ** wirken.

Das **SG** wies die Klage ab.

f) Oncotype DX Brustkrebstest

LSG Saarland, Urteil v. 21.10.2020 - L 2 KR 2/19

RID 21-02-49

juris

SGB V §§ 2 I, Ia, 12 I, 13 III, 135 I 1

Leitsatz: 1. Der Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) vom 20.6.2019, mit dem eine positive Empfehlung für den Oncotype DX Brustkrebstest ausgesprochen wurde, hat keine unmittelbare Rechtswirkung für eine bereits **2018 erfolgte Behandlung**.

2. Ein **Systemversagen** liegt nicht vor.

3. Ein Anspruch aus § 2 Abs. 1a SGB V besteht nicht, wenn die allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende **Diagnostik nicht ausgeschöpft** ist.

SG für das Saarland, Urt. v. 23.11.2018 - S 15 KR 472/18 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

g) Extrakorporale Lipid-Apherese-Therapie

aa) Folgenabwägung: Gesundheitsgefahr (Kardiovaskuläre Erkrankung)

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 29.01.2021 - L 11 KR 865/20 B ER

RID 21-02-50

juris

SGB V §§ 27, 135 I

Ist ein Anspruch auf eine wöchentliche **extrakorporale Lipid-Apherese-Therapie** nicht mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit glaubhaft gemacht, besteht aber die Gefahr, dass die dem vorläufigen Rechtsschutzverfahren zu Grunde liegende Beeinträchtigung des Lebens, der Gesundheit oder der körperlichen Unversehrtheit des Versicherten sich jederzeit verwirklichen kann, ist eine **Abwägung der widerstreitenden Interessen** vorzunehmen. Besteht die Gefahr, dass der Versicherte ohne die Gewährung der umstrittenen Leistung vor Beendigung des Verwaltungs- bzw. Hauptsacheverfahrens stirbt oder er schwere oder irreversible gesundheitliche Beeinträchtigung erleidet, ist ihm die begehrte Leistung regelmäßig zu gewähren, wenn das Gericht nicht aufgrund eindeutiger Erkenntnisse davon überzeugt ist, dass die begehrte Leistung unwirksam oder medizinisch nicht indiziert oder der Einsatz mit dem Risiko behaftet ist, die abzuwendende Gefahr durch die Nebenwirkungen der Behandlung auf andere Weise zu verwirklichen.

SG Dortmund, Beschl. v. 07.12.2020 - S 39 KR 2379/20 ER - lehnte den Antrag ab, das **LSG** verpflichtete die Ag. vorläufig, den Ast. für die Zeit ab Zustellung des vorliegenden Beschlusses bis zum Abschluss des Widerspruchsverfahrens, spätestens bis zum 31.07.2021 mit regelmäßigen, extrakorporalen Lipid-Apherese-Behandlungen zu versorgen, und wies im Übrigen die Beschwerde zurück.

bb) Folgenabwägung: Progrediente kardiovaskuläre Erkrankung

SG Münster, Beschluss v. 17.02.2020 - S 15 KR 52/20 ER

RID 21-02-51

juris

SGB V §§ 27, 135 I; SGG § 86b II

Nach § 3 Abs. 2 Anlage I zur **Method-RL** können **LDL-Apheresen** bei isolierter Lp(a)-Erhöhung nur durchgeführt werden bei Patienten mit isolierter Lp(a)-Erhöhung über 60 mg/dl und LDL-Cholesterin im Normbereich sowie gleichzeitig klinisch und durch bildgebende Verfahren dokumentierter progredienter kardiovaskulärer Erkrankung (koronare Herzerkrankung, periphere arterielle Verschlusskrankheit oder zerebrovaskuläre Erkrankungen). Können diese Voraussetzungen nicht mit der dazu erforderlichen Sicherheit verneint werden, ist anhand einer **Folgenabwägung** zu entscheiden. Besteht die Gefahr, dass die Versicherte ohne die Gewährung der umstrittenen Leistung vor Beendigung des Verwaltungs- bzw. Hauptsacheverfahrens stirbt oder sie schwere oder irreversible gesundheitliche Beeinträchtigung erleidet, ist ihr die begehrte Leistung regelmäßig zu gewähren, wenn das Gericht nicht aufgrund eindeutiger Erkenntnisse davon überzeugt ist, dass die begehrte Leistung unwirksam oder medizinisch nicht indiziert oder der Einsatz mit dem Risiko behaftet ist, die abzuwendende Gefahr durch die Nebenwirkungen der Behandlung auf andere Weise zu verwirklichen (so auch LSG Bayern, Beschl. v. 24.01.2008 - L 5 B 1074/07 KR ER - RID 08-03-114).

Das **SG** verpflichtete die Ag., die Ast. vorläufig bis zur bestandskräftigen Entscheidung über den Antrag vom 08.03.19, längstens bis zum 30.07.2020 mit einer wöchentlichen extrakorporalen Lipid-Apherese-Therapie zu versorgen.

h) Kapselendoskopie bei Verdacht auf Stenose im Darm

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 03.03.2021 - L 5 KR 323/19

RID 21-02-52

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig, B 1 KR 32/21 B

juris

SGB V §§ 2 Ia, 27 I, 92 I, 135 I

Leitsatz: Zum Anspruch auf Versorgung mit einer **Kapselendoskopie** einschließlich **Probekapsel** als neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode (hier verneint).

SG Mannheim, Gerichtsbb. v. 21.12.2018 - S 2 KR 843/17 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

i) Electromotive Drug Administration Therapie (EMDA-Therapie) (Interstitielle Cystitis)

LSG Baden-Württemberg, Beschluss v. 05.02.2021 - L 11 KR 3987/20 ER-B

RID 21-02-53

juris

SGB V §§ 2, 135

Leitsatz: Der Anspruch auf Behandlung der **Interstitiellen Cystitis** kann in der gesetzlichen Krankenversicherung auch die Versorgung mit der sog. **Electromotive Drug Administration Therapie (EMDA-Therapie)** umfassen.

Für die Fälle, in denen andere Therapien zur Behandlung der Interstitiellen Cystitis nicht (mehr) erfolgversprechend sind oder wegen bestehender Kontraindikationen nicht angewendet werden können, liegt ein sog. **Systemversagen** vor, weil sich insoweit die Antragsbefugnis aus § 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V zu einer Antragspflicht verdichtet hat (vgl. BSG, Urt. v. 12.08.2009 - B 3 KR 10/07 R - BSGE 104, 95 = SozR 4-2500 § 139 Nr. 4).

Aufgrund der Tatsache, dass die Anwendung der EMDA-Therapie in der **S2K-Leitlinie** Diagnostik und Therapie der Interstitiellen Cystitis (IC/BPS) vom 30.09.2018 empfohlen wird, gibt es keine sachlichen Gründe, von der Stellung eines Antrages beim Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) abzusehen.

SG Freiburg, Beschl. v. 14.12.2020 - S 5 KR 4026/20 ER - lehnte den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das **LSG** verpflichtete die Ag. unter Vorwegnahme der Hauptsache, der Ast. bis zu drei ambulante EMDA-Therapien als Sachleistung zu gewähren. Diese Verpflichtung wird bis zur Rechtskraft der Entscheidung in der Hauptsache, längstens bis zum 31.01.2022 befristet. Nach dem LSG handelt es sich bei der EMDA-Therapie um eine spezielle Form der Medikamentenapplikation bei bestimmten Harnblasenerkrankungen.

j) Softorthese als neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode

LSG Bayern, Urteil v. 21.07.2020 - L 5 KR 284/18

RID 21-02-54

juris

SGB V §§ 2 I 3, 12 I, 135 I

Leitsatz: 1. Der Einsatz einer **Softorthese** steht dann in einem engen Zusammenhang mit der **vertragsärztlichen Behandlung**, wenn ihr Einsatz eine weiter andauernde ärztliche Überwachung und Kontrolle der Therapie erforderlich macht.

2. Soll ein **Hilfsmittel** im Rahmen der Krankenbehandlung deren Erfolg sichern, ist seine Verwendung - anders als etwa bei Hilfsmitteln, die dem Behinderungsausgleich dienen - nicht von dem zugrunde liegenden Behandlungskonzept und den dafür geltenden rechtlichen Anforderungen zu trennen. **BSG**, Beschl. v. 23.03.2021 - B 3 KR 63/20 B - verwarf die Nichtzulassungsbeschwerde als unzulässig.

SG München, Gerichtsbb. v. 03.05.2018 - S 39 KR 1407/17 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

k) Immun-Therapie: Eilverfahren/Folgenabwägung

SG Nürnberg, Beschluss v. 01.12.2020 - S 2 KR 870/20 ER

RID 21-02-55

juris

SGB V §§ 2 I, Ia, 12 I,

In einem **Eilverfahren** ist anhand einer Folgenabwägung zu entscheiden, in der sich die Gerichte schützend und fördernd vor die Grundrechte des Einzelnen zu stellen haben (vgl. BVerfG, 1. Sen. 3. Ka., Beschl. v. 06.02.2007 - 1 BvR 3101/06 - RID 08-02-138). Wird ein Versicherter mit einem bereits für mehrere Monate mit einer **Immun-Therapie** (Verabreichung eines IO-VAC-Impfstoffs, kombiniert mit einer onkolytischen Virotherapie unter modulierter Elektrohypothermie sowie Mikronährstoff- und Vitaminoptimierung) behandelt und hat sich sein Zustand durch die Behandlung stabilisiert oder sogar verbessert, dann ist im Rahmen einer **Folgenabwägung** die Fortsetzung der Therapie vorläufig zu bewilligen.

Das **SG** verpflichtete die Ag., dem Ast. vorläufig die individuell konzipierte und optimierte Immuntherapie als Sachleistung zu gewähren. Die Anordnung gilt bis zum Abschluss des Hauptsacheverfahrens und ist zunächst auf sechs Zyklen (Behandlungsböcke) beschränkt.

2. Künstliche Befruchtung bei gleichgeschlechtlichem Ehepaar

LSG Bayern, Urteil v. 19.08.2020 - L 20 KR 412/19

RID 21-02-56

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 7/21 R

juris

SGB V § 27a

Leitsatz: Zur Frage der Kostenerstattung für Maßnahmen einer **künstlichen Befruchtung** in Form einer heterologen Insemination bei einem **gleichgeschlechtlichen Ehepaar**.

SG Würzburg, Ur. v. 21.05.2019 - S 6 KR 412/18 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

3. Transsexualismus: Gesichtsfeminisierende Eingriffe (Haartransplantation/Augenbrauen)

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 27.01.2021 - L 1 KR 368/18

RID 21-02-57

juris

SGB V § 27 I

Bei notwendig zu behandelndem **Transsexualismus** bestehen Ansprüche auf **geschlechtsangleichende Operationen**, beschränkt auf einen Zustand, bei dem aus der Sicht eines verständigen Betrachters eine deutliche Annäherung an das Erscheinungsbild des anderen Geschlechts eintritt (vgl. BSG, Ur. v. 11.09.2012 - B 1 KR 3/12 R - BSGE 111, 289 = SozR 4-2500 § 27 Nr. 23, juris Rn. 18 u. 23). Das äußere Erscheinungsbild ist dabei auch nicht auf eine isolierte Betrachtung einzelner Körperregionen beschränkt. Maßgeblich ist vielmehr der **Gesamteindruck**. Es besteht kein Anspruch auf Eigenhaartransplantationen an Stirn und Geheimratsecken und Augenbrauenanhebung, wenn sie nicht notwendig sind, um eine deutliche Annäherung an das Erscheinungsbild des weiblichen Geschlechts im Gesicht zu erreichen. Im Übrigen handelt es sich um eine **neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode**, für welche der GBA noch keine positive Empfehlung abgegeben hat.

SG Berlin, Ur. v. 09.10.2018 - S 169 KR 2034/16 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

4. Zahnärztliche Behandlung

a) Mangelhaftigkeit zahnprothetischer Versorgung: Anspruch auf Neuversorgung

LSG Sachsen, Beschluss v. 22.04.2020 - L 1 KR 74/17 B PKH

RID 21-02-58

juris

SGB V §§ 12 I, 55, 76 I 1, 136a IV

Leitsatz: 1. Bei Mangelhaftigkeit einer **zahnprothetischen Versorgung** trifft den **Versicherten** die **Obliegenheit**, vorrangig **Gewährleistungsansprüche** gegen den behandelnden Zahnarzt aus dem mit diesem abgeschlossenen zivilrechtlichen Behandlungsvertrag geltend zu machen, bevor (erneut) ein Leistungsanspruch gegen die Krankenkasse nach dem Recht der gesetzlichen Krankenversicherung auf Versorgung mit Zahnersatz erhoben wird.

2. Eine **Neuversorgung** mit Zahnersatz kommt bei mangelhafter zahnärztlicher Versorgung erst dann in Betracht, wenn dem Versicherten Nachbesserungsmaßnahmen durch den Zahnarzt nicht zuzumuten sind.

SG Chemnitz, Gerichtsbb. v. 12.01.2017 - S 15 KR 305/14 - wies die Klage ab; SG Chemnitz, Beschl. v. 11.01.2017 - S 15 KR 305/14 - lehnte den Antrag auf Prozesskostenhilfe ab, das LSG wies die Beschwerde zurück.

b) Neuanfertigung von Zahnprothesen nur bei Mangelhaftigkeit

LSG Baden-Württemberg, Beschluss v. 11.01.2021 - L 11 KR 3701/20 ER-B

RID 21-02-59

juris

SGB V §§ 55, 136a; SGG § 86b II

Leitsatz: Eine Versicherte hat keinen Anspruch auf **Neuanfertigung** von **Zahnprothesen** durch einen Vertragszahnarzt ihrer Wahl, wenn die vom behandelnden Vertragszahnarzt durchgeführte prothetische Versorgung **nicht mangelhaft** ist.

Auf die Frage, ob der Versicherten eine **Weiterbehandlung** durch ihren bisherigen Zahnarzt **zumutbar** ist, kommt es in diesem Fall nicht an. Macht die Versicherte geltend, dass sich die anatomischen Verhältnisse im Kiefer seit der Anfertigung des Zahnersatzes verändert haben, ist für eine Neuanfertigung von Zahnprothesen ein **neuer Heil- und Kostenplan** erforderlich.

SG Karlsruhe, Beschl. v. 17.11.2020 - S 14 KR 2853/20 ER - lehnte den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

c) Zuschuss zum gesetzlichen Festbetrag: Fortsetzungsfeststellungsklage

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 30.09.2020 - L 11 KR 143/20

RID 21-02-60

juris

SGB V § 55

Die **Festzuschüsse** werden gezahlt, wenn der Zahnersatz in der bewilligten Form innerhalb von sechs Monaten eingegliedert wird (vgl. BSG, Urt. v. 27.08.2019 - B 1 KR 9/19 R - BSGE 129, 62 = SozR 4-2500 § 13 Nr. 49, juris Rn. 14).

Die Frage, ob eine volle Kostenübernahme bei der Versorgung mit Zahnersatz beansprucht werden kann, wird sich auch bei einem neuen Heil- und Kostenplan stellen. Bei im Wesentlichen unveränderten wirtschaftlichen Verhältnisse ist damit zu rechnen, dass auch in **Folgeverfahren** über einen etwaigen Anspruch auf einen besonderen Zuschuss zum gesetzlichen Festbetrag gestritten werden wird.

SG Köln, Urt. v. 15.01.2020 - S 21 KR 3491/18 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

d) Versorgung mit Implantaten nur bei Vorliegen eines Ausnahmefalls

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 30.01.2021 - L 5 KR 544/18

RID 21-02-61

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 8/21 R

juris

SGB V §§ 13 IIIa, 27, 28 II 9, 92 I 2 Nr. 2

Eine Versicherte kann ihr Leistungsbegehren nach **Ablauf von sechs Monaten** ab Eintritt einer fingierten Bewilligung von Zahnersatz aufgrund eines eingereichten Heil- und Kostenplans nicht mehr auf den Eintritt der Genehmigungsfiktion stützen. Denn eine solche beantragte Leistung liegt ab diesem Zeitpunkt nach der klaren, rechtskonformen Aussage des Heil- und Kostenplans offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs der GKV. Der vorgeschriebene Formular-Heil- und Kostenplan enthält im Feld für die Genehmigung durch die KK den drucktechnisch hervorgehobenen Hinweis, dass Voraussetzung der Kostenübernahme durch die KK ist, dass der Zahnersatz innerhalb von sechs Monaten eingegliedert wird (vgl. BSG, Urt. v. 27.08.2019 - B 1 KR 9/19 R - BSGE 129, 62 = SozR 4-2500 § 13 Nr. 49).

Liegt kein zwingender **Ausnahmefall** zur Versorgung mit Implantaten vor, dann besteht kein Versorgungsanspruch.

SG Münster, Urt. v. 11.06.2018 - S 16 KR 548/16 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

e) Implantatversorgung: Genehmigungsfiktion und beantragte Leistung

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 18.12.2020 - L 4 KR 427/17

RID 21-02-62

Revision anhängig: B 1 KR 2/21 R
juris

SGB V §§ 13 IIIa, 27 I, 28 II 9, 92 I 2 Nr. 2

Die Reichweite der **Genehmigungsfiktion** bei implantologischen Leistungen ist auf die unter Vorlage des Behandlungsplans konkret **beantragten Leistungen** beschränkt.

SG Oldenburg, Urte. v. 14.08.2017 - S 62 KR 77/17 - wies die Klage ab, das LSG die Berufung zurück.

II. Stationäre Behandlung

Nach BSG, Urte. v. 25.03.2021 - B 1 KR 25/20 R - scheitert ein Anspruch nicht schon daran, dass die **Liposuktionen** im maßgeblichen Zeitpunkt der Behandlung nicht den Anforderungen an das **allgemeine Qualitätsgebot** des § 2 I 3 SGB V entsprachen. Soweit der Senat außerhalb von Erprobungsrichtlinien für den Anspruch Versicherter auf Krankenhausbehandlungen auch nach Inkrafttreten des § 137c III SGB V an seiner Rechtsprechung festgehalten hat, dass für die dabei eingesetzten Methoden der volle Nutznachweis im Sinne eines evidenzgestützten Konsenses der großen Mehrheit der einschlägigen Fachleute erforderlich ist (vgl. BSG vom 24.4.2018 - B 1 KR 13/16 R - BSGE 125, 262 = SozR 4-2500 § 137e Nr. 1; zuletzt BSG vom 8.10.2019 - B 1 KR 3/19 R - BSGE 129, 171- 186, SozR 4-2500 § 2 Nr. 14), **gibt er seine Rechtsprechung auf. § 137c III SGB V** beinhaltet eine **partielle Einschränkung des allgemeinen Qualitätsgebots**. Dies folgt aus dem Wortlaut der Regelung und der Normgeschichte des § 137c SGB V unter Berücksichtigung der Gesetzesmaterialien. Die Regelung ist jedoch mit Blick auf das Qualitätsgebot, an dem sich auch § 137c SGB V insgesamt ausrichtet und das nicht nur der Wirtschaftlichkeit, sondern auch und gerade dem Schutz der Versicherten vor vermeidbaren Gesundheitsgefährdungen dient, **restriktiv auszulegen**. Versicherte haben vor Erlass einer Erprobungsrichtlinie Anspruch auf die Versorgung mit Potentialleistungen nur im Rahmen eines individuellen Heilversuchs, wenn es 1. um eine **schwerwiegende**, die Lebensqualität auf Dauer nachhaltig beeinträchtigende **Erkrankung** geht, wenn 2. **keine andere Standardbehandlung** verfügbar ist und wenn 3. die einschlägigen Regelungen der **Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses** für die Annahme des Potentials einer erforderlichen Behandlungsalternative erfüllt sind.

1. Adipositaschirurgischer Eingriff

a) Ohne konservativen Therapieversuch

SG Trier, Gerichtsbescheid v. 20.08.2020 - S 5 KR 49/20

RID 21-02-63

juris
SGB V §§ 27, 39

Es ist nachvollziehbar und plausibel, wenn nach der aktuell gültigen **S3-Leitlinie** (Chirurgie der Adipositas und metabolischer Erkrankungen Deutsche) unter bestimmten Umständen eine **Primärindikation** zu einem adipositaschirurgischen Eingriff gestellt werden kann, ohne dass zeitnah vorher ein (erneuter) konservativer Therapieversuch erfolgt ist.

Das SG verurteilte die Bekl., der Kl. eine bariatrisch-chirurgische Maßnahme in Form einer Magenbypass-Operation zu gewähren.

b) Kein multimodales Behandlungskonzept bei Insulinresistenz

SG Koblenz, Urteil v. 22.01.2021 - S 13 KR 198/18

RID 21-02-64

juris
SGB V § 27

Es ist stets anhand des konkreten **Einzelfalles** festzustellen, ob die adipositaschirurgische Maßnahme in diesem konkreten Einzelfall die ultima ratio ist. Das ist immer dann der Fall, wenn im konkreten Einzelfall keine zumutbaren und sachgerechten Handlungsalternativen bestehen. Eine schematische Prüfung scheidet vor diesem Hintergrund aus.

Im vorliegenden Fall litt die Kl. seit Jahren an einer erheblichen Adipositas; der BMI lag allerdings mit 37kg/m² noch im Bereich zwischen 35 und 40. Als besonders schwere Begleiterkrankung der Adipositas lag jedoch (neben weiteren erheblichen Begleiterkrankungen) eine **Insulinresistenz** vor. Ausweislich der Interdisziplinären Leitlinie der Qualität S 3 zur „Prävention und Therapie der Adipositas“ der Deutschen Adipositasgesellschaft unter 5.4.7. macht ein extrem hoher Insulinbedarf

eine diätetische Therapie praktisch unmöglich und stellt somit eine Indikation für eine primäre chirurgische Therapie (d.h. ohne eine präoperative konservative Therapie) dar.

Das **SG** verurteilte die Bekl., die Kl. mit einer Magenbybass-Operation zu versorgen.

c) Kein multimodales Therapiekonzept bei erheblichen Eigenbemühungen und BMI über 50

SG Kassel, Urteil v. 18.02.2021 - S 8 KR 180/18

RID 21-02-65

juris

SGB V §§ 11 I, 12 I 1, 27 I, 39 I

Es besteht ein Anspruch auf eine minimalinvasive adipositas-chirurgische Maßnahme, auch wenn eine Versicherte selbst noch nicht an einem über sechs bis zwölf Monate laufenden ärztlich geleiteten **multimodalen Therapiekonzept** - zumal erfolglos - teilgenommen hat, wenn die Adipositas bei einem **BMI von 50** und mehr bereits seit vielen Jahren besteht und die Versicherte in den letzten Jahren immer wieder - wenn auch erfolglos - auf Eigeninitiative hin Bemühungen unternommen hat, ihr Körpergewicht zu reduzieren.

Das **SG** verurteilte die Bekl., der Kl. eine minimalinvasive adipositaschirurgische Maßnahme als Sachleistung zu gewähren.

2. Brustverkleinerungs-Operation (Mammareduktionsplastik)

LSG Sachsen-Anhalt, Urteil v. 09.10.2019 - L 6 KR 106/18

RID 21-02-66

juris

SGB V §§ 27 I, 278; SGG § 103

Leitsatz: 1. Zu den tatsächlichen und rechtlichen Voraussetzungen einer Brustverkleinerungs-Operation (**Mammareduktionsplastik**).

2. Ohne einen konkreten Anhaltspunkt muss der Senat einem **Beweisantrag** nicht nachgehen. Es handelt sich dann um einen Beweisantrag „ins Blaue“ hinein (vgl. BVerfG, Beschluss vom 9. Oktober 2007 - 2 BvR 1268/03).

3. Der Senat kann sich auch auf ein **Gutachten des MDK** stützen. Dieses ist kein „Partei-Gutachten“. Mammareduktionsplastik

SG Halle, Ur. v. 12.09.2018 - S 16 KR 403/16 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück. **BSG**, Beschl. v. 17.12.2020 - B 1 KR 89/19 B - verwarf die Nichtzulassungsbeschwerde als unzulässig.

3. Stationäre Behandlungskosten in der Türkei: Geplante Operation

LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 29.01.2021 - L 28 KR 349/19

RID 21-02-67

juris

SGB V §§ 13 III, 16 I Nr. 1; EGV 883/2004 Art. 2 I

Der Anspruch auf Leistungen ruht gem. § 16 I Nr. 1 SGB V, solange Versicherte sich im **Ausland** aufhalten, und zwar auch dann, wenn sie dort während eines vorübergehenden Aufenthalts erkranken, soweit in diesem Gesetzbuch nichts Abweichendes bestimmt ist. Das nationale Recht räumt Versicherten einen Anspruch auf Krankenbehandlung im Nicht-EG-Ausland, wie die **Türkei**, nur ein, wenn eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung nur außerhalb Deutschlands und außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraumes möglich ist (§ 18 I SGB V).

SG Berlin, Ur. v. 25.09.2018 - S 208 KR 935/16 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

III. Kostenerstattung

Nach BSG, Ur. v. 25.03.2021- **B 1 KR 22/20 R** - sind die Voraussetzungen eines Anspruchs auf Kostenerstattung aufgrund **fingierter Genehmigung** nach § 13 IIIa 7 SGB V nicht erfüllt, weil die Kl. schon vor Ablauf der maßgeblichen Entscheidungsfristen auf die Selbstbeschaffung der beantragten Leistung **vorfestgelegt** war. Hat ein Versicherter schon vor Eintritt der Genehmigungsfiktion eigenmächtig das Sachleistungsprinzip infolge Vorfestlegung „verlassen“, ist der Anwendungsbereich des in § 13 IIIa SGB V normierten Systemversagens nicht gegeben (so bereits BSG v. 27.10.2020 - B 1

KR 3/20 R - BSGE = SozR). Wegen der Vorfestlegung scheidet auch ein Anspruch wegen rechtswidriger Leistungsablehnung nach § 13 III 1 Fall 1 SGB V aus.

1. Genehmigungsfiktion

a) 3-Wochen-Frist/Selbstbeschaffung (PSMA-PET-CT-Untersuchung)

LSG Sachsen, Urteil v. 02.06.2020 - L 1 KR 17/19

RID 21-02-68

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 6/21 R

juris

SGB V § 13 IIIa

Die **3-Wochen-Frist** ist maßgeblich, wenn die Krankenkasse den Versicherten nicht innerhalb dieser Frist über die beabsichtigte Einschaltung des MDK informiert. Maßgeblich ist insoweit der Zeitpunkt der **Bekanntgabe** gegenüber dem Versicherten, nicht jener der behördeninternen Entscheidung über die Information (BSG, Urt. v. 11.07.2017 - B 1 KR 26/16 R - BSGE 123, 293 = SozR 4-2500 § 13 Nr. 36, juris Rn. 29). Von einer **Selbstbeschaffung** kann erst dann die Rede sein, wenn die beantragte Leistung tatsächlich in Anspruch genommen wird.

SG Chemnitz, Urt. v. 13.11.2018 verurteilte die Bekl. zur Übernahme der Kosten für das PSMA-PET-CT in Höhe von 1.723,39 €, das **LSG** wies die Berufung zurück.

b) Bösgläubigkeit und Ablehnungsentscheidung

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 03.03.2021 - L 5 KR 4214/19

RID 21-02-69

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 18/21 R

juris

SGB V § 13 IIIa

Leitsatz: 1. **Informiert** sich der **Versicherte** eingehend unter Heranziehung medizinischer und juristischer Quellen, steht dies nicht von vornherein einem durch die **Genehmigungsfiktion** begründeten Recht zur Selbstbeschaffung auf Kosten der Krankenkasse entgegen. Nähere Kenntnis des Rechts der gesetzlichen Krankenversicherung kann Versicherten nicht abverlangt werden (vgl. BSG, Urt. v. 26.05.2020 - B 1 KR 9/18 R - BSGE 130, 200 = SozR 4-2500 § 13 Nr. 53, juris).

2. Der Versicherte wird durch die Ablehnungsentscheidung der Krankenkasse jedenfalls dann nicht **bösgläubig**, wenn sich die Krankenkasse bzw. der MDK im beigefügten Gutachten nicht mit den Argumenten des Versicherten auseinandersetzt und diese nachvollziehbar widerlegt.

SG Stuttgart, Urt. v. 07.11.2019 - S 28 KR 6259/17 - verurteilte die Bekl. zur Erstattung der Kosten für die zwei Liposuktionsbehandlungen am 29.05.2017 und 12.07.2017 in Höhe von insgesamt 5.208,10 €, das **LSG** wies die Berufung zurück.

c) Fehlende Gutgläubigkeit einer Mitarbeiterin der Krankenkasse (Liposuktion)

LSG Bayern, Urteil v. 26.02.2021 - L 4 KR 675/19

RID 21-02-70

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 39/21 B

juris

SGB V §§ 13 III, IIIa, 27, 39, 137c

Leitsatz: 1. Der Senat schließt sich der **geänderten Rechtsprechung des 1. Senats des BSG** zur Genehmigungsfiktion an.

2. Zum Fehlen einer **Gutgläubigkeit** bei einer Versicherten im Zeitpunkt der Selbstbeschaffung, wenn diese in der Rechtsabteilung der beklagten Krankenkasse tätig war.

3. Die klagende Versicherte hat keinen Anspruch auf Kostenerstattung für eine durchgeführte **Liposuktionsbehandlung** nach § 13 Abs. 3 SGB V bei Stadium I bis II.

4. Es besteht vorliegend auch kein Anspruch auf Kostenübernahme weiterer **Aspirationslipektomien**, sei es in ambulanter oder in stationärer Behandlungsform.

SG München, Urt. v. 28.11.2019 - S 44 KR 953/19 - verurteilte die Bekl., die Kl. aufgrund der gemäß § 13 IIIa 6 SGB V eingetretenen Genehmigungsfiktion mit einer mehrschrittigen stationären Liposuktionsbehandlung an beiden Ober- und Unterschenkeln und beiden Armen als Sachleistung zu versorgen sowie ihr die für den am 13.03.2019 durchgeführten ersten Teilschritt der Behandlung entstandenen Kosten in Höhe von 3.854,28 € zu erstatten. Das **LSG** wies die Klage ab.

2. Behandlungsmaßnahmen durch nichtärztliche Behandler im Ausland

LSG Bayern, Urteil v. 08.10.2020 - L 4 KR 656/17

RID 21-02-71

juris

SGB V §§ 2 Ia, 13 IV, 15 I, 27 I, 31 I

Leitsatz: 1. Keine Erstattung der Kosten von durch einen **nichtärztlichen Behandler im Ausland** erbrachten diagnostischen und therapeutischen Leistungen

2. Keine Erstattung der Kosten für **Nahrungsergänzungsmittel**

3. Bei einer bereits bestehenden beidseitigen **Taubheit** handelt es sich nicht um eine lebensbedrohliche oder regelmäßig tödliche oder eine zumindest wertungsmäßig vergleichbare **Erkrankung** i.S. von § 2 Abs.1a SGB V.

4. Das Gericht hat nicht ins Blaue zu **ermitteln**, ob eine bisher nicht benannte Erkrankung i.S. des § 2 Abs.1a SGB V vorgelegen haben könnte, für die eine dem wissenschaftlichen Standard entsprechende Therapie nicht zur Verfügung gestanden haben könnte.

5. Zur Einhaltung des **Arztvorbehalts** und Beachtung der Regeln der ärztlichen Kunst im Rahmen des § 2 Abs.1a SGB V.

SG Regensburg, Urt. v. 12.10.2017 - S 2 KR 22/16 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

IV. Arzneimittel

1. Cannabis

a) Notwendigkeit einer vertragsärztlichen Verordnung

LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 11.02.2021 - L 9 KR 262/20

RID 21-02-72

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 16/21 B

juris

SGB V §§ 31 VI, 73 II Nr. 7, 85 I, 128 Va

Die Erstellung einer **vertragsärztlichen Verordnung** gehört zu den Pflichten der Vertragsärzte, die aus der vertragsärztlichen Zulassung folgen. Sie gehört zu ihrem Versorgungsauftrag (§ 73 II Nr. 7 SGB V). Das gilt auch für die Verordnung von Cannabishaltigen Arzneimitteln. Daraus folgt, dass Vertragsärzte von Versicherten wie auch diesen leistungsrechtlich gleichgestellten Personen für das Ausstellen einer Verordnung keine (weitere) Gegenleistung verlangen dürfen.

Ein **ärztliches Attest** des behandelnden Arztes stellt keine Verordnung, aber auch keine „begründete Einschätzung“ i.S. des § 31 VI 1 Nr. 1 Buchst. b SGB V dar.

SG Berlin, Urt. v. 09.06.2020 - S 208 KR 565/19 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

b) Schwerwiegende Erkrankung/Begründete Einschätzung/Vertragsärztliche Verordnung

LSG Bayern, Beschluss v. 11.01.2021 - L 5 KR 487/20 B ER

RID 21-02-73

juris

SGB V § 31 VI

Leitsatz: 1. Der unbestimmte Rechtsbegriff der **schwerwiegenden Erkrankung** ist dem SGB V nicht fremd und entsprechend dem Ausnahmecharakter der Vorschrift dahingehend auszulegen, dass die Krankheit lebensbedrohlich sein muss oder aufgrund der Schwere der durch sie verursachten Gesundheitsstörungen die Lebensqualität auf Dauer nachhaltig beeinträchtigt.

2. Die **begründete Einschätzung** des verordnenden Arztes unter Abwägung der zu erwartenden Nebenwirkungen und unter Berücksichtigung des Krankheitszustandes des Versicherten darf sich nicht allein auf die positiven Erfahrungen des Versicherten aus der **Selbsttherapie** beschränken.

3. Für eine Erstgenehmigung einer Cannabis-Behandlung ist aus systematischen Gründen eine **vertragsärztliche Verordnung** erforderlich.

SG München, Beschl. v. 06.10.2020 - S 7 KR 928/20 ER - juris lehnte den Antrag auf einstweiligen Rechtsschutz ab, das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

c) Medizinischer Standard/Begründete Einschätzung/Verordnung nach erster Konsultation

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 30.03.2021 - L 11 KR 436/20

RID 21-02-74

juris
SGB V § 31 VI

Leitsatz: Für die nach § 31 Abs. 6 Satz 1 Nr. 1 Buchst a) SGB V erforderliche Beurteilung, ob eine dem medizinischen Standard entsprechende Leistung zur Verfügung steht, ist auf die Grundsätze zur **evidenzbasierten Medizin** abzustellen.

Die nach § 31 Abs. 6 Satz 1 Nr 1 Buchst b) SGB V erforderliche **begründete Einschätzung** eines behandelnden Vertragsarztes ist unzureichend, wenn der Vertragsarzt auf Krankheiten abstellt, die längst **ausgeheilt** sind.

Verordnet der Arzt einem Versicherten bereits bei der **ersten Konsultation** eine Versorgung mit Cannabis, darf er sich zur Beurteilung der bisher durchgeführten Therapien nicht allein auf die anamnestischen Angaben des Versicherten stützen.

SG Freiburg, Gerichtsb. v. 28.11.2019 - S 14 KR 1624/19 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

d) Begründete Einschätzung: Krankheitszustand/Abwägung

LSG Baden-Württemberg, Beschluss v. 14.01.2021 - L 11 KR 3898/20 ER-B

RID 21-02-75

juris
SGB V § 31 VI; SGG § 86b II

Leitsatz: Die **begründete Einschätzung** des behandelnden Vertragsarztes nach § 31 Abs. 6 Satz 1 Nr. 1 Buchst. b) SGB V muss (auch) den **Krankheitszustand** des Versicherten **dokumentieren** und eine **Abwägung** enthalten, mit der zum Ausdruck gebracht wird, ob, inwieweit und warum eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung nicht zur Anwendung kommen kann. Schließlich muss die Einschätzung in sich schlüssig und nachvollziehbar sein; sie darf nicht im Widerspruch zum Akteninhalt im Übrigen stehen (vgl. LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 25.02.2019 - L 11 KR 240/18 B ER - juris Rn. 69 ff.; LSG Schleswig-Holstein, Beschl. v. 26.06.2019 - L 5 KR 71/19 B ER - juris; siehe auch Senatsbeschl. v. 01.10.2018 - L 11 KR 3114/18 ER-B - juris).

SG Reutlingen, Beschl. v. 09.11.2020 - S 6 KR 2105/20 ER - lehnte den Antrag auf einstweiligen Rechtsschutz ab, das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

e) Cannabis-Begriff/Begründungsanforderungen

LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 15.01.2021 - L 9 KR 462/20 B ER

RID 21-02-76

juris
SGB V § 31 VI; SGG § 86b II; BtMVV §§ 1, 3

Das Rezeptur-Arzneimittel „Ölige Cannabidiol-Lösung 50mg/mL/100 mg/ml“ (NRF 22.10) enthält die Bestandteile Cannabidiol und mittelkettige Triglyceride, es enthält kein Tetrahydrocannabinol (THC), damit die berauschende Substanz der Pflanzen der Gattung Hanf (Cannabis). Solche Stoffe unterfallen nicht dem **Cannabis-Begriff** des § 31 Abs. 6 SGB V, da sie keine Betäubungsmittel sind.

Bei CBD-Tropfen, z.B. Adrexol CBD 4 % Tropfen, handelt es sich nicht um ein Arzneimittel i.S. des § 31 SGB V, sondern um ein Nahrungsergänzungsmittel.

Für die Versorgung mit Cannabis ist zu **begründen**, warum der Versicherte „austherapiert“ ist. Es reicht nicht aus anzugeben, dass die „bisherigen Therapieoptionen erschöpft“ seien.

SG Frankfurt (Oder), Beschl. v. 03.11.2020 - S 42 KR 211/20 ER - lehnte den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

f) Bestehende Behandlungsoptionen

LSG Bayern, Beschluss v. 19.11.2020 - L 5 KR 337/20 B ER

RID 21-02-77

juris
SGB V § 31 VI

Leitsatz: Ein Versorgung mit **Medizinal-Cannabis** kommt in besonderen Fällen bei schwerwiegenden Erkrankungen unter den Voraussetzungen zum Zuge, dass die Krankheit lebensbedrohlich ist oder die Lebensqualität auf Dauer nachhaltig beeinträchtigt, keine andere Therapie verfügbar ist und nach den vorliegenden Forschungsergebnissen (innerhalb des Zulassungsverfahrens aufgrund der klinischen Prüfung oder außerhalb dieses Verfahrens) die begründete Aussicht besteht, dass mit dem Arzneimittel ein Behandlungserfolg erzielt werden kann.

SG München, Beschl. v. 03.08.2020 - S 35 KR 852/20 ER - lehnte den Antrag auf Eilrechtsschutz ab, das **LSG** wies die Beschwerde zurück. Es weist auf bestehende Behandlungsoptionen im Sinne einer multimodalen Schmerztherapie bzw. Psychotherapie hin, die bislang nicht ausgeschöpft sind, so dass nicht von dem Vorliegen einer ultima-ratio-Situation ausgegangen werden kann.

g) Komplexe multimodale Schmerztherapie

SG Speyer, Urteil v. 09.11.2020 - S 7 KR 262/18

RID 21-02-78

juris
SGB V §§ 13 III, IIIa, 31 VI

Bei einer **chronischen Schmerzproblematik**, verminderter Belastbarkeit und Wirbelsäulenproblematik ist vor der Verordnung von Cannabis eine **komplexe multimodale Schmerztherapie** durchzuführen.

Das **SG** wies die Klage ab.

h) Medizinisches Cannabis bei Gilles-de-la-Tourette-Syndrom

SG Hannover, Urteil v. 20.01.2021 - S 86 KR 1317/18

RID 21-02-79

juris
SGB V § 31 VI

Leitsatz: 1. An die **begründete Einschätzung** im Sinne von § 31 Abs. 6 SGB V dürfen keine überspannten Anforderungen gestellt werden.

2. Eine weitere Sachaufklärung durch **Sachverständigengutachten** ist nicht ausgeschlossen.

3. Eine vertragsärztliche **Verordnung** ist für die Genehmigung nach § 31 Abs. 6 SGB V nicht erforderlich (a.A.: LSG Baden-Württemberg, Beschl. v. 19.09.2017 - L 11 KR 3414/17 ER-B - RID 17-04-102, juris Rn. 24; Pitz in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 4. Aufl., § 31 SGB V, Stand: 05.11.2020, Rn. 127 m.w.N.).

Das **SG** verurteilte die Bekl., die Kl. mit Cannabis in Form von getrockneten Blüten zu versorgen.

i) Rheumatoide Arthritis: Biologika als Alternative

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 30.03.2021 - L 11 KR 298/20

RID 21-02-80

juris
SGB V § 31 VI

Leitsatz: Bei einer rheumatoiden **Arthritis** mit erheblicher, persistierender Aktivität kann die Verordnung von **Biologika** eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung sein, die einen Anspruch auf Versorgung mit **Cannabis** ausschließt.

SG Mannheim, Gerichtsbes. v. 15.11.2019 - S 10 KR 735/19 - verurteilte die Bekl., die Kl. nach ärztlicher Verordnung v. 08.02.2018 mit Medizinal-Cannabisblüten (Argyle) zu versorgen, das **LSG** wies die Klage ab.

j) Schwerwiegende Erkrankung: Schlafapnoesyndrom mit Zähneknirschen und Tagesmüdigkeit

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 26.02.2021 - L 4 KR 1701/20

RID 21-02-81

juris

SGB V §§ 27 I, 31 VI 1

Leitsatz: Von einer „**schwerwiegenden Erkrankung**“ im Sinne von § 31 Abs. 6 SGB V ist auszugehen, wenn es sich um eine lebensbedrohliche oder aufgrund der Schwere der durch sie verursachten Gesundheitsstörung die Lebensqualität auf Dauer nachhaltig beeinträchtigende Erkrankung handelt, die sich durch ihre Schwere oder Seltenheit vom Durchschnitt der Erkrankungen abhebt. Dies ist bei einem **Schlafapnoesyndrom** mit Zähneknirschen und Tagesmüdigkeit nicht der Fall.

SG Reutlingen, Gerichtsbb. v. 28.04.2020 - S 9 KR 1344/19 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

k) Einstweilige Anordnung und Verdacht auf Suchtmittelerkrankung

LSG Baden-Württemberg, Beschluss v. 17.02.2021 - L 11 KR 3869/20 ER-B

RID 21-02-82

juris

SGB V § 31 VI; SGG § 86b

Leitsatz: Besteht der dringende Verdacht, dass ein Versicherter (auch) an einer **Suchtmittelerkrankung** leidet, scheidet der Erlass einer **Regelungsanordnung**, mit der die Krankenkasse verpflichtet wird, den Versicherten vorläufig mit Cannabinoiden zu versorgen, i.d.R. aus.

SG Mannheim, Beschl. v. 30.10.2020 - S 13 KR 1905/20 ER - juris lehnte den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

V. Hilfsmittel

1. Therapiedreirad für schwerbehindertes Kind

LSG Sachsen, Urteil v. 23.09.2020 - L 1 KR 384/17

RID 21-02-83

juris

SGB V § 33 I; SGB IX §§ 5, 6, 84, 99, 102

Leitsatz: Zu den Voraussetzungen des Anspruchs eines **schwerbehinderten Kindes** auf Versorgung mit einem **Therapiedreirad** nach dem Recht der gesetzlichen Krankenversicherung und nach dem Eingliederungshilferecht.

SG Leipzig, Urte. v. 06.02.2017 - S 3 KR 346/15 - wies die Klage ab, das **LSG** verurteilte die Bekl., den Kl. mit einem Therapiedreirad „Schuchmann Momo“ zu versorgen.

2. Liegedreirad mit Elektroantrieb

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 02.02.2021 - L 11 KR 635/20

RID 21-02-84

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 3 KR 10/21 B

juris

SGB V §§ 13 III, 33; SGB XII §§ 53, 54

Leitsatz: 1. An dem für einen **Kostenerstattungsanspruch** nach § 13 Abs. 3 Satz 1 2. Alternative SGB V erforderlichen (vorherigen) Antrag auf Versorgung mit einem Liegedreirad fehlt es, wenn sich der gestellte Antrag auf ein **anderes Liegedreirad** bezog als das später gekaufte Liegedreirad.

2. Ein Liegedreirad **mit Elektroantrieb**, das seiner Zweckbestimmung nach nicht für die speziellen Bedürfnisse behinderter Menschen entwickelt und hergestellt wurde und das auch nicht ausschließlich oder ganz überwiegend von diesem Personenkreis genutzt wird, ist kein Hilfsmittel der gesetzlichen Krankenversicherung, sondern ein allgemeiner **Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens**.

3. Für die Prüfung, ob ein Anspruch auf Kostenerstattung für das selbst beschaffte Liegedreirad als Leistung der **Eingliederungshilfe** besteht, kommt es auf die Rechtslage zum Zeitpunkt der Selbstbeschaffung des Liegedreirads bzw. der Antragstellung an (BSG, Urt. v. 02.02.2012 - B 8 SO 9/10 R - SozR 4-5910 § 39 Nr. 1, Rn 19; vgl. auch LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 12.03.2020 - L 15 SO 33/18, juris Rn. 27-28).

4. Wird der **Antrag** auf die Leistung bei dem erstangegangenen Leistungsträger (hier: die Krankenkasse) erst **nach Selbstbeschaffung** der Leistung gestellt, scheidet eine Leistung der Eingliederungshilfe nach den §§ 53, 54 SGB XII a.F. von vornherein aus.

SG Reutlingen, Urt. v. 05.12.2019 - S 6 KR 2976/17 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

3. Handbike und Eingliederungshilferecht

LSG Sachsen, Urteil v. 20.05.2020 - L 1 KR 270/18

RID 21-02-85

juris

SGB V §§ 12 I, 33 I; SGB IX §§ 5, 6, 14, 84, 99, 102

Leitsatz: Zu den Voraussetzungen des Anspruchs eines behinderten (querschnittsgelähmten) Menschen auf Versorgung mit einem **Handbike** nach dem Recht der gesetzlichen Krankenversicherung und nach dem **Eingliederungshilferecht**.

SG Leipzig, Gerichtsbb. v. 07.05.2018 - S 8 KR 54/17 - wies die Klage ab, das **LSG** verurteilte die Bkl., den Kl. mit einem elektrischen Zuggerät mit Hilfskurbeln (Handbike) „dynagil A“ oder einem gleichwertigen Gerät zu versorgen.

4. Elektrorollstuhl mit Stehfunktion

SG Frankfurt a. M., Gerichtsbescheid v. 23.09.2020 - S 25 KR 2655/18

RID 21-02-86

juris

SGB V §§ 12 I, 33 I

Ein **Elektrorollstuhl mit Stehfunktion** wird zur Lebensbetätigung im Rahmen der allgemeinen **Grundbedürfnisse** benötigt, wenn der Versicherte infolge seiner Behinderung nicht in der Lage ist, selbstständig zu gehen und zu stehen und dieser es ihm ermöglicht, aus dem Rollstuhl selbstständig und ohne fremde Hilfe aufzustehen, eine stehende Position einzunehmen und beizubehalten sowie Positionswechsel durchzuführen.

Das **SG** verurteilte die Bkl., die Kosten für einen Elektrorollstuhl mit Stehfunktion Modell Permobil F5 Corpus VS zu übernehmen.

5. Aufstehbett: Unmittelbarer Behinderungsausgleich zur Mobilisation

SG Freiburg, Gerichtsbescheid v. 07.08.2020 - S 14 KR 3778/18

RID 21-02-87

juris

SGB V § 33

Leitsatz: 1. Die Versorgung mit einem **Aufstehbett** dient dem **unmittelbaren Behinderungsausgleich**, wenn der Versicherte dadurch in eine **sitzende Position** gebracht werden kann, um ihm im Sitzen Nahrung, Getränke und Medikamente zuzuführen, ihn aufzurichten und zu mobilisieren sowie um ihn vereinfacht in den Rollstuhl zu transferieren.

2. Die Versorgung mit einem Aufstehbett ist geeignet und erforderlich, wenn dadurch die **Mobilisation** des Versicherten deutlich erleichtert werden kann und ein elektrisch höhenverstellbares Pflegebett die Behinderung nicht im gleichen Maße ausgleichen kann.

Das **SG** verurteilte die Bkl., dem Kl. ein Aufstehbett des Modells INDREA zu gewähren.

6. Hörgeräteversorgung: Beseitigung einer Minderung der Erwerbsfähigkeit

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 02.02.2021 - L 11 KR 2192/19

RID 21-02-88

juris
SGB V § 33

Leitsatz: Bei der Frage, ob die Versorgung mit **Hörgeräten** notwendig ist, um eine bereits eingetretene Minderung der Erwerbsfähigkeit wieder zu beseitigen, kommt es nur auf die spezifischen **Anforderungen des Arbeitsplatzes** an, den der Versicherte innehat. **Maßgeblicher Zeitpunkt** für die Beurteilung der Sach- und Rechtslage bei einem geltend gemachten Anspruch auf Versorgung mit einem den Festbetrag übersteigenden Hörgerät ist bei einer Kostenerstattung entweder der Zeitpunkt der letzten Behördenentscheidung oder der Zeitpunkt, zu dem sich der Versicherte das Hörgerät selbst verschafft hat. Wird ein Anspruch auf Versorgung mit einem Hörgerät als Sachleistung geltend gemacht, ist der Zeitpunkt der mündlichen Verhandlung vor dem Tatsachengericht maßgebend.

SG Mannheim, Gerichtsbes. v. 18.06.2019 - S 11 KR 736/19 - verurteilte die Bekl. zur Versorgung des Kl. mit den streitgegenständlichen Hörgeräten, das **LSG** wies auf Berufung des beigel. Rentenversicherungsträgers die Klage ab.

7. Echthaarperücke

a) Wirtschaftlichkeit der Versorgung

SG Dresden, Gerichtsbescheid v. 18.02.2021 - S 18 KR 304/18

RID 21-02-89

juris
SGB V § 33 I

Die Versorgung mit einer **Echthaarperücke** kann sich als **wirtschaftlich** i.S. von §§ 12 I, 33 I SGB V erweisen, wenn die unterschiedliche Tragedauer von Kunst- und Echthaarperücken berücksichtigt wird (vgl. LSG Sachsen, Urt. v. 15.08.2019 - L 9 KR 728/17 -).

Das **SG** verurteilte die Bekl., der Kl. die weiteren Kosten für die Perückenversorgung in Höhe von 397,40 € abzüglich der gesetzlichen Zuzahlung zu erstatten, und wies im Übrigen (bzgl. einer Verzinsung) die Klage ab.

b) Versorgung zum vereinbarten Vertragspreis

LSG Hessen, Beschluss v. 11.11.2020 - L 8 KR 31/20

RID 21-02-90

juris
SGB V § 33 I

Die Versorgung mit einer Echthaarperücke zum **Vertragspreis** ist ausreichend.

SG Frankfurt a. M., Urt. v. 16.01.2020 - S 14 KR 687/17 - RID 20-02-80 wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

VI. Rehabilitation/Häusliche Krankenpflege/Fahrkosten

Nach BSG, Urt. v. 26.03.2021 - **B 3 KR 14/19 R** - haben die Krankenkassen **ambulante Leistungen der Behandlungssicherungspflege** über den Haushalt der Versicherten und ihrer Familie hinaus **an jedem Ort** zu erbringen, der dazu „sonst geeignet“ im Sinne von § 37 II 1 SGB V ist. Außer stationären Pflegeeinrichtungen nach § 71 II SGB XI und Einrichtungen der stationären medizinischen Versorgung kann das nach der Rspr. des Senats jede Einrichtung sein, in der sich ein Versicherter auf unabsehbare Zeit aufhält und in der die Pflegemaßnahme qualitativ ordnungsgemäß erbracht werden kann, **soweit kein Anspruch auf ihre Erbringung durch die Einrichtung selbst** besteht. Das hat das LSG frei von Rechtsfehlern auch für die hier streitbefangene einfachste Behandlungspflege ausgeschlossen, weil **weder der Mietvertrag noch die Verträge der Bewohner** untereinander oder mit von **ihnen beauftragten Leistungserbringern** der Versicherten Anspruch darauf vermittelten, durch eine der in der Wohngruppe anwesenden oder für deren Mitglieder tätigen Personen dreimal täglich die notwendige Hilfe bei der Einnahme ihrer Medikamente zu erhalten, ohne dass es dazu eines gesonderten Auftrags durch sie selbst bedurft hätte. Dass das LSG dabei revisionsrechtlich zu beachtende Grenzen der Vertragsauslegung verkannt haben könnte, macht die Beklagte nicht geltend und ist auch sonst nicht ersichtlich. **Grenzen der möglichen Gestaltung ambulant betreuter Wohngruppen verletzt dies nicht.** Nach der **Zuständigkeitsabgrenzung** zwischen gesetzlicher **Krankenversicherung** und sozialer **Pflegeversicherung** bei ambulanter Versorgung können Versicherte Leistungen der Behandlungspflege als häusliche Krankenpflege einschließlich der einfachsten Maßnahmen auch dann beanspruchen, wenn sie zugleich ambulante Pflegeleistungen im Rahmen der sozialen Pflegeversicherung beziehen. Das hat der Gesetzgeber bei Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs durch die Ergänzung von § 13 II SGB XI um dessen

Satz 2 jüngst ausdrücklich bekräftigt und das gilt nach den Gesetzesmaterialien auch, soweit in die Pflegebegutachtung nach § 14 II Nr. 5 lit. a SGB XI seither auch die Bewältigung von und der selbstständige Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen in Bezug u.a. auf Medikation eingehen sollen. Das ändert sich auch dann nicht, wenn mehrere Pflegeversicherte Leistungen der häuslichen Pflegehilfe gemeinsam in Anspruch nehmen. Diese Möglichkeit besteht seit 2008 zunächst gemäß § 36 I 5 und nunmehr § 36 IV 4 SGB XI explizit mit dem Ziel, bei ambulanter Versorgung durch das „Poolen“ von Leistungsansprüchen im Interesse der Pflegebedürftigen eine wirtschaftlichere Versorgung mit Pflegeleistungen zu ermöglichen und dadurch im Ergebnis die ungedeckten Pflegekosten der Beteiligten geringer zu halten. Diesem Regelungsziel widerspricht es nicht, wenn Versicherte die Inanspruchnahme gemeinsam abgerufener häuslicher Pflegehilfe vertraglich auf die Leistungszwecke des SGB XI beschränken und sich hinsichtlich der Behandlungspflege - auch der einfachsten Art - gegenseitig auf die Geltendmachung ihrer Ansprüche nach § 37 II SGB V verweisen. Diese **Gestaltung** ist im Verhältnis zur Beklagten entgegen ihrem Vorbringen nicht deshalb unbeachtlich, weil die Versorgung der Pflegebedürftigen in der Wohngruppe hier ihrer Art nach als **vollstationär zu qualifizieren** wäre. Die Grenze zwischen ambulanter und stationärer Pflegeversorgung i.S. des SGB XI verläuft nach dessen § 38a I 1 Nr. 4 Halbsatz 1 dort, wo ein Anbieter der Wohngruppe oder ein Dritter den Pflegebedürftigen „Leistungen anbietet oder gewährleistet, die dem im jeweiligen Rahmenvertrag nach § 75 I SGB XI für vollstationäre Pflege vereinbarten Leistungsumfang weitgehend entsprechen“. Abgrenzungsrelevant ist danach weniger die rechtliche und/oder personelle Gestaltung auf der Anbieterseite als der Umfang der den Pflegebedürftigen zu gewährleistenden Leistungen. Dass die Versicherte eine in diesem Sinne weitgehend einer vollstationären Versorgung entsprechende Betreuung beanspruchen konnte, ist nicht zu erkennen. Dagegen spricht zudem, dass sie im Streitzeitraum Leistungen bei häuslicher Pflege einschließlich des Wohngruppenzuschlags nach § 38a SGB XI bezogen hat und die Versorgung damit von der Beigeladenen implizit als ambulant qualifiziert worden ist.

1. Rehabilitation

a) Frist zur Antragstellung auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 02.02.2021 - L 11 KR 578/20

RID 21-02-91

juris
SGB V § 51

Leitsatz: Es steht im Ermessen der Krankenkasse, ob sie Versicherten gemäß § 51 Abs. 1 SGB V eine **Frist** von zehn Wochen setzen, innerhalb der sie einen Antrag auf **Leistungen zur medizinischen Rehabilitation** zu stellen haben. Macht die Krankenkasse von dem ihr zustehenden Ermessen keinen Gebrauch, kann sie die Ermessensausübung nach Ablauf der Zehn-Wochen-Frist nicht mehr nachholen, auch nicht im Widerspruchsbescheid.

SG Freiburg, Gerichtsb. v. 07.02.2020 - S 11 KR 5371/18 - wies die Klage ab, das **LSG** gab ihr statt und hob den angefochtenen Bescheid auf.

b) Anschlussrehabilitation im einstweiligen Rechtsschutz

LSG Bayern, Beschluss v. 17.02.2021 - L 20 KR 533/20 B ER

RID 21-02-92

juris
SGB V § 40 VI; SGG § 86b II; GG Art. 19 IV

Leitsatz: 1. Zur Bestimmung des **Streitgegenstands**.

2. Der **Antrag** auf Bewilligung einer **Anschlussrehabilitation** nach § 40 Abs. 6 SGB V **erledigt** sich durch Zeitablauf, wenn ein unmittelbarer Anschluss an die Krankenhausbehandlung nicht mehr gegeben ist, spätestens 6 Wochen nach dem Krankenhausaufenthalt.

3. Der Umstand, dass gerichtlichem Rechtsschutz zur Durchsetzung eines Anspruchs auf eine Anschlussrehabilitation enge zeitliche Grenzen gesetzt sind, stellt keine Verletzung des **Justizgewährleistungsanspruchs** des Art. 19 Abs. 4 GG dar.

SG Nürnberg, Beschl. v. 26.11.2020 - S 11 KR 811/20 ER - lehnte den Antrag ab, das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

2. Häusliche Krankenpflege

a) Weiterleitung und fristauslösender Antrag auf Leistungen zur Teilhabe

LSG Hamburg, Beschluss v. 03.09.2020 - L 1 KR 93/20 B ER

RID 21-02-93

juris

SGB V § 37; SGB IX § 14

Eine wirksame **Weiterleitung** nach § 14 I 2 SGB IX setzt tatbestandlich einen **fristauslösenden Antrag** auf Leistungen zur Teilhabe voraus. Da dem handschriftlichen Antrag auf „Schulbegleitung“ keinerlei weitere Erläuterungen oder ärztliche Unterlagen oder Sonstiges beigelegt waren, lag kein die Frist auslösender Antrag im Sinne des § 14 SGB IX vor. Dies ist erst dann der Fall, wenn Unterlagen vorliegen, die eine Beurteilung der Zuständigkeit ermöglichen, bei medizinischen Leistungen gehören hierzu auch die standardmäßig einzufordernden medizinischen Unterlagen.

SG Hamburg, Beschl. v. 10.08.2020 - S 45 KR 1411/20 ER - verpflichtete die Beigel., das **LSG** verpflichtete anstelle der Beigel. die Ag. im Wege der einstweiligen Anordnung, der Ast. vorläufig bis zum Ende des Schuljahres 2020/2021 und längstens bis zu einer rechtskräftigen Entscheidung in der Hauptsache während der Dauer des Schulbesuchs Behandlungssicherungspflege entsprechend der Verordnung der Fachärztin für Kinderheilkunde Dr. R. vom 29.07.2020 zu gewähren.

b) Zuständigkeit bei Verlängerungsantrag: Begleitung beim Schulbesuch

LSG Baden-Württemberg, Beschluss v. 25.03.2021 - L 4 KR 3741/20 ER-B

RID 21-02-94

juris

SGB V § 37; SGB IX §§ 14 I, 112

Leitsatz: 1. Bei einem einheitlichen **Leistungsfall** hat der nach §14 Abs. 1 SGB IX ursprünglich leistende Träger über den **Verlängerungsantrag** zu entscheiden. Eine Weiterleitung nach § 14 Abs. 1 Satz 2 SGB IX scheidet in diesem Fall aus.

2. Die wegen einer Diabetes-Erkrankung benötigte **Begleitung beim Schulbesuch** stellt - jedenfalls solange es sich um den Besuch der Grundschule handelt - einen einheitlichen Leistungsfall dar.

Zwischen den Beteiligten ist die Gewährung einer Begleitung für den Schulbesuch des Ast. streitig. **SG Ulm**, Beschl. v. 02.11.2020 - S 2 KR 2536/20 ER - verpflichtete die Ag., dem Ast. vorläufig bis zum 31.07.2020, längstens aber bis zu einer bestandskräftigen Entscheidung über den Antrag vom 19.08.2019, Behandlungspflege als häusliche Krankenpflege für den Besuch der Grundschule zu gewähren. Das **LSG** wies die Beschwerde der Ag. zurück.

c) Einstweilige Anordnung

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 09.03.2021 - L 11 KR 860/20 B ER

RID 21-02-95

juris

SGB V § 37; SGG § 86b II

Kann im Rahmen des **einstweiligen Rechtsschutzverfahrens** nicht abschließend beurteilt werden, ob ein **Anspruch** auf spezielle Krankenbeobachtung als Leistung der häuslichen Krankenpflege zusteht, und wird nicht hinreichend dargelegt, dass die **Kosten** hierfür nicht vorläufig durch die Eltern der Ast. getragen werden können, so ist ein Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung abzulehnen.

SG Gelsenkirchen, Beschl. v. 23.11.2020 - S 31 KR 883/20 ER - lehnte den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

d) Glaubhaftmachung eines Anordnungsgrunds

SG Gelsenkirchen, Beschluss v. 23.11.2020 - S 31 KR 883/20 ER

RID 21-02-96

juris

SGB V § 37; SGG § 86b II

Ein **Anordnungsgrund** ist im Rahmen eines Leistungsanspruchs nach dem SGB V dann anzunehmen, wenn die **Gefahr** besteht, dass der Versicherte ohne die Gewährung der umstrittenen Leistung vor Beendigung des Hauptsacheverfahrens stirbt oder er schwere oder irreversible gesundheitliche

Beeinträchtigungen erleidet. Besteht die Beeinträchtigung des Versicherten dagegen im Wesentlichen nur darin, dass er die begehrte Leistung zu einem **späteren Zeitpunkt** erhält, ohne dass sie dadurch für ihn grundsätzlich an Wert verliert, weil die Beeinträchtigung der in Art. 2 II 1 GG genannten Rechtsgüter durch eine spätere Leistungsgewährung beseitigt werden kann, ist keine Eilbedürftigkeit gegeben (hier: Eilbedürftigkeit verneint bzgl. der Gefahren aufgrund von Stoffwechselerkrankung der 14-jährigen Ast.).

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

3. Fahrkosten

a) Fahrkostenerstattung: Nächst erreichbarer Arzt/Gründe für Ausnahme

SG Neuruppin, Gerichtsbescheid v. 19.03.2021 - S 20 KR 125/19

RID 21-02-97

juris

SGB V § 60

Der „**tatsächlich räumlich nächsterreichbare**“ **Leistungserbringer** ist anhand der Entfernung vom Ausgangs- zum Zielort nach der kürzesten Wegstreckendistanz zu bestimmen. Maßgeblich ist dabei die Entfernung zwischen dem durch die äußeren Umstände vorgegebenen Ausgangsort des Versicherten – hier die Wohnung der Kl. – und dem Ort, an dem der geeignete Leistungserbringer behandelt. Ausnahmsweise können aber insb. nicht vom Versicherten provozierte, objektiv fundierte, besonders schwerwiegende Störungen des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient ausreichen, wenn sie sich nach außen manifestiert haben, den Behandlungserfolg gefährden und dem Versicherten deshalb die Inanspruchnahme des Arztes unzumutbar machen, um **zwingende Gründe** für die Inanspruchnahme eines anderen Leistungserbringers zu bejahen. Ein über die Jahre gewachsenes **Vertrauensverhältnis** oder etwas kürzere **Wartezeiten** sind kein zwingender Grund (vgl. zu den Einzelheiten BSG, Urt. v. 08.09.2015 - B 1 KR 27/14 R - SozR 4-2500 § 76 Nr. 3, juris Rn. 12 ff).

Die Beteiligten streiten über einen Anspruch der im September 1943 geb. und an einem primären Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung leidenden Kl. auf Erstattung von bereits entstandenen und von zukünftig entstehenden Kosten für Fahrten anlässlich von ambulanten Serienbehandlungen. Das **SG** wies die Klage ab.

b) Vertragsärztliche Verordnung für Krankentransportleistungen

SG München, Gerichtsbescheid v. 08.03.2021 - S 15 KR 73/20

RID 21-02-98

juris

SGB V §§ 13 III, 15, 60

Leitsatz: 1. Zum öffentlich-rechtlich überprägten **Dreiecksverhältnis** Transportunternehmen - Kassenpatient - gesetzliche Krankenversicherung.
2. Zum **Freistellungsanspruch** eines Versicherten gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung im Falle einer **fehlenden Genehmigung** des Krankentransports.
3. Eine vertragsärztliche **Verordnung** ist zwingende Voraussetzung für einen Anspruch auf Kostenübernahme für **Krankentransportleistungen**.

Das **SG** wies die Klage ab.

VII. Beziehungen zu Krankenhäusern

Nach BSG, Urt. v. 25.03.2021- **B 1 KR 16/20 R** - erfolgt die **Widerlegung der Mindestmengenprognose** durch **Verwaltungsakt**. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen entscheiden verbindlich über den Bestand der Mindestmengenprognose des Krankenhausträgers für das Folgejahr. Ihnen ist durch § 136b IV 6 SGB V eine hoheitliche Entscheidungskompetenz zugewiesen, die auch die Befugnis zum Erlass von Verwaltungsakten umfasst. Die Prognose des Krankenhausträgers bewirkt kraft der gesetzlichen Anordnung in § 136b IV 3 SGB V die Leistungsberechtigung gegenüber sämtlichen Krankenkassen. Diese Rechtsfolge wird durch die Widerlegungsentscheidung suspendiert. Mit Blick auf das verfassungsrechtliche Verbot einer unzulässigen Mischverwaltung aus Bund und Ländern ist § 136b IV 6 SGB V dahingehend verfassungskonform auszulegen, dass die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen über die Widerlegung der Prognose des Krankenhausträgers **in getrennten Verwaltungsakten** entscheiden. Diese können aber **formal in einem Bescheid** zusammengefasst sein, wie dies vorliegend geschehen ist. Einer mit der Verpflichtungsklage

durchsetzbaren positiven Entscheidung über die Leistungsberechtigung des Krankenhauses bedarf es nicht. Die angefochtene Widerlegungsentscheidung hat sich nicht durch Zeitablauf erledigt. Denn sie hat nach wie vor Auswirkungen auf die Frage, ob die Klägerin im Jahr 2020 berechtigt war, Knie-TEP-Operationen durchzuführen und zu Lasten der Krankenkassen abzurechnen. Die Anfechtungsklage ist auch begründet. Der angefochtene Bescheid ist formell rechtswidrig, weil die nach § 24 SGB X erforderliche **Anhörung** unterblieben ist und nicht wirksam nachgeholt wurde. Dem tatsächlichen Vorbringen des Krankenhausträgers kommt im Rahmen des Verfahrens zur Klärung der Leistungsberechtigung nach § 136b IV SGG eine erhebliche Bedeutung zu. Ein Vorverfahren, in dessen Rahmen das Vorbringen noch ergänzt werden könnte, findet nicht statt. Insofern verlangt es das Recht auf ein faires Verfahren in besonderer Weise, dass dem Krankenhausträger vor der Widerlegung seiner Prognose Gelegenheit gegeben wird, erkennbar unvollständige oder unplausible Angaben zu konkretisieren oder zu ergänzen. Die Beklagten hätten zumindest die ihnen möglichen und zumutbaren Anstrengungen unternehmen müssen, der Kl. - ggf. unter Setzung einer kurzen Frist - eine Ergänzung des von ihnen für unvollständig gehaltenen Vorbringens zu ermöglichen.

1. Vergütungsanspruch/Fälligkeit

a) Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung und Einleitung einer Abrechnungsprüfung

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 30.03.2021 - L 11 KR 2846/19

RID 21-02-99

Revision anhängig: B 1 KR 19/21 R
juris
SGB V § 109

Leitsatz: Der Grundsatz, dass die **Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung** im Rechtsstreit von den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit vollständig zu überprüfen ist, gilt auch dann, wenn die Krankenkasse ihre Leistungspflicht nachträglich für einen zurückliegenden Zeitraum bestreitet. Voraussetzung hierfür ist allerdings, dass die Krankenkasse die Prüfungsvoraussetzungen gemäß § 275 Abs. 1 SGB V in der bis 11.05.2019 geltenden Fassung (a.F.) beachtet. Nur im Rahmen einer (fristgerecht eingeleiteten) **Abrechnungsprüfung** trägt der Krankenhausträger die objektive Beweislast für die Erforderlichkeit einer Krankenhausbehandlung. Führt die Krankenkasse keine Abrechnungsprüfung durch oder leitet sie eine solche Prüfung erst nach Ablauf der in § 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V in der vom 01.01.2016 bis 11.05.2019 geltenden Fassung (bzw. jetzt: § 275c Abs. 1 Satz 1 SGB V) geregelten Frist ein, kann sie die Erforderlichkeit einer stationären Krankenhausbehandlung nicht mehr bestreiten.

SG Stuttgart, Gerichtsbb. v. 23.07.2019 - S 15 KR 6688/18 - RID 19-04-86 verurteilte die Bekl. zur Zahlung von 7.203,85 € nebst Zinsen, das **LSG** wies die Berufung zurück.

b) Keine Vergütung der Behandlung als teilstationäre Behandlung

LSG Hamburg, Urteil v. 21.01.2021 - L 1 KR 106/19

RID 21-02-100

Revision anhängig: B 1 KR 5/21 R
juris
SGB V § 39 I

Es besteht kein Anspruch auf **Vergütung der Behandlung als teilstationäre Behandlung** im Sinne **fiktiven wirtschaftlichen Alternativverhaltens**. Ein derartiger Anspruch erfordert die Existenz verschiedener gleich zweckmäßiger und notwendiger Behandlungsmöglichkeiten (st. Rspr., s. nur BSG, Urt. v. 10.03.2015 - B 1 KR 2/15 R - BSGE 118, 155 = SozR 4-2500 § 39 Nr. 23; BSG, Urt. v. 10.03.2015 - B 1 KR 3/15 R - KHE 2015/15; BSG, Urt. v. 17.11.2015 - B 1 KR 13/15 R - SozR 4-2500 § 109 Nr. 52; BSG, Urt. v. 19.11.2019 - B 1 KR 6/19 R - SozR 4-2500 § 109 Nr. 81), was jedoch nicht der Fall ist, wenn statt der erbrachten, aber nicht erforderlichen vollstationären Behandlung eine teilstationäre Krankenhausbehandlung in Betracht käme; denn hier geht es gerade nicht um zwei gleich zweckmäßige und notwendige Behandlungsvarianten, von denen lediglich die eine kostengünstiger ist.

SG Hamburg, Urt. v. 31.07.2019 - S 9 KR 1014/16 - verurteilte die Bekl. unter Abweisung der Klage im Übrigen, an die Kl. 6.750,12 € nebst Zinsen zu zahlen. Das **LSG** wies die Klage in vollem Umfang ab.

c) Notarztprotokoll keine ärztliche Verordnung zur vorstationären Behandlung

SG Lüneburg, Urteil v. 28.01.2021 - S 9 KR 76/18

RID 21-02-101

juris

SGB V §§ 39 I 2, 76 I 2, 115a I 1 Nr. 1

Leitsatz: Das **Notarztprotokoll** ist keine **ärztliche Verordnung** im Sinne des § 115a Abs. 1 S. 1 Nr. 1 Alt. 1 SGB V.

Das kl. Krankenhaus rechnete gegenüber der bekl. Krankenkasse für die Behandlung des Versicherten eine vorstationäre Pauschale in Höhe von 147,25 € ab. Die Bekl. verweigerte die Zahlung unter Hinweis auf eine fehlende Verordnung für eine vorstationäre Behandlung und verwies die Kl. darauf, die Behandlung als Notfall über die KV abzurechnen. Das **SG** wies die Klage ab.

d) Ambulante spezialfachärztliche Versorgung: EndoPredict-Test (2015)

SG Frankfurt a. M., Urteil v. 17.12.2020 - S 28 KR 192/16

RID 21-02-102

juris

SGB V §§ 116b II, 135, 137c

Bei dem **EndoPredict-Test** handelt es sich um einen biomarkerbasierten Test (Genexpressionstest) und - im Jahr 2015 - um eine **neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode**, welche durchaus grundsätzlich im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung erbracht werden kann; allerdings bestand keine den Zahlungsanspruch der Kl. der Höhe nach begründende **Vergütungsvorschrift** hierfür.

Das **SG** wies die Klage ab.

Parallelverfahren:

SG Frankfurt a. M., Urteil v. 17.12.2020 - S 28 KR 193/16

RID 21-02-103

juris

2. Potenzial einer Behandlungsalternative ausreichend (Kabelloser Herzschrittmacher)

SG Aachen, Urteil v. 13.04.2021 - S 13 KR 587/19

RID 21-02-104

juris

SGB V §§ 91, 137c

Die **Implantation eines kabellosen Herzschrittmachers** ist eine Behandlungsmethode, die nicht ambulant erbracht werden kann und einer stationären Krankenhausbehandlung bedarf, für die 2017 keine Anerkennung des GBA vorlag. Sie ist eine **neue Behandlungsmethode**, deren Vergütung sich grundsätzlich nach der Regelung des § 6 II KHEntgG richtet. Auch wenn es im Jahr 2017 an einer Vergütungsvereinbarung nach § 6 II KHEntgG fehlt, so besteht dennoch ein Vergütungsanspruch, weil die Methode das Potenzial einer Behandlungsalternative zu den bekannten (konventionellen) Schrittmachersystemen hat. Das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz vom 16.07.2015 hat den neuen Absatz 3 in § 137c SGBV angefügt und damit die frühere BSG-Rspr. korrigiert. BSG, Urt. v. 19.12.2017 - B 1 KR 17/17 R - BSGE 125, 76 = SozR 4-5562 § 6 Nr. 1, BSG, Urt. v. 08.10.2019 - B 1 KR 2/19 R - SozR 4-5562 § 6 Nr. 3 und BSG, Urt. v. 08.10.2019 - B 1 KR 3/19 R - BSGE 129, 171 = SozR 4-2500 § 2 Nr. 14 ist insoweit nicht zu folgen.

Das **SG** verurteilte die Bekl., der Kl. 7.663,35 € nebst Zinsen zu zahlen.

3. Prüfverfahrensvereinbarung

a) Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit unterfällt nicht PrüfV 2014

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 30.04.2020 - L 10 KR 949/19

RID 21-02-105

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 47/20 B

juris

SGB V § 69; PrüfV 2014

Der **Anwendungsbereich der PrüfV 2014** ist nicht für eine Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit der Abrechnung eröffnet.

Ob eine Krankenkasse einen Prüfauftrag mit dem Ziel der Abrechnungsminderung i.S. des § 275 I c 3 SGB V oder der sachlich-rechnerischen Richtigkeitsprüfung erteilt, bestimmt sich nach den Grundsätzen über die **Auslegung von Willenserklärungen** (§ 69 I 3 SGB V; BSG, Ur. v. 25.10.2016 - B 1 KR 22/16 R - BSGE 122, 87 = SozR 4-2500 § 301 Nr. 7, juris Rn. 37).

SG Gelsenkirchen, Ur. v. 10.10.2019 - S 49 KR 606/17 - verurteilte die Bekl. zur Zahlung von 1.637,98 € nebst Zinsen und wies die Widerklage ab, das **LSG** die Berufung der Bekl. zurück.

b) Nachträgliche Rechnungskorrektur in Übereinstimmung mit dem MDK

LSG Hessen, Urteil v. 21.01.2021 - L 8 KR 173/19

RID 21-02-106

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 24/21 B

juris

PrüfV 2016 § 7 V

Leitsatz: Zur Zulässigkeit der **nachträglichen Rechnungskorrektur** durch ein Krankenhaus bei vollstationärer Krankenhausbehandlung.

§ 7 Abs. 5 Prüfverfahrensvereinbarung vom 3. Februar 2016 (PrüfV 2016) ist auf den Fall der **nachträglichen Rechnungskorrektur** eines Krankenhauses, die darauf beruht, dass es im Rahmen der Fallprüfung vor Ort zwischen dem MDK und den Krankenhausärzten zu einer übereinstimmenden Beurteilung der richtigen Kodierung des Falles kommt, nicht anwendbar.

SG Wiesbaden, Gerichtsbb. v. 22.02.2019 - S 18 KR 126/18 - verurteilte die Bekl. zur Zahlung von 5.785,42 € nebst Zinsen, das **LSG** wies die Berufung zurück.

c) Ausschlussregelung: Keine Wiedereinsetzung bei verschuldeter Säumnis

SG Dresden, Gerichtsbescheid v. 24.06.2020 - S 25 KR 875/17

RID 21-02-107

juris

KHG § 17c II; PrüfV 2015 § 7

Das Gericht ist an der Verwertung der zur Begründung der Behandlungsbedürftigkeit vorgelegten Unterlagen gehindert, weil ein Krankenhaus auf Grund der **Ausschlussregelung** in § 7 II 4 PrüfV 2015 mit den nach Ablauf der vierwöchigen Vorlagefrist aus § 7 II 3 PrüfV 2015 nachgeschobenen Unterlagen sowohl im Verwaltungsverfahren als auch im anschließenden Gerichtsverfahren materiell ausgeschlossen ist.

Eine **Wiedereinsetzung** in den Stand vor Versäumung der Vorlagefrist entsprechend § 27 I und II SGB X kann nicht gewährt werden, jedenfalls soweit es das Krankenhaus durch eigenes Organisationsverschulden unterlassen hat, während der Abwesenheit des für die Zusammenstellung der Unterlagen zuständigen Arztes einen Vertreter zu bestimmen, der dessen dienstliche Post durchsieht und bis zur Rückkehr des Arztes die unaufschiebbaren Maßnahmen anordnet, wozu notfalls auch die Anzeige der Verhinderung mit einem Ersuchen um Fristverlängerung gehören kann, wenn bestimmte Mitwirkungsobliegenheiten durch den Vertreter nicht fristgemäß erfüllt werden können.

Das **SG** wies die Klage ab.

d) Übersendungsfrist für angeforderte Unterlagen: Keine Ausschlussfrist

LSG Rheinland-Pfalz, Urteil v. 04.02.2021 - L 5 KR 198/20

RID 21-02-108

Revision anhängig: B 1 KR 9/21 R
juris

SGB V §§ 109, 275 I c; PrüfvV 2014 § 7 II 3 u. 4

Die **Übersendungsfrist** des § 7 II PrüfvV 2014 ist keine materiell-rechtliche **Ausschlussfrist** für die Vorlage von ausdrücklich angeforderten, aber nicht (fristgerecht) vorgelegten Unterlagen. Ein durch die stationäre Behandlung eines Versicherten entstandener **Vergütungsanspruch** geht nicht deshalb ganz oder teilweise endgültig unter, weil die in § 7 II 3 PrüfvV 2014 enthaltene Vorlagefrist gegenüber dem SMD versäumt worden ist (vgl. LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 03.12.2020 - L 5 KR 31/19 -). Das nicht näher begründete obiter dictum in BSG, Urt. v. 19.11.2019 - B 1 KR 33/18 R - SozR 4-2500 § 109 Nr. 77, juris Rn. 16) vermag auch bei nochmaliger Prüfung der von den Beteiligten vorgebrachten Argumente nicht davon zu überzeugen, dass § 7 II PrüfvV 2014 eine im gerichtlichen Verfahren beachtliche materiell-rechtliche Ausschlusswirkung hat.

SG Koblenz, Urt. v. 21.10.2020 - S 12 KR 2155/19 - verurteilte die Bekl., an die Kl. 1.677,73 € nebst Zinsen zu zahlen, das **LSG** wies die Berufung zurück.

Parallelverfahren:

LSG Rheinland-Pfalz, Urteil v. 04.02.2021 - L 5 KR 167/20

RID 21-02-109

Revision anhängig: B 1 KR 10/21 R
juris

e) § 7 II 3 u. 4 PrüfvV 2014: Keine materiell-rechtliche Ausschlussfrist

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 10.12.2020 - L 16 KR 742/18

RID 21-02-110

Revision anhängig: B 1 KR 4/21 R
juris

SGB V §§ 109 IV 3, 275 I c; KHG § 17c II; PrüfvV 2014 § 7 II

§ 7 II 3 u. 4 PrüfvV 2014 beinhaltet keine materiell-rechtliche **Ausschlussfrist**. Die entgegenstehende, lediglich in einem rechtlich unverbindlichen obiter dictum unter Verweis auf LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 17.04.2018 - L 11 KR 936/17 - RID 18-03-131 geäußerte, sich nicht einmal im Ansatz mit den in Literatur und Rechtsprechung hierzu ausgetauschten Argumenten auseinandersetzenende Rechtsauffassung in **BSG**, Urt. v. 19.11.2019 - B 1 KR 33/18 R - SozR 4-2500 § 109 Nr. 77 wird weiterhin für nicht überzeugend gehalten.

SG Köln, Urt. v. 29.09.2018 - S 23 KR 2132/16 - verurteilte die Bekl., an die Kl. 3.938,29 € zzgl. Zinsen zu zahlen. Das **LSG** wies die Berufung zurück.

f) § 7 II PrüfvV 2016: Keine materiell-rechtliche Ausschlussfrist

LSG Rheinland-Pfalz, Urteil v. 20.08.2020 - L 5 KR 239/19

RID 21-02-111

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 16/21 R
juris

PrüfvV 2016 § 7 II

Die Übersendungsfrist des § 7 II PrüfvV 2016 enthält keine **materiell-rechtliche Ausschlussfrist** (vgl. LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 29.08.2019 - L 5 KR 12/19 -; vgl. auch LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 17.04.2019 - L 5 KR 1522/17 - RID 19-02-95, juris Rn. 30; a.A. LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 17.04.2018 - L 11 KR 936/17 - RID 18-03-131, juris; LSG Hessen, Urt. v. 28.05.2020 - L 8 KR 221/18 - RID 20-03-125, juris, Revision anhängig: B 1 KR 24/20 R, Termin: 18.05.2021). Das nicht näher begründete obiter dictum in BSG, Urt. v. 19.11.2019 - B 1 KR 33/18 R - SozR 4-2500 § 109 Nr. 77, juris Rn. 16, dass die Frist eine materiell-rechtliche Ausschlusswirkung habe, vermag nicht zu überzeugen.

Eine materiell-rechtliche Ausschlusswirkung erstreckt sich jedenfalls nicht auf solche Unterlagen, deren **Übersendung** vom MDK nicht nach § 7 II PrüfvV 2016 **ausdrücklich verlangt** worden ist.

SG Koblenz, Urt. v. 31.10.2019 verurteilte die Bekl., an die Kl. 1.242,69 € nebst Zinsen zu zahlen, das **LSG** wies die Berufung zurück.

4. Fallpauschalen

a) Kodierung der Hauptdiagnose bei Behandlung einer Schwangeren wegen Leukämie

LSG Hamburg, Urteil v. 25.03.2021 - L 1 KR 112/19

RID 21-02-112

Revision zugelassen

juris

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

Allein der Umstand der **Überwachung einer Schwangerschaft**, derjenige, dass eine Vielzahl von Erkrankungen und Verletzungen ein potentiell Risiko für eine Schwangerschaft darstellen können, und derjenige, dass das Vorliegen einer Schwangerschaft bei so ziemlich jeder ärztlichen Behandlungsmaßnahme wegen möglicher Auswirkungen auf die Mutter und/oder das ungeborene Kind zu beachten ist, begründen nicht die Kodierung von Diagnosen aus dem Kapitel XV des ICD-10. Dann liegt ein Sachverhalt vor, der vom zweiten Teil der DKR 1510b (Schwangerschaft als Nebenbefund) im Sinne einer Klarstellung erfasst wird.

Die Aufnahme einer schwangeren Versicherten ausschließlich zur Behandlung der **Leukämie** berechtigt nicht zur Abrechnung der DRG R60A (Akute myeloische Leukämie mit hochkomplexer Chemotherapie).

SG Hamburg, Ur. v. 17.05.2019 - S 6 KR 795/14 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

b) Kodierung der Hauptdiagnose (Hirnfarkt durch Embolie statt Vorhofseptumdefekt)

LSG Mecklenburg-Vorpommern, Urteil v. 14.01.2021 - L 6 KR 35/17

RID 21-02-113

juris

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

Leitsatz: 1. Die Beurteilung, ob eine Diagnose als **Hauptdiagnose** zu kodieren ist, bemisst sich nach objektiven Maßstäben. Sie erfordert kein an eine bestimmte Person gebundenes höchst-persönliches Fachurteil, sondern kann jederzeit durch einen unabhängigen Sachverständigen nachvollzogen werden. Sie unterliegt im Streitfall der vollen **richterlichen Nachprüfung** (BSG, Ur. v. 05.07.2016 - B 1 KR 40/15 R - SozR 4-2500 § 109 Nr. 58, juris Rn. 16 m.w.N.).

2. Für die Auswahl der Hauptdiagnose nach den DKR ist dann der auf die beiden Diagnosen jeweils entfallende **Ressourcenverbrauch** maßgeblich. Dabei ist zu beachten, dass ein ätiologischer Zusammenhang zwischen beiden Diagnosen hierbei unbeachtlich ist, solange nicht eine Diagnose bloßes Symptom der anderen ist und die Kodierregeln für Symptome einschlägig sind.

SG Rostock, Ur. v. 27.03.2017 - S 16 KR 204/11 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

c) Fallzusammenführung: Zeitraum zwischen Diagnostik und chirurgischer Weiterbehandlung

LSG Hamburg, Urteil v. 25.02.2021 - L 1 KR 114/19

RID 21-02-114

Revision anhängig: B 1 KR 14/21 R

juris

KHEntg § 8 V 3

Dass die vertraglich oder gesetzlich bestimmten Fälle einer **Fallzusammenführung** abschließend sind und insb. aus Gründen des Wirtschaftlichkeitsgebotes **nicht erweitert** werden dürfen, hat der Gesetzgeber mit dem mit Wirkung ab 01.01.2019 geschaffenen § 8 V 3 KHEntg klargestellt, galt mithin auch aus Sicht des Gesetzgebers auch schon für Zeiträume davor (a.A. BSG, Ur. v. 19.11.2019 - B 1 KR 6/19 R - SozR 4-2500 § 109 Nr. 81 u. - ausweislich des Terminberichts Nr. 40/20 - v. 27.10.2020 - B 1 KR 9/20 R -, juris).

Eine Versicherte muss für den **Zeitraum zwischen der diagnostischen Behandlung** in der Klinik für Innere Medizin und **der chirurgischen Weiterbehandlung** nicht **beurlaubt** werden. Abgesehen davon, dass die Entlassung nicht auf Initiative der Versicherten und weder aus persönlichen noch aus therapeutischen Gründen erfolgt, fehlt es im Zeitraum zwischen Beendigung der diagnostischen Behandlung in der Klinik für Innere Medizin und der Wiederaufnahme in der chirurgischen Klinik des

Krankenhauses an der stationären Behandlungserforderlichkeit im Sinne des § 39 SGB V (vgl. zu diesem Aspekt LSG Hamburg, Urt. v. 15.11.2018 - L 1 KR 68/18 - KHE 2018/97, RID 19-02-107).

SG Hamburg, Urt. v. 10.09.2019 verurteilte die Bekl., an die Kl. 1.219,98 € zu zahlen, das **LSG** wies die Berufung zurück.

d) Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung

aa) Keine Gewährleistung einer jederzeitigen Vertretungsmöglichkeit

SG Aachen, Urteil v. 09.02.2021 - S 13 KR 559/19

RID 21-02-115

juris

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

Dem OPS 8-550 (Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung) ist das Erfordernis der **Gewährleistung einer jederzeitigen Vertretungsmöglichkeit** der ärztlichen Behandlungsleistung und der qualifizierten Pflegefachkraft nicht zu entnehmen.

Das **SG** wies die Klage der Krankenkasse ab.

bb) Anschlussrehabilitation vorrangig

LSG Schleswig-Holstein, Urteil v. 26.08.2020 - L 5 KR 17/17

RID 21-02-116

juris

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

Die Fortsetzung der **stationären Behandlung** in Form einer geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung ist zur Erreichung des Behandlungsziels medizinisch nicht indiziert, wenn dieses Behandlungsziel auch im Rahmen einer **Anschlussrehabilitation** zu erreichen ist.

SG Kiel, Urt. v. 06.12.2016 - S 10 KR 345/13 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

e) Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)

LSG Hessen, Urteil v. 25.02.2021 - L 8 KR 722/18

RID 21-02-117

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 30/21 B

juris

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

Die Kodierung des OPS 8-98f setzt als strukturelle Voraussetzung die 24-stündige **Verfügbarkeit des Verfahrens** „Radiologische Diagnostik mittels CT, DSA oder MRT“ voraus. Die durch **Kooperation** mit einem anderen Leistungserbringer hergestellte 24-stündige Verfügbarkeit entspricht nicht den Anforderungen des OPS.

SG Kassel, Gerichtsbb. v. 05.11.2018 - S 12 KR 546/17 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

f) Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung: Eigener Kardiologe

LSG Hessen, Urteil v. 30.01.2020 - L 8 KR 37/19

RID 21-02-118

juris

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

Zur Durchführung interventioneller kardiologischer Verfahren bedarf es neben eigenen Räumlichkeiten und Geräten nach dem OPS-Kode 8-98f.40 zusätzlich eines erfahrenen **Kardiologen**, der 24 Stunden „im eigenen Klinikum“ verfügbar ist. Der Rückgriff auf einen Kardiologen eines anderen Krankenhauses im Rahmen eines **Kooperationsvertrags** reicht nicht aus.

SG Frankfurt a. M., Urt. v. 17.12.2018 - S 28 KR 203/18 - juris wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück, **BSG**, Beschl. v. 14.12.2020 - B 1 KR 16/20 B - juris verwarf die Nichtzulassungsbeschwerde als unzulässig.

g) Keine Unterscheidung zwischen Intensivmedizinischer Versorgung und Überwachung

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 09.06.2020 - L 5 KR 87/18

RID 21-02-119

juris

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

Intensivmedizin ist Behandlung, Überwachung und Pflege von Patienten, bei denen die für das Leben notwendigen sog. vitalen oder elementaren Funktionen von Atmung, Kreislauf, Homöostase und Stoffwechsel lebensgefährlich bedroht oder gestört sind, mit dem Ziel, diese Funktionen zu erhalten, wiederherzustellen oder zu ersetzen, um Zeit für die Behandlung des Grundleidens zu gewinnen (BSG, Urt. v. 28.02.2007 - B 3 KR 17/06 R - SozR 4-2500 § 39 Nr. 8, juris Rn. 19). Daraus ergibt sich unter Verknüpfung von Behandlung, Überwachung und Pflege eine **einheitliche Definition von Intensivmedizin**, die eine qualitative und quantitative **Abstufung** danach, ob eine intensivmedizinische **Versorgung** einerseits oder „nur“ eine intensivmedizinische **Überwachung** gefordert ist, von vornherein ausschließt.

Genauere **gesetzliche bzw. kodierrechtliche Vorgaben** dazu, welche konkreten intensivmedizinischen Maßnahmen ergriffen, welche Werte konkret wie oft gemessen werden müssen oder wie viele der Apparaturen tatsächlich genutzt werden, bestehen für 2016 nicht.

SG Aachen, Urt. v. 07.12.2017 - S 15 KR 297/16 - wies die Klage ab, das **LSG** verurteilte die Bekl., der Kl. aus den zwischen den Beteiligten unstreitigen, im Schreiben der Bekl. vom 10.08.2016 benannten sonstigen Behandlungsfällen 7.163,52 € nebst Zinsen zu zahlen.

h) Gesamtdauer der Beatmungszeit: Gewöhnung und Entwöhnung

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 23.07.2019 - L 11 KR 717/18 ZVW

RID 21-02-120

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 35/20 R

juris

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

Nach der BSG-Rspr. ist der Begriff der Entwöhnung im Sinne der DKR 1001h insb. enger zu verstehen als der in der medizinischen Fachsprache anzutreffende Begriff des sog. **Weaning** (synonym bezeichnet als Respiratorentwöhnung). Der Begriff der **Entwöhnung** i.S.d. DKR 1001h setzt nach der BSG-Rspr. hingegen **einschränkend** voraus, dass die eigene Spontanatmung des Patienten nicht alleine aufgrund der behandelten Erkrankung beeinträchtigt, sondern gerade auch durch eine Adaption des Patienten an das Beatmungsgerät eingeschränkt wurde, etwa weil die Atemmuskulatur infolge der maschinellen Beatmung an Leistungskraft verloren hat, Lungengewebe durch den Beatmungsdruck zerstört oder die Atemregulation gestört wurde. Denkbar ist ebf., dass sich ein von Geburt an beatmeter Säugling an die maschinelle Beatmung gewöhnt hat, weil er bislang zu keinem Zeitpunkt spontan geatmet hatte (vgl LSG Bayern, Urt. v. 13.03.2018 - L 5 KR 504/15 - juris Rn 43, RID 18-02-152).

Eine Gleichsetzung des Begriffs der Gewöhnung mit der Abhängigkeit vom Respirator aufgrund medizinischer Notwendigkeit der maschinellen Beatmung widerspricht jedoch den Vorgaben des BSG. Dieses hat ausdrücklich darauf hingewiesen, dass eine Notwendigkeit der Beatmung aus anderen Gründen – z.B. wegen einer noch nicht beherrschten Sepsis – nicht ausreicht. Dem Senat ist daher der Weg versperrt, aus der **medizinischen Notwendigkeit der maschinellen Beatmung** auf eine **Gewöhnung** zu schließen. Dabei kann dahinstehen, dass es nach den Ausführungen des Sachverständigen den Begriff der Gewöhnung in der Atemmedizin nicht gibt und damit auch keine konsenterte wissenschaftliche Definition hierzu. Lässt sich eine Gewöhnung nicht feststellen, liegt keine Entwöhnung vor und die **beatmungsfreien Intervalle** können zur Gesamtdauer der Beatmungszeit nicht hinzugerechnet werden.

SG Ulm, Urt. v. 06.08.2015 - S 13 KR 3667/13 - RID 16-01-162 verurteilte die Bekl. zur Zahlung von 6.174,49 € nebst Zinsen, **LSG Baden-Württemberg**, Urt. v. 15.11.2016 - L 11 KR 4054/15 - RID 17-01-147 wies die Berufung zurück, nach Nichtzulassungsbeschwerde und Zulassung der Revision verwies **BSG**, Urt. v. 19.12.2017 - B 1 KR 18/17 R - SozR 4-5562 § 9 Nr. 8 die Sache zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das LSG zurück. Das **LSG** wies die **Klage** ab.

i) Einbringung von Knochenzement bei Arthrodesen mit Arthrodesennagel

LSG Sachsen, Urteil v. 10.04.2019 - L 1 KR 42/15

RID 21-02-121

juris

SGB V §§ 39 I 2, 109 IV, 301 II; KHEntgG §§ 7 I 1 Nr. 1, 9 I 1 Nr. 1

Leitsatz: 1. Die Einbringung von Knochenzement bei **Arthrodesen** mit einem Arthrodesennagel ist keine atypische Konstellation, die es zulässt, in Abweichung von dem **Prinzip der monokausalen Kodierung** neben dem OPS (2010) 5-808.3 (Arthrodesen, Kniegelenk) den OPS (2010) 5-785.0 (Implantation von Knochenzement) zu kodieren.

2. Das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (**DIMDI**) ist nicht zur authentischen Interpretation der Deutschen **Kodierrichtlinien** (DKR) befugt.

SG Dresden, Urt. v. 14.01.2015 - S 25 KR 160/13 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

j) Verwirkung/Grunderkrankung und Folgeerkrankungen

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 27.01.2021 - L 1 KR 195/18

RID 21-02-122

juris

SGB V § 109 IV

Ein **Vertrauen der Krankenkasse** darauf, dass das Krankenhaus keine andere als die in der ursprünglichen Schlussrechnung zunächst vorgenommene **Kodierung** vornehmen würde, kann sich nicht bilden, wenn die Krankenkasse diese Kodierung selbst als unzutreffend angegriffen hat.

Speziell für **Krebserkrankungen** ist nach DKR 0201f der Malignom-Code als Hauptdiagnose für jeden Krankenhausaufenthalt zur Behandlung einer bösartigen Neubildung und für die notwendigen Folgebehandlungen (zum Beispiel Operationen, Chemo-/Strahlentherapie, sonstige Therapie) anzugeben, bis die Behandlung abgeschlossen ist. Werden sowohl am Aufnahmetag sowie an den folgenden Tagen des Krankenhausaufenthaltes nicht nur die **Folgeerkrankungen** der Mukositis und der Agranulozytose behandelt, sondern auch die Leukämie selbst; wird auch die **Grunderkrankung** einer Leukämie behandelt.

SG Berlin, Urt. v. 18.05.2018 - S 36 KR 2437/14 - verurteilte die Bkl., an die Kl. Behandlungskosten in Höhe von 15.184,43 € nebst Zinsen zu zahlen, das **LSG** wies die Berufung zurück.

5. Aufwandspauschale: Abschluss des Prüfverfahrens

SG Berlin, Urteil v. 10.03.2021 - S 28 KR 1751/18 WA

RID 21-02-123

juris

SGB V § 275 I c 3

Leitsatz: Der Anspruch auf Zahlung der Aufwandspauschale entsteht erst im **Zeitpunkt** des **Abschlusses des Prüfverfahrens** nach § 275 Abs. 1 c SGB V (a.F.).

Die Kl. ist Trägerin eines Krankenhauses, in dem die Versicherte in der Zeit vom 11. bis 15.01.2012 stationär behandelt wurde. Das **SG** verurteilte die Bkl., an die Kl. eine Aufwandspauschale in Höhe von 300 € zu zahlen, und wies im Übrigen die Klage ab.

6. Sachverständigenvergütung: Keine Einholung eines Gutachtens zu inländischen Rechtsfragen

LSG Niedersachsen-Bremen, Beschluss v. 08.03.2021 - L 7 KO 7/18 (KR)

RID 21-02-124

juris

SGG § 118 I 1; BGB § 242; ZPO §§ 293, 407, 407a, 408

Leitsatz: Die zutreffende **Kodierung von Krankenhausleistungen** und deren Abrechnung stellen **rechtliche Fragen** dar, die keinem Beweis zugänglich sind und zu denen deshalb die Einholung eines **Sachverständigengutachtens** unzulässig ist. Eine Vergütung für ein solches Gutachten sieht das Gesetz nicht vor.

Das **LSG** setzte die Vergütung des Ast., des Gutachters, für sein im Verfahren L 4 KR 505/17 erstattetes Sachverständigengutachten vom 19. Juni 2018 auf 0,00 € fest. Instruktiv *Groth* in jurisPR-SozR 9/2021 Anm 5.

Aus den Gründen:

„(...) 31 Die Vergütung ist im vorliegenden Fall auf 0,00 Euro festzusetzen. Das beauftragte und vom Antragsteller erstattete Gutachten bezog sich auf rechtliche Fragen, die keinem Beweis zugänglich waren und zu denen deshalb die Einholung eines Sachverständigengutachtens unzulässig war. Eine Vergütung für ein solches Gutachten sieht das Gesetz nicht vor. (...)“

36 Das LSG hat den Antragsteller fast ausschließlich mit der Beantwortung reiner Rechtsfragen beauftragt. Dies betrifft die Beweisfragen der Beweisverordnung vom 24. April 2018 zu den Ziffern 2 bis 7, in denen das Gericht den Antragsteller danach **befragt** hat, **welche Diagnosen und Prozeduren nach den jeweils gültigen medizinischen Klassifikationen ICD und OPS (Operationen- und Prozedurenschlüssel) zu stellen seien**, welche Kodierung nach Maßgabe der Deutschen Kodierrichtlinien zu erfolgen habe, welcher DRG der Behandlungsfall zuzuordnen sei, ob seine Beurteilung der Kodierung mit derjenigen durch den MDK oder durch das Krankenhaus übereinstimme und welcher Vergütungsbetrag sich aus seiner Zuordnung ergebe unter Darlegung des Rechenweges. Auch das Gutachten des Antragstellers benennt und beantwortet als alleinige streitige und klärungsbedürftige kodierrechtliche Frage - entsprechend des auch in der Berufungsschrift der Beklagten ausdrücklich benannten alleinigen Kodierungsdissenses - die korrekte Auswahl des ICD-Kodes T80.2 bzw. T80.1 oder I80.8 für die unstrittige Entzündung, während ein **streitiger und klärungsbedürftiger medizinischer Sachverhalt nicht benannt**, sondern im Gegenteil die abrechnungsrelevanten Fragen der DRG-Hauptdiagnose, der Harnwegsinfektion und der Kodierung der Entzündung als Nebendiagnose ausdrücklich alle als unstrittig bezeichnet werden. (...)“

38 Die **Einholung eines Rechtsgutachtens** durch das Gericht zu in Deutschland geltenden, deutschen Rechtsnormen ist dem gerichtlichen **Sachverständigenbeweis wesensfremd**. (...) Aus diesem Grund ist anerkannt, dass **Kosten für vom Gericht bestellte Rechtsgutachten**, die durch § 293 ZPO nicht gedeckt sind, den Parteien - wegen unrichtiger Sachbehandlung durch das Gericht - gemäß § 21 Abs. 1 Satz 1 GKG nicht auferlegt werden dürfen (Geimer in: Zöller, ZPO, 33. Aufl. 2020, § 293 RdNr. 1). Entsprechend ist es auch **Sache des Gerichts**, über die **Frage der richtigen Kodierung** zu entscheiden und festzustellen, ob die von einem Krankenhaus abgerechnete Vergütung zutreffend oder unzutreffend war (vgl. BSG, Beschluss vom 19. März 2020 - B 1 KR 65/19 B - juris RdNr. 6: „Die Frage, ob der Wortlaut „biskuspidale Aortenklappe“ kodierrechtlich einschränkend auszulegen ist, ist eine dem medizinischen Sachverständigengutachten nicht zugängliche Rechtsfrage.“). Dies gilt auch für die Frage, ob eine Nebendiagnose für die Abrechnung zusätzlich zur Hauptdiagnose zu kodieren ist (BSG, Urteil vom 16. Juli 2020 - B 1 KR 16/19 R - juris RdNr. 19). Es darf nicht einem Sachverständigen überlassen werden, vielmehr darf dieser nur beauftragt werden, soweit die zugrundeliegenden tatsächlichen Voraussetzungen einer Klärung bedürfen. (...)“

43 Welche Erkrankungen und Beschwerden der Patientin in der Zeit ihres Krankenhausaufenthaltes vom 14. bis 21. Juli 2009 vorlagen, war **medizinisch unstrittig** und damit **nicht klärungsbedürftig**. Der Antragsteller hat hierzu auch keinerlei Untersuchungen durchgeführt, sondern lediglich auf Seite 6 seines Gutachtens den sich aus den Akten ergebenden Gesundheitszustand der Patientin bei Einlieferung in das Krankenhaus in wenigen Zeilen referiert. Einen streitigen und klärungsbedürftigen medizinischen Sachverhalt hat der Antragsteller nicht benannt, sondern im Gegenteil die abrechnungsrelevanten Fragen der DRG-Hauptdiagnose, der Harnwegsinfektion und der Kodierung der Entzündung als Nebendiagnose ausdrücklich alle als unstrittig bezeichnet. Auf Seite 3 seines Gutachtens hat der Antragsteller auch selbst ausdrücklich darauf hingewiesen, dass in seinem Gutachten keine medizinische Beurteilung erfolge, ob das diagnostische und therapeutische Vorgehen als solches sachgerecht gewesen sei bzw. ob bei einem anderen Vorgehen auch ein anderer medizinischer Kenntnisstand hätte erreicht werden können oder müssen. Ein medizinisches Gutachten wurde demnach nicht erstattet. Nicht nachvollziehbar und im Ergebnis auch nicht relevant sind insoweit die vom Antragsteller im Vergütungsfestsetzungsantrag vom 13. Juli 2018 erfolgten Angaben zu schwierigen Diskussionen bzgl. der medizinischen Einordnung und Lokalisation, zu komplexen kausalen Erörterungen bei der Wahl der Hauptdiagnose und zu einer differentialdiagnostischen Erörterung bezüglich der himorganischen Störung. Unabhängig von der Frage, ob es sich insoweit um zusammengefügte Textbausteine handelt, hat der Antragsteller in der ergänzenden Stellungnahme vom 21. Dezember 2020 selbst eingeräumt, dass medizinische Fragen im Verfahren L 4 KR 505/17 nicht streitig gewesen seien, weshalb es hierfür gar keines Gutachtauftrags bedurft hätte. (...)“

60 Erkennt ein Sachverständiger - wie hier -, dass die Einholung des Sachverständigengutachtens teilweise überflüssig, überwiegend sogar unzulässig durch ein Gericht erfolgt, so kann er sich nur dadurch dem Vorwurf der **rechtsmissbräuchlichen** - da gegen den Grundsatz von Treu und Glauben verstoßenden - **Vergütungsforderung** erwehren, indem er das Gericht nach § 118 Abs. 1 Satz 1 SGG i.V.m. § 408 ZPO auf diesen Umstand hinweist und um seine **Entpflichtung im Wege des richterlichen Dispenses bittet**. Denn dem Gericht ist es möglicherweise mangels medizinischer Sachkunde nicht möglich gewesen, die fehlende Klärungsbedürftigkeit seiner Beweisfrage(n) zu erkennen, weshalb es auf einen entsprechenden Hinweis des Sachverständigen angewiesen ist. Hinsichtlich der Unzulässigkeit der Gutachteneinholung zu inländischen Rechtsfragen ergibt sich die Hinweispflicht des Sachverständigen unmittelbar aus § 118 Abs. 1 Satz 1 SGG i.V.m. § 407a Abs. 4 Satz 1 ZPO (Pflicht des Sachverständigen unverzüglich eine Klärung durch das Gericht herbeizuführen, sollte er Zweifel an Inhalt und Umfang des Auftrages haben). Ggfs. muss der Sachverständige auf eine förmliche Entscheidung über die dem Gericht gegenüber vorgetragenen Bedenken bestehen. Sieht der Sachverständige dagegen davon ab, das Gericht entsprechend zu informieren, muss er sich den Vorwurf des missbräuchlichen Verhaltens entgegenhalten lassen, der seinen Vergütungsanspruch dann gänzlich entfallen lässt. (...)“

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. Apotheken

a) Substitutionsverbot/Vorlage der Originalverordnung bei Absetzung der Gesamtrechnungssumme

SG Oldenburg, Urteil v. 29.01.2021 - S 6 KR 165/16

RID 21-02-125

juris

SGB V § 129; ALV § 17 I 6

Leitsatz: 1. Ein Verstoß des Apothekers gegen das **Substitutionsverbot** bei der Abgabe des Importarzneimittels schließt jeglichen Vergütungsanspruch für die Abgabe des Arzneimittels aus.
2. Es ist unerheblich, ob bei der erfolgten Absetzung der Gesamtsumme der Verordnung gem. § 17 Abs. 1 Satz 6 ALV das **Verordnungsblatt im Original** vorgelegt wurde. Dies stellt lediglich eine - im Übrigen nachholbare - Formalie dar, die für das Entstehen des öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruchs der Krankenkasse gegen den Apotheker ohne Bedeutung ist (Anschluss an das Urteil des Landessozialgerichts Niedersachsen-Bremen, vom 28.11.2017- L 4 KR 104/15).

Das SG wies die Klage ab.

b) Steuersatz auf Abgabe von Fertigarzneimitteln im Krankenhaus

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 09.12.2020 - L 5 KR 2614/17

RID 21-02-126

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 5/21 B

juris

SGB V § 129a; UStG §§ 4 Nr. 16, 12 II Nr. 8a

Leitsatz: Aus der derzeitigen Erlasslage der Finanzverwaltung ergibt sich nicht, dass auf die ambulante **Abgabe von Fertigarzneimitteln** im Krankenhaus der ermäßigte **Steuersatz** von 7 % anzuwenden ist. Voraussetzung eines **Rückzahlungsanspruchs der Krankenkasse** hinsichtlich der

Differenz zwischen Regelsteuersatz und ermäßigtem Steuersatz ist, dass die Steuerverwaltung die Anwendbarkeit des Regelsteuersatzes mit Wirkung für die streitbefangenen Jahre (hier 2010-2012) klar verneint, so dass der Krankenhausträger ohne Prozess etwaige Rückzahlungsansprüche einfach und risikolos durchsetzen kann.

SG Heilbronn, Urt. v. 21.03.2017 - S 2 KR 5/15 - wies die Klage der Krankenkasse ab, das **LSG** die Berufung zurück.

c) Rückforderung von Umsatzsteuer auf Zytostatika: Ergänzende Vertragsauslegung

LSG Rheinland-Pfalz, Urteil v. 18.02.2021 - L 5 KR 161/18

RID 21-02-127

Revision anhängig: B 1 KR 13/21 R

juris

SGB V §§ 69, 129a; BGB § 157

Bei einer **Bruttopreisvereinbarung** kann in der Regel weder der Leistende eine wider sein Erwarten anfallende Umsatzsteuer von seinem Vertragspartner nachfordern noch der Leistungsempfänger im Falle der Umsatzsteuerfreiheit den auf die Umsatzsteuer entfallenden Anteil seiner Vergütung zurückverlangen (vgl. BSG, Urt. v. 03.03.2009 - B 1 KR 7/08 R - NZS 2010, 154, juris Rn. 16).

Regelt eine Arzneimittelpreisvereinbarung die Situation nicht, dass sich die für die Umsatzsteuerberechnung maßgebliche Auffassung der Finanzverwaltung zur Umsatzsteuerpflicht der Abgabe von Zytostatikazubereitungen durch Krankenhausapotheken ändern und die faktische Umsatzsteuerpflicht rückwirkend aufgehoben wird, bedarf es einer **ergänzenden Vertragsauslegung**.

SG Speyer, Urt. v. 23.04.2018 wies die über das Anerkenntnis hinausgehende Klage der Krankenkasse gegen die eine klinikumseigene Apotheke betreibende Bekl. ab, das **LSG** die Berufung zurück.

2. Arzneimittelhersteller

a) Rabattverträge für Kontrastmittel: Konkretisierung des wirtschaftlichen Bezugswegs

LSG Baden-Württemberg, Beschluss v. 22.02.2021 - L 4 KR 200/21 ER-B

RID 21-02-128

juris

SGB V §§ 129, 130a, 130b, 130c, 131; SGG § 86b II; GVG § 17a V

Leitsatz: 1. Krankenkassen können **Rabattverträge** i.S.d. § 130a Abs. 8 SGB V für **Kontrastmittel** als Sprechstundenbedarf mit dem Ziel ausschreiben, dass nach Abschluss eines Rahmenvertrags (Exklusivvertrag) mit dem Ausschreibungsgewinner der Bezug des bezuschlagten Produkts durch Vertragsärzte als wirtschaftliche Verordnung gilt (**Konkretisierung des wirtschaftlichen Bezugswegs**).

2. Einer gesonderten gesetzlichen **Ermächtigungsgrundlage** bedarf es hierfür nicht (Vorbehalt des Gesetzes). Gesetzliche Regelungen stehen einem solchen Vorgehen nicht entgegen (Vorrang des Gesetzes).

Die Beteiligten streiten im Verfahren des einstweiligen Rechtsschutzes über eine europaweite Ausschreibung von Rahmenverträgen über Arzneimittelrabatte der Ag. zu 2 und 3 durch den Ag. zu 1. Die antragstellende GmbH betreibt ein pharmazeutisches Unternehmen, das auf die Entwicklung, die Herstellung und den Vertrieb von Kontrastmitteln für bildgebende Verfahren spezialisiert ist. Die Ast. begehrt eine einstweilige Untersagung der Fortsetzung der Ausschreibung sowie des Abschlusses der ausgeschriebenen Rahmenverträge. **SG Konstanz**, Beschl. v. 12.12.2020 - S 11 KR 2052/20 ER - lehnte den Antrag auf einstweiligen Rechtsschutz ab, das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

b) Erstattung gezahlter Herstellerrabatte

SG für das Saarland, Urteil v. 12.11.2020 - S 23 KR 832/16

RID 21-02-129

juris

SGB V §§ 69 I 3, 129; SGG §§ 54 IV, 94, 197a

Leitsatz: 1. Eine **Apotheke** mit Sitz in einem **anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union**, deren Teilnahme an der Arzneimittelversorgung in Deutschland auf einem Beitritt zum

Rahmenvertrag über die Arzneimittelversorgung beruht, hat ab dem Zeitpunkt des Beitritts gegen den pharmazeutischen Unternehmer Anspruch auf **Erstattung des Abschlags** nach § 2b Abs. 2 des Rahmenvertrages über die Arzneimittelversorgung in Verbindung mit § 130a Abs. 1 Satz 3 SGB V. Ein Rückerstattungsanspruch des pharmazeutischen Unternehmers aus einem öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch besteht ab dem Beitrittszeitpunkt daher grundsätzlich nicht.

2. Das Auslegungsurteil des **EuGH** nach Art 267 Abs. 1 Buchst. a AEUV vom 19.10.2016 - C-148/15 - NJW 2016, 3771, einen Rechtsstreit den unlauteren Wettbewerb betreffend, entfaltet **Bindungswirkung** grundsätzlich nur für das Ausgangsverfahren selbst. Darüber hinaus kommt diesem präjudizierende Wirkung nur bei vergleichbaren Sachverhalten zu. Eine solche Vergleichbarkeit ist zu verneinen, wenn es um eine Rechtsbeziehung zwischen einer Apotheke und einem pharmazeutischen Unternehmer gemäß dem Leistungserbringungsrecht nach dem SGB V geht.

3. Der **Entreicherungseinwand** des § 818 Abs. 3 BGB kann vorliegend dem öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch nicht wirksam entgegengehalten werden, so dass dieser nicht zum Wegfall eines Rückerstattungsanspruchs für die Zeit vor dem Beitritt zum Rahmenvertrag i.S.d. § 129 SGB V führt.

Die Kl. ist eine pharmazeutische Unternehmerin mit Sitz in Deutschland, die aus Mitgliedstaaten der Europäischen Union Arzneimittel importiert und diese hier nach einem Anpassen an die deutschen arzneimittelrechtlichen Bestimmungen als pharmazeutische Unternehmerin in Verkehr bringt. Die Bekl. ist eine Aktiengesellschaft niederländischen Rechts mit Sitz innerhalb der Niederlande. Sie betreibt u.a. eine Versand-/Internetapotheke und ist mit Wirkung vom 01.07.2010 zum Rahmenvertrag über die Arzneimittelversorgung nach § 129 SGB V zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem Deutschen Apothekerverband (Rahmenvertrag) beigetreten. Die von der Kl. in Verkehr gebrachten Arzneimittel werden u.a. auch von der Bekl. an Versicherte in Deutschland abgegeben. Dabei handelt es sich im Wesentlichen um verschreibungspflichtige Arzneimittel. Die Kl. begehrte von der Bekl. die Rückerstattung von in der Zeit vom 01.01.2010 bis 01.10.2016 gezahlten Herstellerrabatte gem. § 130a I SGB V in Höhe von 856.691,78 €. Das **SG** verurteilte die Bekl., an die Kl. 103.692,68 € nebst Zinsen zu zahlen, und wies im Übrigen die Klage ab.

Parallelverfahren:

SG für das Saarland, Urteil v. 12.01.2021 - S 23 KR 835/16

RID 21-02-130

juris

3. Orthopädieschuhmacher: Einigung auf Schiedsperson

LSG Hamburg, Urteil v. 26.08.2020 - L 1 KR 22/17

RID 21-02-131

juris

SGB V § 127

Vor Erhebung der **Leistungsklage** haben sich die Beteiligten auf eine **Schiedsperson** zu **einigen**, die die Vertragsinhalte zwischen ihnen festlegt. Erst wenn einer der Beteiligten mit den durch die Schiedsperson festgelegten Inhalten des Vertrags nicht einverstanden ist, ist der Rechtsweg gegen den Schiedsspruch gegeben (§ 127 Ia SGB V i.d. v. 23.05. bis 30.09.2020 geltenden Fassung).

Nach § 127 SGB V a.F. war es legitim und vom Gesetzgeber gewollt, durch den Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern **günstige Preise** bei der Versorgung der Versicherten zu erzielen.

Die Kl., ein eingetragener Verein, dessen Mitglieder Betriebe für Orthopädieschuhwerk aus dem Bereich H. sind, möchte die Bekl. verpflichten lassen, Vertragsverhandlungen zur Erbringung von Leistungen im Rahmen von Orthopädieschuhtechnik gemäß § 127 SGB V zu führen. Überdies möchte sie festgestellt wissen, dass sie sich nicht auf einen anderweitigen Vertrag verweisen lassen muss, insb. nicht auf den Vertrag zwischen dem Zentralverband für O., einem Zusammenschluss von H1 (Z.) und der Bekl. mit Wirkung zum 01.09.2013. Schließlich möchte sie festgestellt wissen, dass dieser Vertrag rechtswidrig ist. **SG Hamburg**, Urt. v. 23.02.2017 - S 48 KR 601/14 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

4. Häusliche Krankenpflege: Räumliche Begrenzung der Berechtigung zur Leistungserbringung

LSG Sachsen, Urteil v. 13.03.2019 - L 1 KR 98/13

RID 21-02-132

juris

SGB V §§ 37 I; 92 I 2 Nr. 6, 132a; BGB §§ 126, 133, 157

Leitsatz: 1. Nur weil ein **Versorgungsvertrag** durch Beitritt des Leistungserbringers zu einem Landesrahmenvertrag zustande gekommen ist, schließt der Vertrag eine die **Landesgrenzen** überschreitende Leistungserbringung nicht aus.

2. Versorgungsverträge von Leistungsträgern mit Leistungserbringern kommen weder durch konkludentes Handeln zustande noch kann bei ihnen über § 151 BGB auf die **schriftliche Annahmeerklärung** verzichtet werden.

3. Der Streit über die **Reichweite der vertraglichen Zulassung** eines Leistungserbringers zur Versorgung der Versicherten kann nicht in einem Schiedsverfahren mit dem Leistungsträger rechtskräftig geklärt werden.

SG Dresden, Gerichtsbb. v. 12.04.2013 - S 18 KR 96/13 - stellte fest, dass die Kl. berechtigt sei, für Versicherte der Bkl. bundesweit häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V in der Form spezieller Krankenbeobachtung nach Nr. 24 des Leistungsverzeichnisses zur HKP-Richtlinie als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung zu erbringen, soweit die Leistungen vom Sitz der Kl. in A aus organisiert und erbracht würden. Das **LSG** wies die Berufung zurück.

IX. Verfahrensrecht

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-Schutzgesetz 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. Unzulässigkeit einer Beschwerde nach Erfüllung der vorläufigen Leistungsverpflichtung

LSG Bayern, Beschluss v. 14.04.2021 - L 20 KR 81/21 B ER

RID 21-02-133

juris

SGG §§ 172 I, 173, 175 S. 3, 199 II

Leitsatz: Ist die durch einstweilige Anordnung des Sozialgerichts verpflichtete Behörde dieser Leistungspflicht nachgekommen, entfällt das **Rechtsschutzbedürfnis** für die **Beschwerde**. Es ist dem Hauptsacheverfahren vorbehalten zu klären, ob der Anspruch nach dem materiellen Recht tatsächlich besteht oder nicht.

SG Würzburg, Beschl. v. 03.02.2021 - S 10 KR 629/20 ER - verpflichtete die Ag., dem Ast. vorläufig für die Zeit vom 03.02.2021 bis zum 31.03.2021, spätestens jedoch bis zum Zeitpunkt der Unanfechtbarkeit eines über die Leistungsgewährung auf Grund der Verordnung vom 04.01.2021 noch zu erlassenden Bescheides, häusliche Krankenpflege im Umfang von 24 Stunden täglich in Form von Krankenbeobachtung einschließlich Überwachung der Vitalparameter, NIV-Beatmung und O₂-Gabe (2 l/h über 24 h) zu gewähren, und lehnte im

Übrigen, also für die Zeit vor dem 03.02.2021, den Antrag auf Gewährung einstweiligen Rechtsschutzes ab. Das LSG verwarf die Beschwerde der Ag. als unzulässig.

X. Bundessozialgericht (BSG)

1. Genehmigungsfiktion: Leistung vor Fristablauf

BSG, Urteil v. 27.10.2020 - B 1 KR 3/20 R

RID 21-02-134

BSGE = SozR 4-2500 § 13 Nr. 55 = Die Leistungen Beilage 2021, 80

Leitsatz: Ein Versicherter, der schon vor Ablauf der Entscheidungsfrist auf die Selbstbeschaffung der beantragten Leistung **vorfestgelegt** ist, hat keinen Anspruch auf Kostenerstattung gegen die Krankenkasse aufgrund einer **Genehmigungsfiktion**.

2. GPS-Uhr mit Alarmfunktion

BSG, Urteil v. 10.09.2020 - B 3 KR 15/19 R

RID 21-02-135

SozR 4-2500 § 33 Nr. 55 = Die Leistungen Beilage 2020, 405 = PflR 2021, 29 = SuP 2021, 42

Leitsatz: 1. Zur Versorgung mit einer **GPS-Uhr** als Hilfsmittel der gesetzlichen Krankenversicherung zum Behinderungsausgleich.

2. Die Unabhängigkeit und Selbstbestimmtheit in der persönlichen **Bewegungsfreiheit** ist ein Grundbedürfnis der medizinischen Rehabilitation.

3. Krankenhausvergütung

a) Fallzusammenführung

aa) Verlegung und Rückverlegung: Medizinische Gründe unerheblich

BSG, Urteil v. 27.10.2020 - B 1 KR 8/20 R

RID 21-02-136

^{juris}

Eine **Verlegung** i.S. des § 1 Abs. 1 Satz 4 FPV 2010 setzt nur voraus, dass ein Versicherter innerhalb von 24 Stunden aus einem Krankenhaus entlassen und in ein anderes aufgenommen wurde. Nichts anderes gilt für die **Rückverlegung**. Eine solche liegt auch dann vor, wenn - wie hier - nach einer Verlegung des Patienten aus dem ersten in ein zweites Krankenhaus binnen 24 Stunden nach Entlassung aus dem zweiten Krankenhaus eine Wiederaufnahme des Patienten im ersten Krankenhaus erfolgt und zwischen Verlegung und Wiederaufnahme nicht mehr als 30 Kalendertage liegen. Auf die medizinischen Gründe der Wiederaufnahme im ersten Krankenhaus oder auf eine dahingehende Veranlassung durch das zweite Krankenhaus kommt es nicht an.

bb) Unvorhersehbare weitere Erkrankung/Beurlaubung

BSG, Urteil v. 27.10.2020 - B 1 KR 9/20 R

RID 21-02-137

^{juris}

Das in § 12 I SGB V geregelte **Wirtschaftlichkeitsgebot** erfordert, dass Krankenhäuser bei der Behandlungsplanung die Möglichkeit wirtschaftlichen Alternativverhaltens prüfen und bei Bestehen mehrerer gleich zweckmäßiger und notwendiger Behandlungsalternativen die kostengünstigste wählen. Es besteht nur Anspruch auf die Vergütung, die bei fiktivem wirtschaftlichen Alternativverhalten angefallen wäre.

Die Voraussetzungen einer **Beurlaubung** sind erfüllt, wenn die weitere Behandlung bereits am Entlassungstag kurzfristig absehbar ist bzw. die Indikationsstellung zur operativen Gelenkversteifung bereits am Entlassungstag vorliegt, sodass die weitere Behandlung an diesem Tag geplant werden kann. Dass die Initiative für eine Beurlaubung zwingend vom **Patienten** ausgehen muss, ist nicht erforderlich.

b) Fallpauschalen

aa) Multimodale Schmerztherapie: Approbierte Psychologische Psychotherapeuten

BSG, Urteil v. 27.10.2020 - B 1 KR 25/19 R

RID 21-02-138

juris

Ein Krankenhaus darf die **multimodale Schmerztherapie** nach dem OPS 8-918 nur dann kodieren, wenn es bei interdisziplinärer Einbeziehung der psychologisch-psychotherapeutischen Disziplin, insb. bei der interdisziplinären Diagnostik, hierfür **approbierte Psychologische Psychotherapeuten** einsetzt.

bb) Kodierung von Spontanatmungsstunden: Entwöhnung und Entlassung in Heimbeatmung

BSG, Urteil v. 17.12.2020 - B 1 KR 13/20 R

RID 21-02-139

juris

Eine Kodierung von **Spontanatmungsstunden** kommt nach der DKR 10011 während einer Periode der **Entwöhnung** grundsätzlich auch dann in Betracht, wenn das Ziel der Entwöhnung vom Beatmungsgerät nicht erreicht und der Patient in die **Heimbeatmung** entlassen wurde.

Eine „**Gewöhnung an die maschinelle Beatmung**“ als Voraussetzung für eine Entwöhnung vom Beatmungsgerät im Sinne der DKR 10011 erfordert nach der Rspr. des Senats lediglich „die erhebliche Einschränkung oder den Verlust der Fähigkeit, über einen längeren Zeitraum vollständig und ohne maschinelle Unterstützung spontan atmen zu können“ (vgl. die Definition in BSG, Urt. v. 19.12.2017 - B 1 KR 18/17 R - SozR 4-5562 § 9 Nr. 8 Rn. 16) und ist nicht an weitere, darüber hinausgehende Voraussetzungen geknüpft. Unerheblich ist daher, ob die Fähigkeit zur Spontanatmung „nur“ aufgrund der behandelten Erkrankung beeinträchtigt ist oder auch durch eine Schwächung der Atemmuskulatur infolge der Beatmung oder durch ein Zusammenwirken dieser Faktoren. Eine „Gewöhnung“ an den Respirator ist danach nicht im Sinne einer pathophysiologischen Abhängigkeit zu verstehen, etwa wie bei Suchtkranken.

C. ENTSCHEIDUNGEN ANDERER GERICHTE

I. Ärztliches Berufsrecht

1. Widerruf/Ruhen/Wiedererteilung der Approbation/Berufserlaubnis

a) Widerruf der Approbation

aa) Anordnung der sofortigen Vollziehung des Widerrufs einer Approbation

OVG Saarland, Beschluss v. 23.04.2021 - 1 B 358/20

RID 21-02-140

juris

BApO §§ 4, 6; GG Art. 12 I, 19 IV; VwGO § 80 II 1 Nr. 4, III, V

Leitsatz: 1. Die **Anordnung der sofortigen Vollziehung** des Widerrufs einer Approbation und der Einziehung der Approbationsurkunde kommt einem **vorläufigen Berufsverbot** gleich und unterliegt daher mit Blick auf das Grundrecht aus Art 12 Abs. 1 GG und die in Art 19 Abs. 4 GG verbrieften Garantien effektiven Rechtsschutzes strengen verfassungsrechtlichen Voraussetzungen. Entscheidungen, die sich auf eine **summarische Prüfung** der Rechtmäßigkeit des Widerrufsbescheides und der Einziehungsverfügung beschränken, verletzen sowohl Art 12 Abs. 1 als auch Art 19 Abs. 4 GG (Anschluss an BVerfG, Stattgebender Kammerbeschluss vom 24.10.2003 - 1 BvR 1594/03 - NJW 2003, 3618, zitiert nach juris).

2. Nicht einmal die **offensichtliche Rechtmäßigkeit** des Approbationswiderrufs erlaubt unter Beachtung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit ohne Weiteres ihre sofortige Vollziehung (Anschluss an BVerfG, Stattgebender Kammerbeschluss vom 8.4.2010 - 1 BvR 2709/09 - juris). Hinzutreten muss, dass eine weitere Berufstätigkeit des Approbationsinhabers bis zum Abschluss des Hauptsacheverfahrens **konkrete Gefahren für wichtige Gemeinschaftsgüter** befürchten lässt, die bei Abwägung der Gesamtumstände das grundrechtlich geschützte Interesse des um vorläufigen Rechtsschutz Nachsuchenden überwiegen.

3. Bei der diesbezüglichen Prüfung ist - ebenso wie bei der Prüfung der Rechtmäßigkeit des Approbationswiderrufs - maßgeblich auf den **Zeitpunkt der letzten Behördenentscheidung** abzustellen.

4. Ein wesentliches Prüfungskriterium ist hinsichtlich der dem Approbationsinhaber zur Last gelegten Verfehlungen das Bestehen einer auf den Zeitraum bis zur Hauptsacheentscheidung bezogenen **Wiederholungsgefahr**.

5. Ein „**Wohlverhalten**“ des Rechtsschutzsuchenden nach Einleitung des Widerrufsverfahrens ist zu seinen Gunsten zu berücksichtigen, auch wenn es auf den Druck des Verfahrens zurückzuführen ist, denn die Anordnung der sofortigen Vollziehung ist ausschließlich zum Schutz vor Gefährdungen während des laufenden Hauptsacheverfahrens zulässig, und wenn schon der Verfahrensdruck zu einer Verhaltensänderung jedenfalls für die Dauer des Hauptsacheverfahrens führt, ist ein Sofortvollzug gerade nicht erforderlich und muss unterbleiben (Anschluss an BVerfG, Stattgebender Kammerbeschluss vom 19.12.2007 - 1 BvR 2157/07 - juris).

Das Amtsgericht erließ gegen den Ast. im April 2020 einen Strafbefehl wegen Handeltreibens mit Dopingmitteln (überwiegend Testosteron Depot sowie Humalog Insulin) zum Zwecke des Dopings beim Menschen im Sport in 10 tatmehrheitlichen Fällen in Tateinheit mit unerlaubtem Besitz einer Schusswaffe (einem sechsschüssigen Perkussionsrevolver, Kaliber 44) in Tateinheit mit unerlaubtem Besitz dazugehöriger Treibladungen (Schwarzpulverpresslinge) sowie Pyro-Knallpatronen im Kaliber 15 mm und verhängte gegen den Ast. eine Gesamtgeldstrafe in Höhe von 120 Tagessätzen zu je 150 € (insgesamt 18.000,00 €). Der - vom Ast. nicht angefochtene - Strafbefehl wurde am 09.05.2020 rechtskräftig. Der Ag. **widerrief** die dem Ast. erteilte **Approbation als Apotheker** und ordnete die unverzügliche Aushändigung der Approbationsurkunde sowie hinsichtlich beider Regelungen die sofortige Vollziehung des Bescheides an. Das **OVG** stellte die aufschiebende Wirkung des Widerspruchs gegen den Widerruf der Approbation als Apotheker sowie die Anordnung der Herausgabe der Approbationsurkunde wieder her.

bb) Gemeinschaftlich schwerer sexueller Missbrauchs eines Kindes

VGH Bayern, Beschluss v. 24.03.2021 - 21 ZB 18.2289

RID 21-02-141

juris

BÄO §§ 3 I 1 Nr. 2, 5 II 1; VwGO §§ 124, 173 I; ZPO § 295 I

Den Verwaltungsbehörden und Gerichten ist es nicht verwehrt, die im staatsanwaltlichen Ermittlungsverfahren und dem **strafgerichtlichen Verfahren** gewonnenen Erkenntnisse und Beweismittel einer eigenständigen Überprüfung im Hinblick darauf zu unterziehen, ob sich daraus hinreichende Grundlagen für einen Widerruf der Approbation ergeben. Das gilt selbst für Akten eines Ermittlungsverfahrens, das nicht zur Anklageerhebung geführt hat. Ein gesetzliches **Verwertungsgebot** besteht insoweit nicht (vgl. BVerwG, Beschl. v. 28.4.1998 - 3 B 174.97 - juris Rn. 4).

Schon aufgrund des **gemeinschaftlichen schweren sexuellen Missbrauchs** eines Kindes in zwei Fällen erweist sich ein Arzt als **unwürdig** zur Ausübung des ärztlichen Berufs, auch wenn diese Straftaten nicht das Verhältnis zwischen Arzt und Patient betreffen.

Der Kl., approbiert seit 1998, war bis Ende 2017 als chirurgischer Oberarzt in der Notaufnahme eines Klinikums tätig. Im Oktober 2016 wurde das Ruhen der ärztlichen Approbation angeordnet. Amtsgericht Wernigerode, Urte. v. 09.11.2016 - 8 Ls 821 Js 74526/15 - verhängte gegen den Kl. wegen des gemeinschaftlichen schweren sexuellen Missbrauchs von Kindern durch zwei Straftaten in Tatmehrheit mit dem Bezug kinderpornographischer Schriften mittels Telemediums eine Gesamtfreiheitsstrafe von drei Jahren und drei Monaten. LG Magdeburg, Urte. v. 22.11.2017 - 23 Ns 821 Js 74526/15 - 2/17 - änderte das Urteil mit der Maßgabe ab, dass die verhängte Gesamtfreiheitsstrafe zwei Jahre und neun Monate beträgt, von der ein Monat als vollstreckt gilt; im Übrigen wurde das Rechtsmittel als unbegründet verworfen. OLG Naumburg, Beschl. v. 23.05.2018 - 1 Rv 42/18 - hob unter Verwerfung der weitergehenden Revision des Kl. als unbegründet das Urteil der Vorinstanz im Gesamtstrafenausspruch und mit den Feststellungen insoweit auf, als der Kl. wegen des Bezugs kinderpornographischer Schriften mittels Telemedium verurteilt worden war. Im Oktober 2016 wurde die Approbation als Arzt widerrufen. **VG Regensburg**, Urte. v. 13.09.2018 - RO 5 K 18.293 - wies die Klage ab, der **VGH** lehnte den Antrag auf Zulassung der Berufung ab.

b) Ruhen: Fehlende gesundheitliche Eignung (Polytoxikomanie)

VG Mainz, Beschluss v. 20.11.2020 - 4 L 789/20.MZ

RID 21-02-142

juris = PaPfleReQ 2021, 17

BÄO § 6

Kann ein Arzt aufgrund eines Sachverständigengutachtens, in dem eine **Polytoxikomanie** mit der Einnahme von Cannabisprodukten, Benzodiazepinen, opiat- oder opioidhaltigen Substanzen sowie wohl auch Doxylamin, einem stark sedierenden Antihistaminikum, das häufig als Schlafmittel eingesetzt wird, diagnostiziert wird, gegenwärtig gesundheitlich nicht als geeignet angesehen werden, den **ärztlichen Beruf** auszuüben, und ist er einer abstinentenorientierten Therapie nicht zugänglich, so rechtfertigt die Gefahrensituation auch die Anordnung der **sofortigen Vollziehung der Ruhensanordnung**.

c) Keine Feststellungsklage nach Verpflichtung zur Wiedererteilung der Approbation

OVG Schleswig-Holstein, Beschluss v. 26.03.2021 - 5 LA 12/20

RID 21-02-143

juris

BÄO § 3 I

Leitsatz: 1. Es handelt sich nicht um einen Fall der **Fortsetzungsfeststellungsklage** entsprechend § 113 Abs. 1 Satz 4 VwGO, wenn das Feststellungsbegehren des Klägers über sein primäres Rechtsschutzbegehren (hier: Wiedererteilung der Approbation) hinausgeht und einen eigenen Streitgegenstand begründet (hier: Feststellung der Rechtswidrigkeit der ablehnenden Behördenentscheidung zu einem früheren Zeitpunkt).

2. Als **Feststellungsinteresse** gemäß § 43 Abs. 1 VwGO anzuerkennen ist ein Rehabilitationsinteresse oder Bedürfnis nach Genugtuung, wenn es bei vernünftiger Würdigung der Verhältnisse des Einzelfalles schutzwürdig ist, insbesondere weil das in Rede stehende Verwaltungshandeln den

Betroffenen in seinem Persönlichkeitsrecht oder anderen Grundrechtspositionen in **diskriminierender Weise** beeinträchtigt hat. Eine solche Beeinträchtigung kann sich auch aus der Begründung des Verwaltungshandelns oder seinen Begleitumständen ergeben. Die erlittene Beeinträchtigung muss durch die begehrte gerichtliche Feststellung kompensiert werden können.

3. Die **Schließung einer Arztpraxis** kann in der öffentlichen Wahrnehmung vielfältige Gründe haben. Für ein Rehabilitationsinteresse muss dargelegt werden, dass durch die Ablehnung der Wiedererteilung der Approbation eine dem Ansehen abträgliche weil ehrenrührige Beeinträchtigung als Person und als Arzt tatsächlich eingetreten ist, die über die durch den Widerruf der Approbation und die dadurch bedingte Schließung der Praxis bereits entstandene Beeinträchtigung hinausgeht.

2. Strafrecht

a) BGH: Vorwurf der Untreue gegen Verantwortliche der KV Berlin

BGH, Urteil v. 24.11.2020 - 5 StR 553/19

RID 21-02-144

juris

StGB § 266

Leitsatz: Zur **Pflichtverletzung** durch die Gewährung von **Übergangsgeldern** an **Vorstandsmitglieder** einer kassenärztlichen Vereinigung.

Das Landgericht Berlin hat drei ehemalige hauptamtliche Vorstandsmitglieder der kassenärztlichen Vereinigung Berlin (KVB) sowie deren ehemaligen Vorsitzenden der Vertreterversammlung vom Vorwurf der Untreue aus rechtlichen Gründen freigesprochen. Die hiergegen gerichtete Revision der Staatsanwaltschaft hat Erfolg.

Nach den Feststellungen des Landgerichts wurden die Angeklagten Dr. P., Dr. K. und B. zum 1. Januar 2005 zu Vorstandsmitgliedern der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin gewählt. Die Dienstverträge enthielten jeweils eine Vereinbarung, nach der den Vorstandsmitgliedern bei Beendigung ihrer sechsjährigen Tätigkeit als Übergangsgeld die Vergütung nebst Zuschüssen für die Dauer von bis zu zwölf Monaten weitergezahlt werde, wenn diese im Anschluss ihre selbständige Tätigkeit als Ärzte wieder ausüben. Mit dieser Regelung sollte den Vorstandsmitgliedern die Wiederaufnahme ihrer ärztlichen Praxistätigkeit finanziell erleichtert werden.

Als sich angesichts geänderter Rechtsauffassung der Aufsichtsbehörden andeutete, dass in künftigen Vorstandsdienstverträgen allenfalls Übergangsgelder für die Dauer von bis zu sechs Monaten akzeptiert würden, wollten die Angeklagten Dr. P., Dr. K. und B. daher für die Anfang 2011 stattfindende Vorstandswahl nur dann kandidieren, wenn ihnen das Übergangsgeld in bisheriger Höhe erhalten bleibe.

Dem entsprechend unterzeichneten die Angeklagten unmittelbar vor der Wiederwahl am 27. Januar 2011 einen Anpassungsvertrag, nach dem Ende Februar 2011 das Übergangsgeld für zwölf Monate, aber ohne Wiederaufnahme der ärztlichen Tätigkeit ausgezahlt wurde. Der Angeklagte Dr. T. als Vorsitzender der – insoweit allein entscheidungsbefugten – Vertreterversammlung unterzeichnete den Anpassungsvertrag, ohne die Vertreterversammlung hierüber zu informieren.

Der in Leipzig ansässige 5. Strafsenat des Bundesgerichtshofs hat die Freisprüche aufgehoben. Die Begründung des Landgerichts, wonach die Angeklagten nicht pflichtwidrig gehandelt hätten, hat revisionsrechtlicher Prüfung nicht standgehalten. Nach Ansicht des Senats beruht diese Bewertung des Landgerichts auf einer unzureichenden Auslegung der getroffenen Vereinbarungen, da für die strafrechtliche Bewertung maßgebliche Umstände aus dem Blick geraten seien. So erscheine die Gewährung des Übergangsgeldes ohne tatsächlich erfolgten „Übergang“ als Leistung ohne Gegenleistung, was einen Verstoß gegen das Gebot der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit öffentlicher Verwaltung nahelege.

Die Sache bedarf deshalb neuer Verhandlung und Entscheidung.

Pressemitteilung Nr. 147/2020

b) BGH: Filmaufnahmen bei Vorsorgeuntersuchung als sexueller Missbrauch

BGH, Beschluss v. 02.02.2021 - 4 StR 364/19

RID 21-02-145

juris

StGB § 174c I

Leitsatz: 1. Auch Patienten, die einen Arzt zu **Vorsorgeuntersuchungen** aufsuchen, können diesem im Sinne von § 174c Abs. 1 StGB **anvertraut** sein.

2. Zum Vorliegen einer **sexuellen Handlung** bei gynäkologischen Untersuchungen, die heimlich zu sexuellen Zwecken aufgezeichnet werden.

c) Fahrlässige Tötung: Leitlinienwidriges Legen eines Drainageschlauches

LG Trier, v. 25.11.2020 - 4 KLS 8044 Js 209/13

RID 21-02-146

juris = ArztR 2021, 66
StGB § 222

Der Tod der Patientin ist auf sorgfaltswidriges Verhalten des Angeklagten zurückzuführen. Das Benutzen eines **Trokars** als Führungsschiene beim **Legen eines Drainageschlauches** ist **leitlinienwidrig**. Wegen des hohen Verletzungspotentials für intrathorakale bzw. abdominelle Strukturen gilt die Verwendung eines Trokars beim Anlegen einer Thoraxdrainage insgesamt als obsolet und kontraindiziert und nicht als lege artis. Die von der Benutzung des Trokars bei Anlegen einer Thoraxdrainage ausgehenden Gefahren haben sich vorliegend mit der Verletzung der Pleurakuppe und der Arm-Hals-Vene realisiert, was der Angeklagte als behandelnder Arzt ohne weiteres hätte erkennen können und müssen.

d) Vermögensarrest: Vorwurf des Abrechnungsbetruges

LG Leipzig, Beschluss v. 22.10.2020 - 13 Qs 68/20

RID 21-02-147

juris = medstra 2021, 129
StGB § 263; StPO §§ 111e, 111f, 111k III

Wird im Rahmen der eingeleiteten Maßnahmen nicht sämtliches **Vermögen** des Beschuldigten beschlagnahmt, ist nicht von einer **Übersicherung** auszugehen.

Polizei und Staatsanwaltschaft ermitteln gegen den Beschuldigten wegen des Vorwurfs des Betruges. Dabei gehen die Ermittlungsbehörden davon aus, dass der Beschuldigte seit 2010 als Facharzt für Innere Medizin zugelassener Vertragsarzt in einer Einzelpraxis war. Dabei soll er drei Ärzte bei sich als Mitarbeiter gemeldet haben, die teilweise aufgrund Erkrankung, teilweise aufgrund nur geringer Beschäftigung nur eingeschränkt für den Beschuldigten gearbeitet haben. Trotzdem soll der Beschuldigte gegenüber der KV **tatsächlich nicht erbrachte Leistungen der angegebenen Mitarbeiter abgerechnet** haben und so rechtswidrig einen Vermögensschaden in Höhe von 2.847.972,72 € erlangt haben. AG Leipzig, Beschl. v. 17.07.2019 - 282 ER 16 Gs 2977/19 - ordnete den Vermögensarrest in Höhe dieser Summe in das Vermögen des Beschuldigten an, mit Beschl. v. 06.07.2020 reduzierte es den Vermögensarrest auf 2.631.788,05 €. Im Rahmen der Realisierung des Arrestbeschlusses wurden durch die Staatsanwaltschaft verschiedene Konten des Beschuldigten gepfändet und darüber hinaus Sicherungshypotheken zu mehreren Immobilien des Beschuldigten eingetragen. **AG Leipzig**, Beschl. v. 18.08.2020 verwarf die die Einwendungen gegen den Pfändungsbeschluss der Staatsanwaltschaft Leipzig vom 31.07.2019 gegenüber der Deutschen Apotheker- und Ärztekammer als unbegründet. Darüber hinaus wurde hinsichtlich der Eintragung von Sicherungshypotheken in drei Immobilien wegen prozessualer Überholung zurückgewiesen, da insoweit bereits eine Aufhebung der erfolgten Sicherungsmaßnahmen erteilt worden sei. Das **LG** verwarf die Beschwerde als unbegründet.

3. BVerwG: Präimplantationsdiagnostik/Chromosomen-Screening

BVerwG, Urteil v. 02.12.2020 - 3 C 6/19

RID 21-02-148

juris = PaPfleReQ 2021, 18
ESchG § 3a I

Leitsatz: Die Untersuchung muraler Trophektodermzellen eines in vitro erzeugten Embryos auf chromosomale Fehlverteilungen (**Chromosomen-Screening**) ist eine **Präimplantationsdiagnostik** im Sinne von § 3a Abs. 1 ESchG. Sie darf daher nicht ohne die zustimmende Bewertung einer Ethikkommission für Präimplantationsdiagnostik vorgenommen werden.

4. Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie: Magnetresonanztomographie

OLG Nürnberg, Urteil v. 09.01.2020 - 5 U 634/18

RID 21-02-149

juris (LS) = MedR 2021, 147

HKG Bayern Art. 34, 35; BGB § 134; GOÄ §§ 1 II, 4 II

Leitsatz: 1. Der Inhalt der **Gebietsdefinition** allein bestimmt die Grenzen für die Ausübung der fachärztlichen Tätigkeit. Die Weiterbildungsinhalte sind für die Bestimmung der Gebietsgrenzen nicht heranzuziehen.

2. Aus dem **Begriff der „Erkennung“** in der Gebietsdefinition für die Chirurgie in der WBO 2004 resultiert für einen Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie keine Beschränkung auf bestimmte Methoden und Verfahren, die er als gebietskonforme Leistungen erbringen kann.

3. Die Durchführung von Leistungen der **Magnetresonanztomographie** stellt sich für einen Facharzt für Orthopädie, Chirurgie und Unfallchirurgie als gebietskonform dar.

4. Die Absolvierung der **Zusatz-Weiterbildung** „Magnetresonanztomographie -fachgebunden-“ hat keine Auswirkungen auf die Gebietskonformität von Leistungen der Magnetresonanztomographie, die von einem Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie erbracht werden.

5. Die fachliche **Befähigung** ist von der Frage der **Gebietskonformität** zu trennen. Eine hinreichende fachliche Befähigung für die Durchführung von Leistungen der Magnetresonanztomographie kann auch auf andere Weise als durch die Zusatz-Weiterbildung „Magnetresonanztomographie -fachgebunden-“ erworben werden.

II. Arzthaftung

1. Bundesgerichtshof (BGH)

a) Beurteilung des medizinischen Standards

BGH, Beschluss v. 23.02.2021 - VI ZR 44/20

RID 21-02-150

juris

BGB §§ 280 I, 823 I; ZPO § 544 IX

Leitsatz: 1. Zur Verletzung **rechtlichen Gehörs** durch Übergehen eines erheblichen Beweisantrags.

2. Die Frage, welche Maßnahmen der Arzt aus der berufsfachlichen Sicht seines Fachbereichs unter Berücksichtigung der in seinem Fachbereich vorausgesetzten Kenntnisse und Fähigkeiten in der jeweiligen Behandlungssituation ergreifen muss, richtet sich in erster Linie nach **medizinischen Maßstäben**, die der Tatrichter mit Hilfe eines **Sachverständigen** zu ermitteln hat. Er darf den medizinischen Standard grundsätzlich nicht ohne eine entsprechende Grundlage in einem Sachverständigengutachten oder gar entgegen den Ausführungen des Sachverständigen aus eigener Beurteilung heraus festlegen.

b) Elektive sekundäre Sectio

BGH, Urteil v. 12.01.2021 - VI ZR 60/20

RID 21-02-151

juris

BGB §§ 630a, 823 I

Leitsatz: Zur Frage der Arzthaftung bei einer **elektiven sekundären Sectio**.

c) Auslegung einer Verjährungsverzichtserklärung

Leitsatz: Zur Auslegung einer Verjährungsverzichtserklärung.

Vorinstanz: **KG Berlin**, Urt. v. 01.07.2019 - 20 U 103/13 - RID 20-02-157.

d) Produkthaftung: Substantiierungsanforderungen an Klage (Fehlerhaftigkeit einer Hüftprothese)

BGH, Beschluss v. 16.02.2021 - VI ZR 1104/20

RID 21-02-153

juris

ZPO § 544 IX; GG Art. 103 I

Leitsatz: Stellen sich in einem Schadensersatzprozess wegen **Produkthaftung** medizinische Fragen, dürfen weder an den klagebegründenden **Sachvortrag** einer Partei noch an ihre Einwendungen gegen ein Sachverständigengutachten hohe **Anforderungen** gestellt werden.

2. Behandlungsfehler

a) Unrichtige Diagnose und Vorwerfbarkeit/Dokumentationsmangel

OLG Dresden, Beschluss v. 15.01.2021 - 4 U 1785/20

RID 21-02-154

juris

BGB §§ 253, 280, 630a, 823 I

Leitsatz: 1. Die Wertung einer objektiv **unrichtigen Diagnose** als Behandlungsfehler setzt die **vorwerfbare** Fehlinterpretation erhobener Befunde voraus.

2. Eine unvollständige oder unzureichende **Dokumentation** führt weder zu einer Beweislastumkehr hinsichtlich des Ursachenzusammenhangs noch rechtfertigt sie den Schluss auf ein für den Patienten positives Beweisergebnis.

b) Überweisung an Facharzt: Vertrauensgrundsatz

OLG Dresden, Beschluss v. 19.03.2021 - 4 W 72/21

RID 21-02-155

juris

BGB §§ 630a, 630a ff.; ZPO §§ 114, 572

Leitsatz: 1. Decken die **Entscheidungsgründe** des angefochtenen Beschlusses das Beschwerdevorbringen vollständig ab, kann das Beschwerdegericht davon absehen, eine bei ihm eingelegte Beschwerde zur Durchführung des Abhilfeverfahrens an das Ausgangsgericht zurückzuleiten.

2. Ein **Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenkasse** kann grundsätzlich Grundlage für eine antizipierte Beweiswürdigung im **PKH-Verfahren** sein. Voraussetzung ist jedoch, dass es die zum Beweis stehenden Fragen vollständig beantwortet und frei von inneren Widersprüchen ist.

3. **Überweist** der Arzt den Patienten zur Weiterbehandlung an einen **Facharzt**, gilt der **Vertrauensgrundsatz** mit der Folge, dass der überweisende Arzt sich grundsätzlich darauf verlassen darf, dass der Zielarzt sämtliche notwendige Maßnahmen zur Behandlung des Patienten von sich aus ergreift.

c) Mehrstufige Kausalitätsprüfung bei Diagnosefehler (Schwangerschaftsbegleitung)

OLG Frankfurt a. M., Urteil v. 20.10.2020 - 14 U 103/11

RID 21-02-156

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: BGH - VI ZR 1312/20 -

juris

BGB § 630a

Leitsatz: Unterlaufen dem schwangerschaftsbegleitenden Gynäkologen bei der Betreuung einer an Bluthochdruck erkrankten Schwangeren **Diagnosefehler**, so bedarf es einer **mehrstufigen Prüfung**,

ob der Arzt wegen des Diagnosefehlers diagnostische oder therapeutische Maßnahmen unterlassen hat (1. Stufe: gebotene Maßnahmen), ob solche diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen einen Behandlungserfolg bei der Schwangeren erzielt hätten (2. Stufe: Behandlungserfolg bei der Schwangeren), ob ein solcher bei diagnose- und behandlungsfehlerfreiem Ablauf zu erwartender Behandlungserfolg bei der Schwangeren die Versorgung und Entwicklung des ungeborenen Kindes positiv beeinflusst hätte (3. Stufe: Behandlungserfolg bei dem ungeborenen Kind) und ob eine solche bei diagnose- und behandlungsfehlerfreiem Ablauf zu erwartende bessere Entwicklung des ungeborenen Kindes den Geburtsschaden vermieden oder verringert hätte (4. Stufe).

d) Behandlungsfehler bei der Geburt: Schmerzensgeld

KG Berlin, Urteil v. 01.07.2019 - 20 U 103/13

RID 21-02-157

juris

BGB §§ 253, 280 I, 823 I

Führt ein Behandlungsfehler bei der Geburt durch die insuffiziente Maskenbeatmung und der hierdurch eingetretenen Mangelversorgung mit Sauerstoff und Mangeldurchblutung des Gehirns zur Mitverursachung der Gesundheitsschäden, steht der Geschädigten wegen der hierdurch verursachten Hirnschädigung ein **Schmerzensgeld** in Höhe von 375.000 € zu. Bei der Bemessung ist u.a. zu berücksichtigen, dass bei der Kl. aufgrund ihrer Chromosomenanomalie 22 q 11-DS, welche der Bekl. nicht zuzurechnen ist, ohnehin mit einer leichten geistigen Behinderung zu rechnen gewesen wäre, die aber durch die zusätzlichen Hirnschäden erheblich verstärkt worden ist.

Das **OLG** verurteilte unter Abänderung der Vorinstanz die Bekl., an die Kl. ein Schmerzensgeld in Höhe von 375.000 € nebst Zinsen zu zahlen, und stellte fest, dass die Bekl. verpflichtet ist, der Kl. jeden über die Verurteilung zu 1. hinausgehenden immateriellen Schaden und jeden materiellen Schaden zu ersetzen, der ihr durch die streitgegenständliche Behandlung entstanden ist und zukünftig noch entstehen wird, soweit diese Ansprüche nicht auf Sozialversicherungsträger oder sonstige Dritte übergegangen sind oder übergehen werden. Im Übrigen wies es die Klage ab. **BGH**, Urt. v. 10.11.2020 - VI ZR 285/19 - RID 20-02-152 hob auf die Revision der Bekl. das Urteil im Kostenpunkt und insoweit auf, als zum Nachteil der Bekl. erkannt worden ist. Im Umfang der Aufhebung wies der BGH die Sache zur neuen Verhandlung und Entscheidung, auch über die Kosten des Revisionsrechtszugs, an das Berufungsgericht zurück.

e) Pflegemehraufwendungen und Schmerzensgeld nach Geburtsschaden

OLG Köln, Urteil v. 16.12.2020 - 5 U 836/18

RID 21-02-158

juris

BGB § 253

Leitsatz: 1. Der Umstand, dass die Klägerin aufgrund der verbliebenen kognitiven Fähigkeiten in der Lage ist, ihre Einschränkungen im Vergleich zu anderen Kindern zu erkennen, rechtfertigt es nicht, das Maß ihrer **Lebensbeeinträchtigung** mit den Fällen einer völligen Zerstörung der Persönlichkeit bei einer **Hirnschädigung** infolge eines Behandlungsfehlers bei der Geburt gleichzusetzen.

2. Das Maß des Leidens, das durch die **Einsichtsfähigkeit in die eigene Situation** ausgelöst wird, erscheint bei der Schädigung eines zuvor gesunden Kindes aufgrund von dessen Wahrnehmung des Verlustes der zuvor vorhandenen Lebensqualität gravierender als in Fällen eines Geburtsschadens, bei denen das Kind von vornherein nur ein gewisses Maß an Lebensqualität erreichen kann.

3. Der **Verschuldensgrad** des Behandlers bei einem **Aufklärungsversäumnis** ist mit dem Verschulden eines Behandlers, dem ein großer Behandlungsfehler unterläuft, nicht vergleichbar.

4. Ein **immaterieller Schaden** lässt sich nicht schematisch in Tagegeldern abbilden.

f) Manipulation an der Wirbelsäule: Aufklärung/Operationsfolge/Schmerzensgeld

OLG Hamm, Urteil v. 02.02.2021 - 26 U 54/19

RID 21-02-159

juris

BGB §§ 253, 280, 823

Leitsatz: 1. Bei einer **Manipulation an der Wirbelsäule** ist über das Risiko der Einblutung aufzuklären.

2. Erfordert diese Blutung als subdurales Hämatom eine Operation, können dem Arzt/Chiropraktiker auch die **Folgen der Operation zuzurechnen** sein.
3. Bei einer **inkompletten Querschnittslähmung** kann ein **Schmerzensgeld** von 150.000,- EUR angemessen sein.

g) Schmerzensgeld: An Krebs verstorbene 70-jährige Frau

OLG Frankfurt a. M., Urteil v. 22.12.2020 - 8 U 142/18

RID 21-02-160

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: BGH - VI ZR 39/21 -

juris

BGB §§ 253 II, 842, 843, 844 II

- Leitsatz:** 1. Bei der Abgrenzung von **Diagnose- und Befunderhebungsfehlern** spielen die Plausibilität und die Eindeutigkeit einzelner Befunde sowie die Häufigkeit und die Gefährlichkeit der in Betracht zu ziehenden Erkrankungen eine Rolle.
2. Wäre die Prognose einer Patientin bei fachgerechter Behandlung um 10-21 % besser gewesen, ist der **haftungsbegründende Ursachenzusammenhang** nicht äußerst unwahrscheinlich. Von einem äußerst unwahrscheinlichen Ereignis kann erst ab einer Quote von etwa 5 % und darunter gesprochen werden.
3. Wesentlich für die Bemessung des **Schmerzensgeldes** sind der Leidensweg der Patientin bis zu ihrem Tod und ihr Alter und ihre familiäre Situation. Die Genugtuungsfunktion, der Grad des Verschuldens des Schädigers und wirtschaftlichen Verhältnisse der Parteien geben dem Fall kein besonderes Gepräge.
4. Die erlittene **Lebensbeeinträchtigung** ist bei einer **70 Jahre** alten Person typischerweise unterdurchschnittlich, da man in diesem Alter die zentralen erfüllenden Momente des Lebens wie etwa Jugend, Liebe, Hochzeit, Mutterschaft und beruflichen Erfolg noch erleben konnte.
5. §§ 842, 843 BGB betreffen Ansprüche der verletzten Person selbst. Für die Zeit ab dem Tod des Verletzten können **Hinterbliebenen** nur eigene Ansprüche aus § 844 Abs. 2 BGB wegen des Verlusts von Unterhaltsansprüchen zustehen.

h) Notfallbehandlung in Klinik: Grober Befunderhebungsfehler (Abklärung Basilaristhrombose)

OLG Bamberg, Urteil v. 17.02.2020 - 4 U 84/19

RID 21-02-161

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: BGH - VI ZR 310/20 -

juris

BGB § 823 I; ZPO §§ 286, 304, 538 II Nr. 4

- Leitsatz:** 1. Die bei einem notfallmäßig eingelieferten Patienten **unterlassene Abklärung** der aufgrund der Symptomatik gebotenen Differentialdiagnose einer Basilaristhrombose im Wege bildgebender Verfahren stellt einen groben **Befunderhebungsfehler** dar.
2. Bei einem **groben Befunderhebungsfehler** kehrt sich die dem Patienten obliegende **Beweislast** für einen Ursachenzusammenhang zwischen ärztlichem Fehler und Gesundheitsschaden um, sofern nicht die Behandlerseite nachweist, dass ein haftungsbegründender Ursachenzusammenhang äußerst unwahrscheinlich ist.
3. In einem solchen Fall ist ein **Ursachenzusammenhang** nicht deshalb völlig unwahrscheinlich, weil die sich nach einer ordnungsgemäßen Befunderhebung ergebenden Behandlungsmöglichkeiten (hier: intra-arterielle Lyse oder mechanische Rekanalisation) im Behandlungszeitpunkt nicht dem Facharztstandard entsprochen hatten, aber gleichwohl geeignet gewesen wären, den Krankheitsverlauf positiv zu beeinflussen.
4. Im Fall einer **lebensbedrohlichen Basilaristhrombose** steht einem solchen ursächlichen Zusammenhang auch nicht entgegen, dass eine geeignete **Therapieoption** nur in einer **Spezialklinik** bestanden hätte und deshalb die sofortige Verlegung des Patienten dorthin erforderlich gewesen wäre.

i) Wiederholung der Beweisaufnahme

OLG Dresden, Beschluss v. 11.12.2020 - 4 U 1885/20

RID 21-02-162

juris
ZPO § 529

Leitsatz: Die bloße Wiederholung erstinstanzlich durch ein Sachverständigengutachten **widerlegter Behandlungsfehlervorwürfe** gibt regelmäßig keinen Anlass zur **Wiederholung der Beweisaufnahme** in der Berufungsinstanz.

j) Zahnärztl. Behandlung/Weisheitszahn: Aufklärung/Verletzung des Nervus lingualis

OLG Dresden, Beschluss v. 28.01.2021 - 4 U 1775/20

RID 21-02-163

juris
BGB §§ 253 II, 630a, 823 I

Leitsatz: 1. Vor der operativen **Entfernung eines Weisheitszahnes** in einer Zahnarztpraxis ist keine **Aufklärung** geboten, dass der Eingriff auch in einer kieferchirurgischen Praxis durchgeführt werden kann.

2. Der Umstand, dass es bei einem solchen Eingriff zu einer **Verletzung des Nervus lingualis** gekommen ist, rechtfertigt für sich genommen nicht den Schluss auf einen Behandlungsfehler.

3. Aufklärung: Unzureichende Belehrung und Behandlungsfehler (Arthroskopischen Eingriff am Knie)

OLG Oldenburg, Urteil v. 17.06.2020 - 5 U 35/20

RID 21-02-164

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: BGH - VI ZR 970/20 -
juris
BGB § 630e; ZPO § 139

Leitsatz: 1. Stützt die Patientenseite die Haftung auf eine angeblich **unzureichende Belehrung** über eine konservative Behandlung als Alternative zur streitgegenständlichen OP, muss sie sich mit Blick auf die **unterschiedlichen Kausalverläufe** entscheiden, ob mit der Rüge die Fehlerhaftigkeit der Eingriffsaufklärung zur Operation oder ob eine unzureichende therapeutische Aufklärung geltend gemacht werden soll.

2. Werden in diesem Zusammenhang nur **Operationsfolgen** als **Schaden** geltend gemacht, kann der Sachvortrag nur so verstanden werden, dass die Fehlerhaftigkeit der Eingriffsaufklärung geltend gemacht soll.

3. Das **Gericht** ist in diesem Fall nicht nach § 139 ZPO gehalten, die Patientenseite darauf hinzuweisen, dass die Rüge einer unzureichenden Sicherungsaufklärung in diesem Zusammenhang anderen Vortrag zum Kausalverlauf voraussetzte. Mit einem so weitgehenden **Hinweis** verletzte es seine Pflicht zur Neutralität.

4. Durchgangsarzt: Passivlegitimation der BG bei Befunderhebungsfehler

OLG Dresden, Beschluss v. 18.01.2021 - 4 U 2213/20

RID 21-02-165

juris
BGB §§ 253 II, 839; GG Art. 34; ZPO §§ 531 II, 533 Nr. 2

Leitsatz: 1. Der Vorwurf, der Durchgangsarzt habe anlässlich der Erstvorstellung eines Patienten nach einem Arbeitsunfall die gebotenen bildgebenden Befunde unterlassen und deshalb eine Bandläsion übersehen, betrifft eine die Entscheidung über die Art der Heilbehandlung vorbereitende Maßnahme, die das öffentliche Amt des D-Arztes betrifft. **Passivlegitimiert** ist insoweit nicht der Arzt, sondern die Berufsgenossenschaft.

2. Die erstmals in der Berufungsinstanz erhobene **Aufklärungsrüge** ist nicht zuzulassen, wenn sie nicht auf Tatsachen gestützt werden kann, die das Berufungsgericht seiner Entscheidung ohnehin zugrunde zu legen hätte.

5. Sachverständiger: Entwurf eines Gutachtens durch Dritten

OLG Dresden, Beschluss v. 07.01.2021 - 4 U 1725/20

RID 21-02-166

juris
ZPO § 407a

Leitsatz: Dass der gerichtlich bestellte **Sachverständige** sich den Entwurf eines Gutachtens durch einen **Dritten zuarbeiten** lässt, verstößt nicht gegen seine Pflicht zur persönlichen Gutachtenerstattung, wenn er sich diesen Entwurf erkennbar zu eigen macht und dies gegenüber dem Gericht nach außen dokumentiert.

Anhang I: BSG - Anhängige Revisionen Vertragsarztrecht

Stand: 07.05.2021. 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 Termin: 26.05.2021	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?	LSG Baden-Württemberg , 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 Fachgruppendurchschnitt hinaus vollständig verwehrt?	LSG Schleswig-Holstein , 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?	LSG Schleswig-Holstein , 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 Fachgruppendurchschnitt hinaus einschränkt?	LSG Schleswig-Holstein , 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?	LSG Bayern , 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.	LSG Schleswig-Holstein , 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?	LSG Schleswig-Holstein , 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	LSG Schleswig-Holstein , Urt. v. 18.06.2019 - L 4 KA 43/17	19-04-3

		nicht über die Kassenärztliche sondern über die Kassenzahnärztliche Vereinigung 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.	LSG Hamburg, Urt. v. 18.10.2018 - L 5 KA 33/17 -	19-01-9
2. Psychotherapeuten: Strukturzuschlag für ermächtigte Ausbildungsinstitute	B 6 KA 4/21 R	Zu den Voraussetzungen einer rückwirkenden Erhöhung der Honorare für antragspflichtige psychotherapeutische Leistungen (einschließlich der Einführung von Strukturzuschlägen nach den Gebührenordnungspositionen 35251 und 35252 der EBM-Ä 2008), ua der Frage, ob diese Erhöhung auch für ermächtigte Ambulanzen staatlich anerkannter Ausbildungsstätten für Psychotherapie gilt.	LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 24.02.2021 - L 3 KA 89/17 -	21-02-2

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?	LSG Niedersachsen-Bremen, 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.	LSG Bayern, 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.	SG für das Saarland, 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?	SG für das Saarland, 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?	SG Düsseldorf, 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?	LSG Bayern, Urt. v. 16.01.2020 - L 12 KA 11/18 -	20-03-10 NZB
Jobsharing: Berechnung des Rückforderungsbetrags/Quartalspunkt看wert	B 6 KA 12/20 R	Zur Berechnung des Rückforderungsbetrags bei einer sachlich-rechnerischen Honorarberichtigung wegen Überschreitung des Praxisumfangs im Rahmen eines sogenannten Job-Sharings für die Quartale IV/04 bis III/09 unter Zugrundelegung des Quartalspunkt看werts.	LSG Hessen, Urt. v. 27.05.2020 - L 4 KA 48/17 -	20-04-6
Nr. 86516 der Onkologie-	B 6 KA 14/19 R	Kann der Zuschlag nach Ziffer 86516 Anhang 2 der Onkologie-Vereinbarung ("Zuschlag	LSG Baden-Württemberg,	19-01-20

Vereinbarung (Zuschlag zu den Kostenpauschalen)	Termin: 25.11.2020	... für die intravenös und/oder intraarteriell applizierte zytostatische Tumorthherapie ...) abgerechnet werden, wenn Bisphosphonate intravenös und/oder intraarteriell und anschließend eine zytostatische Therapie oral appliziert wird? Welche rechtlichen Maßstäbe gelten für die Auslegung von Vergütungsbestimmungen, die nicht vom Bewertungsausschuss beschlossen, sondern in einer Anlage zum Bundesmantelvertrag (hier: Onkologie-Vereinbarung) vereinbart worden sind?	Urt. v. 14.11.2018 - L 5 KA 4616/17 -	NZB
Angabe eines falschen Kostenträgers	B 6 KA 10/20 R Termin: 26.05.2021	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
Formunwirksamkeit eines vor Beschwerdeausschuss protokollierten Vergleichs	B 6 KA 7/20 R Termin: 26.05.2021	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
Nachfolgebesetzung: 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 Nachfolgebesetzung 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
Anstellung der BAG-Gesellschafter durch BAG als MVZ-Träger	B 6 KA 2/21 R	Sind vertragsärztliche Zulassungsgremien berechtigt, die Genehmigung für die Anstellung eines Arztes bei einer MVZ-GbR zu versagen, wenn der Arzt Anteile an der GbR in beherrschendem Umfang hält?	SG Magdeburg , Urt. v. 18.11.2020 - S 1 KA 25/18 -	21-01-36

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
Psychiatrische Institutsambulanzen	B 6 KA 3/21 R	Nach welchen Kriterien richtet sich, ob ausreichende Versorgungsangebote in Form von psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) für einen Standort vorhanden sind, so dass die Erteilung einer Ermächtigung für eine (weitere) Außenstelle einer PIA am Standort nicht notwendig ist (§ 118 Absatz 4 SGB V)?	LSG Rheinland-Pfalz , Urt. v. 19.11.2020 - L 5 KA 17/19 -	

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

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: 07.05.2021. 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/Zahnärztliche 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	LSG Rheinland-Pfalz , Urt. v. 08.11.2018 - L 5 KR 21/18 -	19-01-98 NZB

		Zusammenhang mit einer neuen Behandlungsmethode im Sinne des § 135 SGB V?		
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/Elektrologistin zu übernehmen, wenn die begehrte Leistung durch einen Vertragsarzt nicht erbracht wird?	LSG Niedersachsen-Bremen , Urt. v. 17.03.2020 - L 16 KR 462/19 - Urt. v. 17.03.2019 - L 16 KR 552/18 - LSG Berlin-Brandenburg , 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/Elektrologistin zu übernehmen, wenn die begehrte Leistung durch einen Vertragsarzt nicht erbracht wird?	LSG Berlin-Brandenburg , Urt. v. 15.08.2019 - L 1 KR 558/16 -	19-04-50 NZB
Künstliche Befruchtung bei gleichgeschlechtlichem Ehepaar	B 1 KR 7/21 R	Verletzt § 27a Absatz 1 Nummer 4 SGB V den Gleichheitsgrundsatz nach Artikel 3 Absatz 1 GG dadurch, dass nur Samen- oder Eizellen der Ehegatten selbst verwendet werden dürfen und dies homosexuelle Paare von dem Anspruch ausschließt?	LSG Bayern , Urt. v. 19.08.2020 - L 20 KR 412/19 -	21-02-56 NZB
Implantologische Leistungen	B 1 KR 8/21 R	Verstößt die Einschränkung in § 28 Absatz 2 Satz 9 SGB V, dass implantologische Leistungen nur im Rahmen einer medizinischen Gesamtbehandlung erbracht werden dürfen, gegen das Gleichheitsgebot?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 30.01.2020 - L 5 KR 544/18 -	21-02-61 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?	LSG Bayern , Urt. v. 22.11.2018 - L 4 KR 585/16 -	19-02-75 NZB
Genehmigungsfiktion: Beschränkung auf Antrag	B 1 KR 2/21 R	Ist die Reichweite der Genehmigungsfiktion bei implantologischen Leistungen auf die unter Vorlage des Behandlungsplans konkret beantragten Leistungen beschränkt?	LSG Niedersachsen-Bremen , Urt. v. 18.12.2020 - L 4 KR 427/17 -	21-02-62
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 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?	LSG Niedersachsen-Bremen , Urt. v. 17.09.2019 - L 16 KR 240/19 -	20-03-74
Genehmigungsfiktion: Selbstbeschaffung	B 1 KR 6/21 R	Liegt eine den Kostenerstattungsanspruch nach § 13 Absatz 3a Satz 7 SGB V ausschließende vorfristige Selbstbeschaffung nur dann vor, wenn der Versicherte sich die Leistung vor Ablauf der Genehmigungsfiktionsfrist tatsächlich beschafft hat?	LSG Sachsen , Urt. v. 02.06.2020 - L 1 KR 17/19 -	21-02-68 NZB
Fingierte Genehmigung:	B 3 KR 11/20 R	Kann eine fingierte Genehmigung nach § 13 Absatz 3a SGB V durch § 45 SGB X	LSG Saarland ,	20-03-75

Frist/Zurücknahme	Termin: 18.05.2021	zurückgenommen werden? Gilt die 5-Wochen-Frist von § 13 Absatz 3a Satz 1 letzter Halbsatz SGB V, wenn die gutachterliche Stellungnahme unterblieben ist?	Urt. v. 23.07.2019 - -	NZB
-------------------	---------------------------	---	---------------------------	-----

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?	LSG Bayern , Urt. v. 27.11.2018 - L 20 KR 525/17 -	20-04-69 NZB
-------------	---	--	---	-----------------

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?	LSG Nordrhein-Westfalen , 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?	LSG Niedersachsen-Bremen , Urt. v. 23.04.2018 - L 4 KR 148/17 -	19-03-107 NZB
Wetterschutzverdeck für Elektromobil	B 3 KR 1/21 R Beschl. v. 26.03.2021 (Verwerfung)	Ist ein Wetterschutzverdeck für ein Elektromobil als Zubehör zu einem Hilfsmittel von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung umfasst?	LSG Berlin-Brandenburg , Urt. v. 27.11.2020 - L 1 KR 156/18	21-01-92

Häusliche Krankenpflege/Haushaltshilfe

Häusliche Krankenpflege in ambulanter Wohngruppe	B 3 KR 14/19 R Termin: 26.03.2021	Hat eine Versicherte Anspruch auf häusliche Krankenpflege zum Verabreichen von Medikamenten, wenn sie in einer ambulanten Wohngruppe betreut wird?	LSG Bayern , Urt. v. 20.08.2019 - L 5 KR 403/19 -	20-01-90
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?	LSG Berlin-Brandenburg , 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?	LSG Schleswig-Holstein , Urt. v. 22.08.2019 - L 5 KR 140/16 -	21-01-03 NZB

Fahrkosten**Zuzahlung****Rehabilitationsmaßnahmen****Krankenhauskosten**

Ausgliederung von Leistungen: Kooperationsvertrag für Strahlentherapie	B 1 KR 15/21 R	Gehören Leistungen, die von einer zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Arztpraxis auf Grundlage eines mit einem Krankenhaus geschlossenen Kooperationsvertrags erbracht wurden, durch den ganze Leistungsbereiche ausgegliedert wurden (hier:), zu den allgemeinen Krankenhausleistungen im Sinne des § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 KHEntgG?	LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 11.12.2019 - L 5 KR 1936/17 -	
Neue Behandlungsmethode: Transkathetäre Aortenklappen-Implantation (TAVI)	B 1 KR 18/20 R	Hat eine Krankenkasse die Kosten einer kathetergestützten transkathetären Aortenklappen-Implantation (TAVI), die 2013 in einem Krankenhaus ohne Herzchirurgie durchgeführt wurde, zu übernehmen?	LSG Hessen , Urt. v. 30.04.2020 - L 8 KR 511/16 -	20-03-106
Mindestmenge: Widerlegung einer	B 1 KR 16/20 R	Welche Klageart ist gegen die Widerlegung der Prognose eines Krankenhauses für die	SG Berlin ,	20-03-105

Prognose eines Krankenhauses	Termin: 25.03.2021	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 Krankenhaussträger übermittelten Prognose für die Berechtigung zur Erbringung mindestmengenbelegter Leistungen zu stellen?	Urt. v. 05.03.2020 - S 56 KR 2033/19 -	
Vorlagefrist für Krankenhausunterlagen: Materielle Ausschlussfrist?	B 1 KR 24/20 R B 1 KR 32/20 R Termin: 18.05.2021 B 1 KR 4/21 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?	LSG Hessen , Urt. v. 28.05.2020 - L 8 KR 221/18 -; Urt. v. 27.08.2020 - L 8 KR 41/19 - LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 10.12.2020 - L 16 KR 742/18	20-03-125 20-04-103 21-02-110
Übersendungsfrist für angeforderte Unterlagen an MDK: Materielle Ausschlussfrist?	B 1 KR 9/21 R B 1 KR 10/21 R	Beinhalten die Regelungen des § 7 Absatz 2 Sätze 3 und 4 der Prüfverfahrensvereinbarung idF vom 18.7.2014 eine materielle Ausschlussfrist hinsichtlich der Übersendung von Krankenakten an den Sozialmedizinischen Dienst?	LSG Rheinland-Pfalz , Urt. v. 04.02.2021 - L 5 KR 198/20 - - L 5 KR 167/20 -	21-02-108 21-02-109
Materiell-rechtliche Ausschlussfrist: Übersendung von Krankenakten	B 1 KR 43/20 R	Beinhalten die Regelungen des § 7 Absatz 2 Satz 3 und 4 der Prüfverfahrensvereinbarung idF vom 18.7.2014 eine materielle Ausschlussfrist hinsichtlich der Übersendung von Krankenakten an den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 09.07.2020 - L 16 KR 395/16 -	21-01-127
Prüfungsrelevante Unterlagen	B 1 KR 16/21 R	Löst bereits die Anforderung „sämtlicher prüfungsrelevanter Unterlagen“ durch den MDK die Rechtsfolgen des § 7 Absatz 2 Satz 4-6 PrüfV 2016 aus? Enthält § 7 Absatz 2 Satz 4-6 PrüfV 2016 eine materiell-rechtliche Ausschlussfrist?	LSG Rheinland-Pfalz , Urt. v. 20.08.2020 - L 5 KR 239/19 -	20-02-111 NZB
Anforderung von Unterlagen	B 1 KR 22/21 R	Genügt die pauschale Anforderung von "allen Dokumenten, die zur Klärung der Frage beitragen können" durch den MDK beim Krankenhaus, um die Rechtsfolge des § 7 Absatz 2 Satz 4 PrüfV 2014 auszulösen?	LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 21.01.2020 - L 11 KR 1437/19 -	20-02-87 NZB
Nachträgliche Abrechnungskorrektur: Materielle Ausschlussfrist? (2014)	B 1 KR 34/20 R B 1 KR 33/20 R Termin: 18.05.2021 B 1 KR 39/20 R Termin: 18.05.2021	Schließt die Regelung des § 7 Absatz 5 Satz 2 der Prüfverfahrensvereinbarung - PrüfV vom 18.7.2014 - eine nachträgliche Korrektur der Krankenhausabrechnung aus?	LSG Bayern , Urt. v. 13.08.2020 - L 4 KR 437/19 - - L 4 KR 616/19 - LSG Schleswig-Holstein , Urt. v. 26.08.2020 - L 5 KR 13/19	20-04-104 21-01-128 21-01-131
Nachträgliche Korrektur der Krankenhausabrechnung (2016)	B 1 KR 37/20 R B 1 KR 42/20 R Termin: 18.05.2021	Schließt die Regelung des § 7 Absatz 5 Satz 2 der Prüfverfahrensvereinbarung - PrüfV vom 3.2.2016 (PrüfVbg) - eine nachträgliche Korrektur der Krankenhausabrechnung aus?	LSG Bayern , 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?	LSG Bayern , Urt. v. 19.03.2019 - L 20 KR 148/18 -	19-02-108 NZB
Fallzusammenführung und Beurlaubung	B 1 KR 14/21 R	Ist eine Zusammenführung zweier stationärer Behandlungsepisoden eines Patienten unter dem Aspekt des fiktiven wirtschaftlichen Alternativverhaltens mit den Regelungen zur Beurlaubung und denen zur Abrechnung vereinbar?	LSG Hamburg , Urt. v. 25.02.2021 - L 1 KR 114/19 -	21-02-114
Stationäre Notfallbehandlung vor Verlegung	B 1 KR 11/20 R Termin: 18.05.2021	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	LSG Saarland , Urt. v. 23.07.2019 - L 2 KR 2/18 -	20-03-130 NZB

		neurochirurgische Abteilung eines anderen Krankenhauses verlegt und dort noch am 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?	LSG Bayern, Urt. v. 11.04.2019 - L 4 KR 215/17 -	19-03-129
Alternativverhalten: Abrechnung als teilstationäre Behandlung	B 1 KR 5/21 R	Darf ein Krankenhaus unter dem Gesichtspunkt des fiktiven wirtschaftlichen Alternativverhaltens eine teilstationäre Behandlung abrechnen, wenn es eine nicht erforderliche vollstationäre Behandlung erbracht hat?	LSG Hamburg, Urt. v. 21.01.2021 - L 1 KR 106/19 -	21-02-100
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?	LSG Baden-Württemberg, 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?	LSG Hamburg, Urt. v. 24.09.2020 - L 1 KR 52/20 -	21-01-135
Berechnung der Beatmungsstunden	B 1 KR 26/20 R	Setzt die Abrechnung von Spontanatmungsstunden als Beatmungsstunden in Form einer Entwöhnung nach Nummer 1001l der Deutschen Kodierrichtlinien 2013 eine vorherige Gewährung des Patienten an den Respirator voraus?	LSG Bayern, 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?	LSG Sachsen, Urt. v. 15.07.2020 - L 1 KR 251/14 -	21-01-139
Beatmungszeit: Gewöhnung und Entwöhnung	B 1 KR 35/20 R	Unter welchen Voraussetzungen tritt eine Gewöhnung an das Beatmungsgerät als Voraussetzung für die Kodierung von Spontanatmungsstunden als Beatmungsstunden nach DKR 1001h (2011) ein?	LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 23.07.2019 - L 11 KR 717/18 ZVW -	21-02-120
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?	LSG Hamburg, 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?	LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 26.08.2020 - L 9 KR 462/17 -	20-04-108
Nebendiagnose neben Hauptdiagnose	B 1 KR 12/21 R	Ist die Kodierung eines T-Kodes (hier: T 81.4) als Nebendiagnose neben einer Hauptdiagnose, die die Entstehung der Erkrankung nicht beschreibt (hier: L02.2), zulässig, um den Gesundheitszustand des Patienten vollständig zu beschreiben?	LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 17.02.2021 - L 4 KR 268/16 -	

Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung: Blutbank	B 1 KR 11/21 R	Welche Voraussetzungen müssen erfüllt sein, damit das Merkmal „Blutbank“ im Sinne des OPS 8-98f (Version 2016) erfüllt ist; genügt hierfür, dass das Krankenhaus über ein Blutdepot gemäß § 11a Transfusionsgesetz verfügt?	LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 06.08.2019 - L 11 KR 1859/18 -	19-04-81 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 hinzugeetretenen Arzneimittels zwischen den Beteiligten unstreitig sind?	LSG Berlin-Brandenburg , Urt. v. 27.01.2020 - L 9 KR 82/19 KL -	20-02-112
Rückforderung von Umsatzsteuer auf Zytostatika	B 1 KR 13/21 R	Zur Vervollständigung einer zwischen Krankenhausapotheke und Krankenkasse getroffenen Bruttopreisvereinbarung im Wege der ergänzenden Vertragsauslegung, wenn die Arzneimittelpreisvereinbarung gemäß § 129a SGB V objektiv die Situation nicht regelt, dass sich die für die Umsatzsteuerberechnung maßgebliche Auffassung der Finanzverwaltung zur Umsatzsteuerpflicht der Abgabe von Zytostatikazubereitungen durch Krankenhausapotheken ändert und die faktische Umsatzsteuerpflicht rückwirkend aufgehoben wird.	LSG Rheinland-Pfalz , Urt. v. 18.02.2021 - L 5 KR 161/18 -	21-02-127
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	LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 16.10.2020 - L 4 KR 438/20 -	21-01-156

		(Ersetzungs- bzw Feststellungs-)Verfahrens?		
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 Scheiterns von Preisverhandlungen, wenn kein Schiedsverfahren vorgesehen ist?	LSG Schleswig-Holstein , Urt. v. 17.10.2019 - L 5 KR 112/16 - - L 5 KR 113/16 -	21-01-158 NZB 20-04-125 NZB

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?	LSG Rheinland-Pfalz , 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?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 28.03.2019 - L 16 KR 676/16 -	20-03-155 NZB
Spitzenverband Bund der Krankenkassen: Pauschale Aufwandsvergütung an BZgA	B 1 A 2/20 R Termin: 18.05.2021	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?	LSG Berlin-Brandenburg , Urt. v. 22.01.2020 - L 1 KR 127/16 KL -	20-02-118 NZB

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?	LSG Berlin-Brandenburg , Urt. v. 19.10.2018 - L 1 KR 558/15 KL -	19-01-158 NZB
--	---	---	---	------------------

Sonstiges