

## Rechtsprechungsinformationsdienst 21-03

REDAKTION .....	5
EDITORISCHE HINWEISE .....	5
A. VERTRAGS ARZTRECHT .....	6
I. Honorarverteilung .....	6
1. Wachstumsmöglichkeit unterdurchschnittlicher Praxis .....	7
2. Aufbaupraxis: Austritt aus BAG und Arznanstellung/Aufteilung des Radiologenkontingents .....	7
3. Quotierung der innerhalb einer zeitbezogenen Kapazitätsgrenze erbrachten Leistungen .....	7
4. Geriatriische und allgemeine Palliativversorgung: Quotierung .....	8
5. Wertverfall für einzelne Leistungen und Kompensationseffekte .....	8
6. Anpassung des Individuellen Leistungsbudgets (KV Hamburg) .....	8
a) Geringe Unterschreitungen der Vergütungsquote der Fachgruppe .....	8
b) Außergewöhnlicher Grund/Fallzahlsteigerung .....	8
7. Akupunkturleistungen und hausärztliche Vorhaltepauschale .....	9
8. Korrektur früherer Honorarbescheide .....	9
9. Kein Vertrauensschutz für Akontozahlungen .....	10
10. Abrechnungs-Sammelerklärung in Papierform/Rückforderung der Notdienstpauschale .....	10
II. Sachlich-rechnerische Richtigstellung .....	10
1. Plausibilitätsprüfung .....	11
a) Zeitliche Auffälligkeiten/Nachträglich angefertigte Dokumentationen .....	11
b) Prüfung unterhalb des Aufgreifkriteriums von 20 % gemeinsamer Patienten/Anästhesisten .....	12
c) Abrechnung ohne Einteilung zum Notdienst/Vorabesprechung von Versichertenkarten .....	13
d) Verfahrenseinstellung und erneute Plausibilitätsprüfung/Patientenidentität im Notdienst .....	13
2. Fortbildungsverpflichtung: Keine Ansammlung von Fortbildungspunkten aus der Vergangenheit .....	13
3. Nr. 31102 EBM (Dermatochirurgischer Eingriff): Wirksamkeit/Bilddokumentation .....	14
4. Parenterale intravasale Behandlung .....	14
5. Behandlung von Hämorrhoidalleiden mittels minimalinvasiver Laserchirurgie .....	14
6. Zuschläge für Simultaneingriffe mit Haupteingriff der Kategorie 7 nach EBM .....	15
III. Genehmigung/Disziplinarrecht/Notdienst .....	15
1. Belegarztanerkennung: Residenzpflicht .....	16
2. Disziplinarrecht: Ablehnung einer Kassenbehandlung und Privatliquidation .....	16
IV. Wirtschaftlichkeitsprüfung/Arzneikostenregress .....	16
1. Verordnung von Cannabis ohne Genehmigung: Evtl. Kostendifferenz unbeachtlich .....	17
2. Ausschlussfrist auch bei Festsetzung einer Beratung .....	17
3. Bezug von Blutgerinnungsfaktoren direkt beim Hersteller/Großhändler .....	18
V. Zulassungsrecht .....	18
1. Sonderbedarfszulassung .....	19
a) Keine Nachbesetzung einer Anstellung im Umfang eines Viertelversorgungsauftrags .....	19
b) Anordnung der sofortigen Vollziehung: Öffentliches und Beteiligteninteresse/Streitwert .....	19
2. Zulassungsentziehung: Nichtausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit .....	20
3. Ermächtigung der Außenstelle einer psychiatrischen Institutsambulanz .....	20
a) Zumutbare Wegstrecken zu vorhandener Außenstelle/Begleitperson .....	20
b) Räumlichkeiten eines anderen Krankenhauses .....	21
VI. Hochschulambulanzen/Verfahrensrecht .....	21
1. Einstufung als Hochschulambulanz .....	22
2. Aufrechnung mit eigenem Erstattungsanspruch gegen PKH-Forderung .....	22
VII. Bundessozialgericht (BSG) .....	23
1. Honorarverteilung .....	23
a) RLV: Überschreitung des Gruppenfallwerts um mindestens 30 %/Streitwert .....	23
b) Unterschiedliche QZV-Fallwerte/Punktverfall/Kostendeckung/Streitwert .....	23
c) Honorarzuschlag für Jobsharing-Praxen .....	24
d) Abrechnung von Anästhesien bei Abrechnung der MKG-Operation .....	24

2. Auslegung von Gebührentatbeständen der BMV-Partner (Nr. 86516 der Onkologie-Vb)	25
3. Kostengünstigster Bezugsweg: Gerinnungsfaktorenzubereitungen	25
4. Nachfolgebesetzung: Beschränkung einer Sonderbedarfszulassung	25
5. Heranziehung eines Privatarztes zum KV-Notdienst: Sozialrechtsweg (KV Hessen)	26
<b>B. KRANKENVERSICHERUNGSRECHT</b>	<b>27</b>
<b>I. Vertrags(zahn)ärztliche Behandlung</b>	<b>27</b>
1. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	27
a) Biologische Krebstherapie	27
b) Untersuchung der zirkulierenden Tumorzellen (Maintrac-Bluttest) nicht bei Neuroblastomen	27
c) Extrakorporale Lipidapherese-Therapie: Voraussetzungen einer schweren Hypercholesterinämie	28
d) Gesichtsfeminisierende Operation bei Transsexualismus	28
2. Psychotherapeutische Behandlung und Gehörlosigkeit	28
3. Implantatgestützter Zahnersatz: Würgereiz und drohende Zahnlosigkeit	28
<b>II. Stationäre Behandlung</b>	<b>29</b>
1. Bariatrische (adipositas-chirurgische) Operation	29
a) Magenbypass-Operation: Kein Vorrang konservativer Behandlungsmöglichkeiten	29
b) Multimodales Konzept: Behandlungen auf verschiedenen Fachgebieten	29
2. Fettschürzenresektion	29
3. Brustverkleinerungsoperation (Mammareduktionsplastik) wegen Rückenschmerzen	30
4. Liposuktion	30
a) Anspruch auf Vorab-Prüfung	30
b) Kein Sachleistungsanspruch	30
5. Fehldiagnostizierter Transsexualismus: Geschlechtsrekonstruierende - virilisierende - Operation	31
6. Mastektomie bei transidentitärer Geschlechtsidentitätsstörung	31
<b>III. Kostenersatzung</b>	<b>31</b>
1. Genehmigungsfiktion: Taggenaue Fristangabe	31
2. Rentner mit Wohnsitz in Frankreich: Keine Erstattung der Selbstbeteiligung	32
<b>IV. Arzneimittel</b>	<b>32</b>
1. Cannabis	32
a) Anspruchsvoraussetzungen einer Versorgung mit Cannabis	32
b) Medizinische Gründe allein maßgebend	32
c) Begründete Einschätzung: Reichweite des Amtsermittlungsgrundsatzes	33
d) Keine leitliniengerechte Behandlung	33
e) Aufhebung eines rechtswidrigen Genehmigungsbescheids	33
f) Keine Eilbedürftigkeit bei langjährigem chronischem Geschehen	33
2. Kein Haarwuchsmittel im Off-Label-Use („Xeljanz“/Tofacitinib)	34
<b>V. Hilfsmittel/Heilmittel</b>	<b>34</b>
1. Elektromotorunterstütztes mechanisches Rollstuhlzuggerät	34
a) Zwecke der sozialen Rehabilitation	34
b) Wunsch- und Wahlrecht/Mehrkosten	35
2. Hörgeräteversorgung	35
a) Verständigungen unter Störgeräuschen Teil des privaten und beruflichen Alltags	35
b) Bestmögliche Angleichung an das Hörvermögen Gesunder/Vorfestlegung	36
c) Nichteinhaltung des Beschaffungsweges	36
3. Vorteile eines Blindenführhunds gegenüber Blindenlangstock	36
4. Langfristiger Heilmittelbedarf: Vergleichbarkeit der Schädigungen	36
<b>VI. Rehabilitation/Häusliche Krankenpflege/Fahrkosten</b>	<b>37</b>
1. Rehaziere bereits durch frühere Rehabilitationsmaßnahme erreicht (Tinnitusleiden)	37
2. Häusliche Krankenpflege	37
a) Abgrenzung Behandlungs- und Grundpflege	37
b) Kein Kostenersatzungsanspruch ohne Verpflichtungsgeschäft	38
c) Bindung an Bescheide über Eingliederungshilfe	38
d) Einstweiliger Rechtsschutz bei fehlender Mitwirkung der Krankenkasse	38
3. Fahrkosten: Monatliche Behandlungsfrequenz nicht ausreichend	39
<b>VII. Beziehungen zu Krankenhäusern</b>	<b>39</b>
1. Vergütungsanspruch/Fälligkeit	40
a) Vergütungsanspruch nach wirtschaftlichem Alternativverhalten: Keine neue Rechnung	40
b) Versorgungsauftrag für Fachgebiet „Kinder- und Jugendmedizin“	41

c) Zusatzentgelt für bioresorbierbare medikamentenbeschichtete Stents	41
2. Prüfverfahrensvereinbarung	41
a) Keine Übersendung weiterer Unterlagen ohne Anforderung	41
b) Vorlagefrist für Krankenhausunterlagen: Keine materielle Ausschlussfrist	41
c) Fallzusammenführung	42
aa) Behandlungsalternative unter Beurlaubung des Versicherten	42
bb) Beginn der Sechswochenfrist	42
3. Fallpauschalen	42
a) Kodierung der Hauptdiagnose	42
b) Kodierung einer Nebendiagnose	43
c) Aufwände für unterschiedliche (Neben- und/oder Haupt-)Diagnosen	43
d) Nebendiagnose neben Hauptdiagnose	43
e) Kodierung bei Verdachtsdiagnose nach stationärer Untersuchung (hier: Mangelernährung)	43
f) Abgrenzung zwischen Krankenhausbehandlung und stationärer medizinischer Rehabilitation	44
g) Behandlung einer Tumorerkrankung: Kodierregeln (Rezidiv/Metastasen)	44
h) Multimodale Komplexbehandlung: Dokumentationspflicht	44
i) Multimodale Schmerztherapie: Anwesenheit am Wochenende	45
j) Abgrenzung Drainage/Punktion: Rechtsfrage	45
k) Strahlenbehandlung und Mehrfachkodierung (Intensitätsmodulierte Radiotherapie)	45
l) Akutes Nierenversagen	45
m) Diagnose eines akuten Nierenversagens ohne Kreatininausgangswert	46
n) Ausgliederung von Leistungen: Kooperationsvertrag für Strahlentherapie	46
o) Kodierung einer partiellen Maxillektomie	46
p) Pasteurellose	47
4. Ambulante spezialfachärztliche Versorgung	47
5. Kündigung eines Versorgungsvertrags	47
6. Auskunftsanspruch gegenüber einem Transplantationszentrum bei Organtransplantation	47
VIII. Beziehungen zu Leistungserbringern und Arzneimittelherstellern	47
1. Arzneimittelhersteller	48
a) Lauer-Taxe mit Schutzwirkung zugunsten Krankenkasse	48
b) Schiedsspruch zur frühen Nutzenbewertung: Patientengruppen/Verlust des Rückrechts	48
2. Häusliche Krankenpflege	49
a) Pflegekräfte ohne Erlaubnis zum Tragen der Berufsbezeichnung	49
b) Außerordentliche Kündigung	49
aa) Eignung und Zuverlässigkeit	49
bb) Grobe Verletzung der Verpflichtungen	50
3. Spezialisierte ambulante Palliativversorgung: Genehmigung der Krankenkasse und Vergütung	50
IX. Krankenkassen/Verfahrensrecht	51
1. Kein Anordnungsgrund ohne Inanspruchnahme einer zusprechenden Entscheidung	52
2. Zustellung mit elektronischem Empfangsbekanntnis	52
X. Bundessozialgericht (BSG)	52
1. Kostenerstattung: Keine Genehmigungsfiktion bei Vorfestlegung	52
2. Therapedreirad-Tandem	52
3. Beziehungen zu Krankenhäusern: Verlegung ohne aktives Tun des Krankenhauses	53
4. Unmittelbare Klage gegen Nutzenbewertungsbeschluss des GBA	53
C. ENTSCHEIDUNGEN ANDERER GERICHTE	54
I. Ärztliches Berufsrecht	54
1. Berufspflichten	54
a) Verordnung von Substitutionsmitteln trotz des Beigebrauchs von Benzodiazepin	54
b) Aufforderung des Sozialgerichts zur Erstellung eines Befundberichts	54
c) Unerlaubte Zuwendung: Grundstückskaufvertrag mit Patienten	54
d) Berufsgerechtliches Verfahren nach Verlegung der ärztlichen Tätigkeit	54
2. Strafrecht	55
a) BVerfG: Umgehung des Beteiligungsverbots für Apotheker an MVZ	55
b) BGH: Betrügerische Verschreibung häuslicher Krankenpflege keine Untreue	55
c) Werbung für Schwangerschaftsabbruch	56
3. Verstoß gegen Abstinenzgebot: Fristlose Kündigung	56
4. Erwerb der Fachkunde im Strahlenschutz	56
5. Aufhebung der Zusatzbezeichnung Homöopathie	57
II. Arzthaftung	57
1. Bundesgerichtshof (BGH)	57

a) Therapeutische Aufklärung/Dokumentationspflicht/Änderung der elektronischen Dokumentation	57
b) Aufklärung: Nicht allgemein anerkannte medizinische Behandlungsmethode	57
c) Gehörsverletzung: Unzutreffende Erfassung eines Befundberichts	58
2. Behandlungsfehler	58
a) Arthroskopie: Diagnostik zur Operationsindikation	58
b) Einsatz eines Traktionsstabs im Rahmen einer Hüftarthroskopie	58
c) Aufklärung/Anlage eines Zentralvenenkatheters	58
d) Hilfen bei der Bewältigung der Bewältigung eines Narkosezwischenfalls/Schmerzensgeld	59
e) Behandlung einer Purtscher-Retinopathie	59
f) Keine Behandlungsverantwortung bei Besuch der Patientin in der Klinik	59
g) Hebammentätigkeit: Beziehung eines Arztes bei möglicher Uterusruptur	60
h) Abweichende Farbgestaltung einer Zahnprothese	60
3. Aufklärung	60
a) Operationsziel und wahrscheinlicher Verlauf der Operation	60
b) Risiko von Nervenschäden: Dauerhafte Fußheberschwäche	61
c) Arthrose des Fingergrundgelenks: Arthrodese oder Fingergrundgelenksprothese	61
d) Revisionsoperation nach Brustvergrößerungsoperation: Wiederverwendung des Brustimplantats	61
4. Haftung für Schäden bei Transport im Rettungsdienst	61
5. Einsicht in die Behandlungsunterlagen	62
6. Pflicht des Gerichts zur Einholung eines Sachverständigengutachtens	62
ANHANG I: BSG - ANHÄNGIGE REVISIONEN VERTRAGS ARZTRECHT	63
ANHANG II: BSG - ANHÄNGIGE REVISIONEN KRANKENVERSICHERUNG	67

## Redaktion

### **Die Verantwortung für den Inhalt liegt ausschließlich bei der Redaktion.**

**REDAKTION:** Dr. Cornelius Pawlita, Saarlandstraße 29, 35398 Gießen

e-mail: pawlita@web.de;

Telefon: 0641/201 776 oder 06421/1708-34 (SG Marburg);

Telefax: 0641/250 2801.

Die Leserschaft wird um Mithilfe bei der Erstellung des RID durch Einsendung von Urteilen aus der Instanzenpraxis direkt an die Redaktion (oder an die Deutsche Gesellschaft für Kassenarztrecht e.V., Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin, Fax:030/4005-1795) gebeten.

**Bezug:** Der RID kann über die Mitgliedschaft in der **Deutschen Gesellschaft für Kassenarztrecht e.V.**, Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin (e-mail: gf@dgfkassenarztrecht.de; Tel: 030/4005-1750; PC-Fax:030/4005-27-1750; Fax:030/4005-1795) bezogen werden. Der Jahresbeitrag für natürliche Personen beträgt 60 € Der RID erscheint viermal im Jahr.

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

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

## Editorische Hinweise

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

Die Leitsätze unter der Überschrift "**Leitsatz/Leitsätze**" stammen vom jeweiligen Gericht; bei Anfügung eines Zusatzes, z. B. MedR, von der jeweiligen Zeitschrift. Hervorhebungen stammen von der Redaktion. Ansonsten handelt es sich bei den leitsatzähnlichen Einleitungssätzen oder Zusammenfassungen wie bei der gesamten Darstellung um eine Bearbeitung der Redaktion.

**Wörtliche Zitate** werden durch Anführungszeichen und Seitenbalken gekennzeichnet. Darin enthaltener Fett-/Kursivdruck stammt in der Regel von der Redaktion.

Für **BSG-Entscheidungen** gelten folgende Bearbeitungsprinzipien: im Vorspann der einzelnen Kapitel handelt es sich um einen Kurzauszug nach der Pressemitteilung; im Abschnitt "BSG" erscheinen die Entscheidungen i. d. R. mit den Leitsätzen, sobald diese verfügbar sind; im Anhang wird mit Termin vermerkt, dass eine Entscheidung vorliegt; mit Erscheinen im Abschnitt "BSG" wird der Revisionshinweis im Anhang komplett gelöscht.

Die Datenbank juris wird ausgewertet. Diese Ausgabe berücksichtigt die bis zum 01.08.2021 eingestellten Entscheidungen.

## A. VERTRAGS ARZTRECHT

### I. Honorarverteilung

Nach BSG, Urt. v. 17.03.2021 - **B 6 KA 32/19 R** - SozR 4-2500 § 87b Nr. 27 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. **Fallzahlungsverluste** 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 Fallzahlungsverlusten 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 bzw in der Honorarverteilungsvereinbarung (HVV) bei den den **RLV** unterfallenden **Fachärzten für Diagnostische Radiologie** danach, ob diese ein **CT** und/oder **MRT** vorhalten, ist rechtmäßig. Im Hinblick auf die erhöhten Kosten bei Vorhalten eines CT und/oder MRT dient sie der Vermeidung eines Mischfallwerts für eine einheitliche Gruppe der Diagnostischen Radiologen, der einerseits die Notwendigkeit der Finanzierung eines CT bzw MRT nicht hinreichend berücksichtigt, andererseits zu überhöhten Fallwerten bei Ärzten führt, die kein CT bzw MRT vorhalten. Zu Recht hat die beklagte KÄV bei der Berechnung des **RLV für Mitglieder von BAGen unterschiedliche Fallwerte** zugrunde gelegt, abhängig davon, ob sie eine **Genehmigung zur Erbringung von CT- und/oder MRT-Leistungen** haben. „Vorhalten“ im Sinne des Beschlusses des EBewA erfordert nicht nur das Vorhandensein des Geräts, sondern auch die Genehmigung zur Abrechnung der entsprechenden Leistungen. Dem steht auch nicht entgegen, dass die BAG der KÄV bei der Honorarabrechnung als einheitliche Rechtspersönlichkeit gegenübertritt, denn die Ermittlung der RLV erfolgt nach dem Beschluss des EBewA arztbezogen. Auch die Ermittlung des RLV für Ärzte in **Arztgruppen mit weniger als 20 Ärzten und einer relativen Streuung von mindestens 30 % auf Basis der individuellen Fallwerte** ist rechtmäßig. Die Vertragspartner der HVV waren zu einer solchen Regelung ermächtigt, da der Beschluss des EBewA den Vertragspartnern die Möglichkeit eröffnet hatte, „Modifikationen“ der Arztgruppen vorzunehmen. Mit der Regelung wird in angemessener Form dem Umstand Rechnung getragen, dass Durchschnittswerte bei sehr kleinen Arztgruppen wenig aussagekräftig sind und durch einzelne Ausreißer sehr stark verzerrt werden können. Die Grenzziehung bei 20 Ärzten und einer Streubreite von 30 % ist nicht erkennbar ungeeignet und hält sich im Rahmen der Gestaltungsfreiheit der Vertragspartner der HVV. Nach **B 6 KA 30/19 R** gilt weiter, dass **Praxisbesonderheiten** nicht anzuerkennen waren. Ein Arzt, der über die **Genehmigung zur Erbringung von CT- und MRT-Leistungen** verfügt, versieht **keinen besonderen Versorgungsauftrag** und seine Tätigkeit weist keine für die Versorgung **relevante Spezialisierung** auf. Die Erbringung von CT- und MRT-Leistungen ist gerade das entscheidende Merkmal seiner Zuordnung zur Arztgruppe der „**Fachärzte für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT und MRT**“. Auch der Umstand, dass Herr M. schwerpunktmäßig CT- und MRT-Leistungen erbringt, Dr. C. hingegen konventionell radiologische Leistungen, ist lediglich Ausdruck der unternehmerischen Freiheit einer BAG, die Zusammensetzung und das Leistungsspektrum der Praxispartner frei zu wählen, rechtfertigt aber nicht die Anerkennung von Praxisbesonderheiten. Die für einen Härteausgleich maßgebliche Grenze von 15 % Verlust infolge der Umstellung der Vergütung auf die RLV-Systematik konnte bereits aufgrund der Konvergenzzahlungen, die die Kl. erhalten hat, nicht eintreten. Mit der Begrenzung der Verluste auf 7,5 % werden existenzbedrohende Honorarminderungen ausgeschlossen. Nach BSG, Urt. v. 25.11.2020 - **B 6 KA 28/19 R** - SozR 4-5531 Abschn. 31.5.3 Nr. 1 besteht für einen Arzt für **Anästhesiologie** ein Anspruch auf die Abrechnung von Anästhesien als extrabudgetär vergütete Leistung nach Abschnitt 31.5.3 EBMA 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. Wachstumsmöglichkeit unterdurchschnittlicher Praxis

**LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 10.05.2021 - L 11 KA 54/18**

RID 21-03-1

*Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 21/21 B*

juris

**SGB V § 87b**

Die **faktischen Schwierigkeiten kleiner Praxen**, im Hinblick auf eine große Zahl niedergelassener Ärzte in der jeweiligen Arztgruppe und eine insgesamt eher rückläufige Fallzahl den **durchschnittlichen Umsatz zu erreichen**, zwingen die KV nicht zu einer Regelung, dass solchen Praxen eine Abrechnung aller erbrachten Leistungen zum Orientierungswert ermöglicht wird (BSG, Urt. v. 17.07.2013 - B 6 KA 44/12 R - SozR 4-2500 § 87b Nr. 2).

Der Kl. ist Facharzt für Allgemeinmedizin und Dipl.-Osteopath und sei 1994 zugelassen. Er wandte sich erfolglos gegen die Honorarbescheide für die Quartale III/10 bis II/11. *SG Düsseldorf*, Urt. v. 18.04.2018 - S 14 KA 189/14 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

## 2. Aufbaupraxis: Austritt aus BAG und Arztanstellung/Aufteilung des Radiologenkontingents

**LSG Hamburg, Urteil v. 02.06.2021 - L 5 KA 11/18**

RID 21-03-2

*Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 22/21 B*

juris

**SGB V § 87b**

Eine Praxis ist nicht deshalb als **Aufbaupraxis** zu beurteilen, weil der Arzt nach **Austritt** aus einer weiter bestehenden **BAG** eine Einzelpraxis im gleichen Planungsbezirk 10 km entfernt von seinem bisherigen Standort gründet.

Die **Anstellung** eines erstmals in der vertragsärztlichen Versorgung tätigen Arztes begründet keine Aufbaupraxis. Für den Neueintritt eines Partners in eine BAG hat das BSG dies bereits entschieden (vgl. BSG, Urt. v. 17.07.2013 - B 6 KA 44/12 R - SozR 4-2500 § 87b Nr. 2). Die dort aufgestellten Grundsätze gelten erst recht für die Anstellung eines neuen Arztes.

Die mit Beschluss des Bewertungsausschusses zum 01.04.2013 eingeführten zusätzlichen Anforderungen an die Erbringung der Leistung durch die erhöhten Qualitätsanforderungen beim Überweiser bzw. dem Leistungserbringer sowie durch die Einbettung der Leistung in ein multimodales System für die Abrechnung der CT/MRT-gestützten interventionellen schmerztherapeutischen Leistungen nach **GOP 34504 und 34505 EBM** sind rechtmäßig, da sie erkennbar der Qualitätssicherung im Bereich der CT-gestützten Interventionen dienen.

Die **Aufteilung des Arztgruppenkontingents** der Radiologen im Quartal I/14 im Bereich der KV Hamburg in ein Unterkontingent für CT-gesteuerte Interventionen und ein Unterkontingent für alle anderen Leistungen ist rechtmäßig.

Der Kl. ist als Facharzt für Radiologie seit 2006 zugelassen. Bis Dezember 2013 war er in einer BAG mit zwei Versorgungsaufträgen tätig. Die BAG bestand nach seinem Austritt weiter. Im streitigen Quartal I/14 betrieb er eine radiologische Einzelpraxis mit zwei Versorgungsaufträgen. Bei ihm war als angestellter Arzt Dr. D. beschäftigt, der zuvor nicht vertragsärztlich tätig gewesen ist. Im Quartal II/14 hatte der Kl. den Fachgruppendurchschnitt erreicht. Er beehrte ein höheres Honorar für das Quartal I/14. *SG Hamburg*, Urt. v. 26.09.2018 - S 27 KA 215/14 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

## 3. Quotierung der innerhalb einer zeitbezogenen Kapazitätsgrenze erbrachten Leistungen

**LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 28.04.2021 - L 5 KA 4152/18**

RID 21-03-3

*Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 18/21 B*

juris

**SGB V §§ 87, 87b**

**Leitsatz:** Die Rechtsgrundlage der **quotierten Vergütung** der nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen innerhalb der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze in § 7 Nr. 2 des HVV für 2011 ist wegen Verstoßes gegen höherrangiges Recht nichtig.

Der Kläger wendet sich gegen die Abstufung seines Honorars für nicht antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen des Kap. 21 EBM (Psychiatrische und Psychotherapeutische

Gebührenordnungspositionen <Psychiater>) innerhalb der zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen in den Quartalen I, III u. IV/11. *SG Stuttgart*, Urt. v. 18.02.2015 - S 11 KA 3206/13 - wies die Klage ab, das *LSG* hob die Honorarbescheide für die Quartale I, III u. IV/11 hinsichtlich der Quotierung der Leistungen aus dem Kap. 21 EBM auf und verurteilte die Bekl., über die Vergütung der Leistungen aus dem Kap. 21 EBM unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden. Im Übrigen wies es die Berufung zurück.

#### 4. Geriatrische und allgemeine Palliativversorgung: Quotierung

**LSG Hamburg, Urteil v. 24.06.2020 - L 5 KA 19/17**

**RID 21-03-4**

juris  
**SGB V § 87b**

Die Vergütung der hausärztlichen Leistungen der **geriatrischen und allgemeinen Palliativversorgung** nach § 13 Verteilungsmaßstab KV Hamburg (Quartale IV/13 bis III/14) ist nicht zu beanstanden. Aus dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 288. Sitzung vom 22.10.2012 zu Nr. 2.2 folgt nicht, dass bei der Vergütung dieser Leistungen eine gewisse **Mindestquote** erreicht werden muss.

Der kl. Facharzt für Allgemeinmedizin wandte sich gegen die Honorarbescheide für die Quartale IV/13 bis III/14. *SG Hamburg*, Urt. v. 24.05.2017 - S 27 KA 102/15 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

#### 5. Wertverfall für einzelne Leistungen und Kompensationseffekte

**LSG Hamburg, Urteil v. 24.06.2020 - L 5 KA 1/19**

**RID 21-03-5**

juris  
**SGB V § 87b**

Allein das Vorliegen eines **Wertverfalls**, der hier jedoch wohl angenommen werden kann, da der **QZV-Fallwert für die MRT/MRT-Angiographie** vom Quartal IV/10 mit 123,65 € kontinuierlich bis zum streitbefangenen Quartal III/13 auf 88,82 € gefallen ist, reicht für **Stützungsmaßnahmen** durch die KV nicht aus. Hinzukommen muss, dass die Honorarrückgänge in dem wesentlichen Leistungsbereich nicht durch andere Effekte **kompensiert** werden (BSG, Urt. v. 29.08.2007 - B 6 KA 43/06 R - SozR 4-2500 § 85 Nr. 40, juris Rn. 20).

Die Beteiligten streiten um die Höhe der Zuweisung von RLV und QZV sowie um das Honorar für das Quartal III/13. Der Kl. ist als Radiologe zugelassen und in Einzelpraxis tätig. *SG Hamburg*, Urt. v. 29.01.2019 - S 3 KA 80/14 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

#### 6. Anpassung des Individuellen Leistungsbudgets (KV Hamburg)

a) Geringe Unterschreitungen der Vergütungsquote der Fachgruppe

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

**RID 21-03-6**

juris  
**SGB V § 87b**

Die Auffassung der Vorinstanz, dass bei allenfalls **geringen Unterschreitungen** der **Vergütungsquote** der Fachgruppe eine Anpassung des Individuellen Leistungsbudgets aus Gründen der Sicherstellung nicht in Betracht kommt, ist nicht zu beanstanden.

Die Beteiligten streiten um die Honorarvergütung für die Quartale III/14 bis I/15 u. III/15 bis I/16. Die Kl. ist eine BAG einer Fachärztin für HNO sowie Phoniatrie und Pädaudiologie und einer Fachärztin für HNO. *SG Hamburg*, Urt. v. 30.01.2019 - S 27 KA 27/16 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

b) Außergewöhnlicher Grund/Fallzahlsteigerung

**LSG Hamburg, Urteil v. 02.06.2021 - L 5 KA 10/18**

**RID 21-03-7**

juris  
**SGB V § 87b**

Für die **Anpassung des Individuellen Leistungsbudgets (ILB)** nach dem HVM der KV Hamburg muss eine **Kausalität** zwischen dem **außergewöhnlichen Grund** und dem außergewöhnlich niedrigen

ILB bestehen. Eine Anpassung aufgrund vorheriger Tätigkeit in abhängiger Beschäftigung ist im HVM nicht vorgesehen und wäre auch systemfremd.

Der bloße Umstand einer **Fallzahlsteigerung** vermag per se keine ILB-Anpassung aus Sicherstellungsgründen rechtfertigen; er führt (lediglich) zu einer Erhöhung des ILB im entsprechenden Quartal des Folgejahres.

Der Kl. war zunächst bis 31.03.2013 als angestellter Arzt in der Praxis des Dr. E. in H.-W. tätig. Seit April 2013 ist er als Arzt für Allgemeinmedizin in H.-H1 zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Er beehrte erfolglos die Anpassung seines Individuellen Leistungsbudgets für die Quartale IV/13 bis II/14 u. IV/14. Das arztbezogene ILB wird als relativer Anteil des Arztes am Leistungsbedarf seiner Arztgruppe im Vorjahresquartal errechnet, multipliziert mit dem Arztgruppenkontingent, wobei eine Vergütung von mindestens 95% der Honorarauszahlung des Arztes im Vorjahresquartal erreicht werden soll. In einer Anfangsphase von 12 Quartalen wird das arztgruppendurchschnittliche ILB herangezogen, wenn das ILB des Praxisvorgängers unter dem Durchschnitt der Arztgruppe liegt. *SG Hamburg*, Urt. v. 26.09.2018 - S 27 KA 140/16 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

## 7. Akupunkturleistungen und hausärztliche Vorhaltepauschale

**LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 17.02.2021 - L 11 KA 50/19**

**RID 21-03-8**

juris  
SGB V §§ 87, 87b; GG Art. 3

Nach der **Leistungslegende** der GOP 03040 EBM (Zusatzpauschale zu den GOP 03000 und 03030 für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrags gemäß § 73 Abs. 1 SGB V) ist diese GOP im Behandlungsfall u.a. **nicht** neben den GOP des Abschnitts 30.7 des EBM **berechnungsfähig** und damit nicht neben den GOP 30790 (Eingangsdiagnostik und Abschlussuntersuchung zur Behandlung mittels Körperakupunktur) und 30791 (Durchführung einer Körperakupunktur) des EBM. Der **Bewertungsausschuss** hat weder seinen Entscheidungsspielraum überschritten noch seine Bewertungskompetenz missbräuchlich ausgenutzt.

*SG Dortmund*, Urt. v. 03.07.2019 - S 52 KA 28/16 - verpflichtete die Bekl., für die Quartale IV/13, III/14 u. II/15 dem Kl. weiteres Honorar für die Geltendmachung der Ziff. 03040 neben der Geltendmachung der Ziff. 30790 und 30791 zu gewähren, das *LSG* wies die Klage ab.

## 8. Korrektur früherer Honorarbescheide

**LSG Hamburg, Urteil v. 02.06.2021 - L 5 KA 4/19**

**RID 21-03-9**

juris  
SGB X § 44 II

Die **Korrektur früherer Honorarbescheide** gem. § 44 II 2 SGB X - mit der Folge von Nachvergütungen für vergangene Quartale - führt zur Abweichung von dem aus § 85 I 1 i.V.m. IV 1 Halbs. 1 SGB V abzuleitenden Gebot, dass die Gesamtvergütungen an diejenigen Ärzte zu verteilen sind, die in diesem Quartal an der vertragsärztlichen Versorgung teilgenommen haben. Eine **Ausübung des Ermessens** nach § 44 II 2 SGB X dahingehend, dass eine Bescheidkorrektur - und also auch die Gewährung von Nachvergütungen - abgelehnt wird, ist im Regelfall nicht zu beanstanden. Ein **atypischer Fall** kann etwa dann in Betracht kommen, wenn die KV Einfluss auf ihre Mitglieder ausübt, von der Einlegung von Rechtsbehelfen abzusehen, oder sie gegenüber Berufsverbänden ankündigt, die Rechtmäßigkeit der Honorierung unabhängig von der individuellen Widerspruchseinlegung zu überprüfen (BSG, Urt. v. 17.09.2008 - B 6 KA 28/07 R - BSGE 101, 235 = SozR 4-1300 § 44 Nr. 17).

Der Kl., Facharzt für Chirurgie, beehrte im Wege eines Überprüfungsverfahrens die Änderung der Honorarbescheide für die Quartale I/07 bis IV/08 sowie die Zahlung eines zusätzlichen Honorars in Höhe von 46.249,05 € für Leistungen des ambulanten Operierens. *SG Hamburg*, Urt. v. 30.01.2019 - S 27 KA 213/16 WA - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

## 9. Kein Vertrauensschutz für Akontozahlungen

LSG Hamburg, Urteil v. 02.06.2021 - L 5 KA 3/19

RID 21-03-10

*Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 23/21 B*

juris

SGB V § 87b; BGB §§ 812 I, 818 II

Dass die **Akontozahlungen** sowohl zeitlich als auch der Höhe nach **außerhalb der monatlichen Abschläge** und auch außerhalb der üblichen Honorarzahlungen lagen und im Übrigen außerhalb der nach den Honorarbescheiden zustehenden Zahlungen erfolgten, war für den Arzt bei Anstellung aller einfachster Überlegungen ohne weiteres erkennbar. Die Summe war durch die Honorarbescheide im betreffenden Zeitraum nicht gedeckt und erfolgte bereits deshalb ohne Rechtsgrundlage. Es musste dem Arzt daher bei Anstellung aller einfachster Überlegungen klar sein, dass er die Beträge nur in dem Umfang würde behalten dürfen, in welchem am Ende der Vertragsverhandlungen sich die Honorare für Ambulantes Operieren oberhalb des EBM bewegten.

Das bloße in der Folge gut zweijährige Unterlassen der Rückforderung kann allein den Tatbestand der **Verwirkung** gleichfalls nicht erfüllen.

Der Kl. nimmt als Facharzt für Chirurgie an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Nach einer gerichtlichen Auseinandersetzung über die Vergütung ambulanter Operationsleistungen schloss die Bekl. mit den Gesamtvertragspartnern Vereinbarungen „zur Bereinigung offener Posten für die Jahre 2006 bis 2008“. Gegenstand dieser Vereinbarungen war auch die Abrechnung von Leistungen für das ambulante Operieren 2007 und 2008. Nach diesen Vereinbarungen erhielt die Bekl. wegen der Überschreitung des Ausgabevolumens keine weiteren Leistungen, sondern verpflichtete sich im Gegenteil zu Zahlungen an die Gesamtvertragspartner. Mit Bescheid vom April 2015 forderte die Bekl. 107.000 € Akontozahlungen von dem Kl. zurück und kündigte die Verrechnung an. *SG Hamburg*, Ur. v. 30.01.2019 - S 27 KA 1/16 - hob den angefochtenen Bescheid insoweit auf, wie 90.000 € vom Kl. zurückgefordert wurden, verpflichtete die Bekl., 90.000 € an den Kl. auszukehren und wies die Klage im Übrigen ab. Das *LSG* wies die Klage insgesamt ab und die Berufung des Kl. zurück.

## 10. Abrechnungs-Sammelerklärung in Papierform/Rückforderung der Notdienstpauschale

SG Marburg, Gerichtsbescheid v. 12.05.2021 - S 12 KA 422/20

RID 21-03-11

juris

SGB V § 75 Ib 1; Bereitschaftsdienstordnung KV Hessen; BMV-Ä § 35 II 3

**Leitsatz:** 1. Die Erklärung zur Quartalsabrechnung (**Abrechnungs-Sammelerklärung**) ist Teil der einzureichenden Abrechnungsunterlagen. Sie ist im Original, d.h. in **Papierform** einzureichen. Eine Einreichung per **Telefax** reicht nicht aus. Dies gilt auch für die Tätigkeit im Ärztlichen Bereitschaftsdienst durch Nichtvertragsärzte.

2. Der Anspruch eines Arztes, der am Notdienst der KV Hessen teilnimmt, auf die **Stundenpauschalen** setzt die Abrechnung des Arztes und den Erlass eines Honorarbescheids voraus. Die Vergütung erfolgt auf der Grundlage der Honorarabrechnung des Arztes, wobei die Stundenpauschale eine Mindest- bzw. Garantievergütung darstellt (vgl. bereits *SG Marburg*, Ur. v. 06.11.2019 - S 12 KA 319/18 - RID 19-04-22, juris, Berufung anhängig: *LSG Hessen* - L 4 KA 58/19 -).

Die Beteiligten streiten um die Frage, ob der Honoraranspruch für die Teilnahme am Ärztlichen Bereitschaftsdienst der Bekl. in Höhe von 2.338,16 € für das Quartal III/18 wegen verspäteter Einreichung der Abrechnungsunterlagen verwirkt ist und zurückgefordert werden kann. Das *SG* wies die Klage ab.

## II. Sachlich-rechnerische Richtigstellung

Nach *BSG*, Ur. v. 14.07.2021 - *B 6 KA 12/20 R* - ist eine KV an die Festsetzung der Jobsharing-Obergrenze des Wachstums der Praxis durch die Zulassungsgremien gebunden. Die maßgeblichen Anpassungsfaktoren hat die Bekl. zutreffend ermittelt. Die Einbeziehung der **belegärztlichen Leistungen** in die Ermittlung der Abrechnungswerte der Fachgruppe war nicht geboten, weil die Allgemeinärzte, die nicht belegärztlich tätig sind, die für die Kl. maßgebliche Fachgruppe bilden. Auch einer Berücksichtigung von Änderungen des EBMÄ zum 01.04.2005 und zum 01.01.2008 im Wege der von der Kl. begehrten **Transkodierung** bedurfte es nicht. **Vertrauensschutz** stand den sachlich-rechnerischen Berichtigungen nicht entgegen. Die Frist für den Erlass der Berichtigungsbescheide hat die Bekl. gewahrt und auch zu keinem Zeitpunkt bei der Kl. den Eindruck erweckt, sie müsse nicht mehr mit einer Korrektur rechnen. Vertrauensschutz ergibt sich auch nicht aus dem Umstand, dass die Bekl. die **Anpassungsfaktoren** erst mit den Berichtigungsbescheiden mitgeteilt hat. Der Kl. musste bewusst gewesen sein, wie deutlich sie jeweils die mit dem Jobsharing verbundenen

Obergrenzen überschritten hatte. Ergänzend weist der Senat darauf hin, dass er auch die Auffassung des LSG für richtig hält, dass die **Rückforderung** durch Multiplikation der für das jeweilige Quartal ermittelten Überschreitung der Obergrenze in Punkten mit dem **jeweiligen Quartalspunktwert** zu berechnen ist. Die Bildung eines Mischpunktwertes bezogen auf jeweils ein Jahr, wie sie die Beklagte ursprünglich für richtig gehalten hat, wird dem Quartalsbezug der vertragsärztlichen Abrechnung nicht gerecht.

Nach BSG, Urt. v. 26.05.2021 - B 6 KA 8/20 R - ist die hier umstrittene **Ergänzung** der Präambel 3.1. im hausärztlichen Versorgungsbereich des **EBM** um Nr. 10 Satz 3, wonach über das Punktzahlvolumen hinausgehende Gespräche gem. GOP 03230 nicht vergütet werden, nicht bereits mit der **Veröffentlichung** des entsprechenden Beschlusses vom 18.12.2013 auf der **Internetseite** des Instituts des Bewertungsausschusses am 20.12.2013 amtlich publiziert und damit wirksam geworden. Dies war erst mit der **Veröffentlichung im Deutschen Ärzteblatt** vom 24.01.2014 der Fall. § 87 VI 9 (jetzt: Satz 10) SGB V bestimmt, dass Beschlüsse des Bewertungsausschusses im Deutschen Ärzteblatt oder im Internet bekannt zu machen sind; falls die Bekanntmachung im Internet erfolgt, muss im Deutschen Ärzteblatt ein Hinweis auf die Fundstelle veröffentlicht werden. Diese Vorschrift ist so zu verstehen, dass erst mit der Veröffentlichung des vollen Textes oder zumindest des Hinweises im Deutschen Ärzteblatt der Beschluss des Bewertungsausschusses als bekannt gemacht gilt und damit wirksam wird. Der Gesetzgeber hat gerade nicht bestimmt, dass die Veröffentlichung auf der Internetseite des Bewertungsausschusses für sich schon als Bekanntgabe gilt. Der erst im Januar 2014 wirksam veröffentlichte Beschluss zu Nr 10 Satz 3 der Präambel 3.1. entfaltete damit **echte Rückwirkung** für das Quartal I/14. Hierzu war der Bewertungsausschuss **ausnahmsweise berechtigt**. Nach der Rspr. des BVerfG und des BSG ist die echte Rückwirkung von Normen in ganz engen Grenzen zulässig. Diese können insb. dann gewahrt sein, wenn die Betroffenen mit einer Änderung rechnen mussten, weil die Rechtslage unvollständig und/oder verworren war und sich daher ausnahmsweise kein Vertrauen auf den unveränderten Bestand der Rechtslage bilden konnte. Diese Voraussetzungen sind für das hier streitige Quartal I/14 erfüllt. Der Beschluss des Bewertungsausschusses über die **Bildung eines Punktzahlvolumens** für die Leistungen nach GOP 03230 EBM vom 27.06.2013 mit Wirkung zum 01.10.2013 war insofern **unvollständig**, als nicht bestimmt war, was mit Gesprächsleistungen geschehen sollte, die über das Volumen hinaus abgerechnet werden. Klar war jedoch immer, dass eine Abrechnung zum vollen Punktwert ausgeschlossen war, weil das mit dem Sinn eines Punktzahlvolumens für eine Einzelleistung unvereinbar ist. Es bestand nur die Wahl zwischen einer Abstaffelung und einem Ausschluss der Berechnung der über das Punktzahlvolumen hinausgehenden Gesprächsleistungen, wie er dann am 18.12.2013 beschlossen wurde. Mit diesem Beschluss hat der Bewertungsausschuss geklärt, was nach seiner Intention schon ab dem Quartal IV/13 gewollt, im Beschluss vom 27.06.2013 aber nur unvollständig formuliert worden war. Insofern enthält der Beschluss vom 18.12.2013 zwar keine reine Klarstellung eines missverständlichen Normtextes. Die zu seiner Umsetzung erforderliche Vervollständigung des Beschlusses durfte sich aber ausnahmsweise Rückwirkung beimessen. Nach BSG, Urt. v. 25.11.2020 - B 6 KA 14/19 R - SozR 4-2500 § 106a Nr. 27 ist der Zuschlag nach Nr 86516 des Anhangs 2 der Onkologie-Vereinbarung, der die „**intravasale zytostatische Tumortherapie**“ 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) Zeitliche Auffälligkeiten/Nachträglich angefertigte Dokumentationen

**SG München, Beschluss v. 28.04.2021 - S 38 KA 62/21 ER**

**RID 21-03-12**

juris  
**SGB V § 106d**

**Leitsatz:** I. Werden **zeitliche Auffälligkeiten** bei der Plausibilitätsprüfung festgestellt, ist es in erster Linie Aufgabe des **Vertragsarztes**, die von den Feststellungen ausgehende Indizwirkung zu **widerlegen**, insbesondere bei hohen Überschreitungen der Grenzwerte (vgl. BSG, Urt. v. 24.10.2018 - B 6 KA 42/17 R - BSGE 127, 43 = SozR 4-2500 § 106a Nr. 19).

II. Zweifel an der Prüfzeit können nicht damit begründet werden, es seien darin auch **delegationsfähige Leistungen** enthalten. Denn den Vertragsarzt trifft auch eine Aufsichts- und Überwachungspflicht für nichtärztliches Personal, die im Rahmen der Arbeitszeit des Vertragsarztes zu erbringen ist.

III. **Nachträglich angefertigte Dokumentationen**, vor allem solche, die nach einem langen Zeitraum erfolgen, werden dem Sinn und Zweck der Dokumentationen nicht gerecht. Wegen der zeitlichen Distanz können sie die erhobenen Diagnosen und stattgefundenen Therapien nur bedingt wiedergeben.

IV. Ein **Wechsel des Betriebssystems** ist nicht dazu geeignet, nicht korrekte und unvollständige Dokumentationen ärztlicher Leistungen zu erklären. Jeder Vertragsarzt muss dafür Sorge tragen, dass es nicht zu einem Datenverlust kommt. Insofern ist eine **Datensicherung** laufend vorzunehmen.

V. Das **Schätzungsermessen** im Rahmen der Plausibilitätsprüfung ist nicht deshalb fehlerhaft ausgeübt, wenn die Zusammensetzung des Patientengutes (Anteil der Privatpatienten) nicht berücksichtigt wird, weil es sich um eine individuelle Besonderheit handelt.

Mit dem Antragsverfahrens begehrte die Ast., eine Hautärztin, die aufschiebende Wirkung des Widerspruchs den einen Bescheid der KV (Ag.) v. 20.10.2020, in dem die Honorarbescheide für die Quartale II/16 bis I/20 zurückgenommen und neu festgesetzt und ein Betrag in Höhe von 753.014,36 € zurückgefordert wurde. Zur Begründung wurde ausgeführt, die Ast. habe gegen den Grundsatz der peinlich genauen Abrechnung verstoßen. Es sei eine **auffällig hohe Stundenzahl** in sämtlichen Quartalen festgestellt worden, d.h. mehr als 780 Stunden im Quartal, sowie Tageszeitüberschreitungen (mehr als 12 Stunden pro Tag). So habe die Zeitprüfung ergeben, dass die Vertragsärztin in den Quartalen II/16 bis I/20 zwischen 1.179,43 Stunden und 1.396,17 Stunden tätig gewesen sei. Außerdem sei eine **extrem hohe Fallzahl**, teilweise über 150 % Abweichung zur Prüfgruppe, festgestellt worden. Hinzu kämen Auffälligkeiten bei mehreren Gebührenordnungspositionen (GOP 02301, 02312, 02313, 30110, 30111, 30430, 31101, 31102, 31232, 32151, 32426, 32427 und 32688). Das **SG** wies den Antrag auf Anordnung der aufschiebenden Wirkung des Widerspruchs ab.

b) Prüfung unterhalb des Aufgreifkriteriums von 20 % gemeinsamer Patienten/Anästhesisten

**LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 09.06.2021 - L 7 KA 13/19**

**RID 21-03-13**

juris

**SGB V a.F. § 106a II 1; Ärzte-ZV § 32 I 2**

Ein Vertragsarzt kann nicht beanspruchen, ohne jegliche Beanstandung **gemeinsam** mit dem Praxisgemeinschaftspartner **Patienten** zu behandeln, so lange das **Aufgreifkriterium** nicht erreicht ist (vgl. LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 25.01.2017 - L 3 KA 16/14 - juris Rn. 28). Auf das Erreichen eines bestimmten prozentualen Anteils identischer Patienten kommt es nicht an, wenn im Einzelfall nach Art einer BAG agiert und nur nach außen hin der Eindruck erweckt wird, es handele sich um eine Praxisgemeinschaft. Über § 11 II ARL soll nicht geregelt werden, dass der Vorwurf des Missbrauchs der Kooperationsform bis zu einer Patientenidentität von 19,99 % überhaupt nicht greifen kann. Es handelt sich um ein Aufgreifkriterium und nicht ein Ausschlusskriterium für jegliche Beanstandung. Es ist auch dann eine Abrechnungsprüfung durchzuführen ist, wenn konkrete Hinweise und Verdachtsmomente vorliegen.

Eine **Prüfung unterhalb des Aufgreifkriteriums von 20 % gemeinsamer Patienten** ist dann nicht zu beanstanden, wenn jeder einzelne gemeinsame Behandlungsfall überprüft wird. Bloße Stichprobenprüfungen sind bei einer anlassbezogenen Prüfung nach § 20 ARL nicht möglich. Dieses Erfordernis beruht auf dem Umstand, dass die Beweislast für eine Falschabrechnung bei der anlassbezogenen Prüfung nach § 20 ARL hinsichtlich jedes einzelnen Falles bei der KV liegt.

**Anästhesisten** einer Praxisgemeinschaft können die Voruntersuchung und die Narkose im Regelfall nicht unter sich aufteilen. Es liegt keine **Vertretung** i.S. eines „Praxisvertreters“ nach § 32 I 2 Ärzte-ZV vor. Für Anästhesisten gelten die gleichen Vertretungsregelungen wie für die übrigen Vertragsärzte.

Eine **Kooperation** mit einem anderen Anästhesisten, der auch kurzfristig einspringen und die jeweiligen Behandlungen übernehmen kann, ist sinnvoll und durchaus im Interesse der Patienten. Für ein solches kurzfristiges Einspringen außerhalb der Vertretungsgründe nach § 32 I 2 Ärzte-ZV steht aber gerade nicht die Organisationsform der Praxisgemeinschaft, sondern nur die der BAG zur Verfügung.

Die Kl. ist Fachärztin für Anästhesiologie und nimmt seit 1989 in einer Einzelpraxis an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Im streitigen Zeitraum I/10 bis IV/12 betrieb sie eine Praxisgemeinschaft mit dem Facharzt für Anästhesiologie Dr. A S in Form der gemeinsamen Nutzung von Operationsräumen, die sich im ambulanten Operationszentrum am S-G-Krankenhaus befinden. Die Bekl. nahm eine sachlich-rechnerische Richtigstellung zunächst für die Quartale II/10, IV/11, II/12 und IV/12 vor und kürzte das Honorar der Kl. aufgrund einer Plausibilitätsprüfung wegen identischer Patientenanteile zwischen 25 % und 31,25 % um insgesamt 7.268,89 € (7.146,56 €). Dies nahm sie zum Anlass für eine weitere Kürzung für die übrigen Quartale. **SG Berlin**, Urt. v. 06.02.2019 - S 79 KA 3007/15 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

c) Abrechnung ohne Einteilung zum Notdienst/Vorabereinbarung von Versichertenkarten

**SG Marburg, Gerichtsbescheid v. 21.05.2021 - S 12 KA 315/19, S 12 KA 316/19** RID 21-03-14

juris  
SGB V a.F. § 106a

**Leitsatz:** 1. Mit der **Sammelerklärung** wird erklärt, alle Leistungen ordnungsgemäß abgerechnet zu haben. Die **Abrechnung** von Leistungen an Tagen, an denen **keine Tätigkeit** vorliegt, erfüllt den objektiven Betrugstatbestand. Es steht nicht im Belieben eines Vertragsarztes, Leistungen abzurechnen und ggf. dann die Absetzung dieser Leistungen hinzunehmen. Es handelt sich nicht um Fälle einer Verkennung der Leistungslegende oder um Zweifel bei der Auslegung von Abrechnungsnormen, sondern um eine von vornherein und vollständig falsche Abrechnung.

2. Es gibt keinerlei Grund, insb. nicht im **Ärztlichen Bereitschaftsdienst** der Kassenärztlichen Vereinigung, **Versichertenkarten** vor oder unabhängig von einer konkret anstehenden Behandlung **einzulesen**.

Die Beteiligten streiten um Honorarrückforderungen in Höhe von insgesamt 138.954,72 € aufgrund von patientenbezogenen und ergänzenden Plausibilitätsprüfungen der ÄBD-Honorarabrechnungen der sieben Quartale I/12 bis III/13 im verschiedenen ÄBD-Bezirken. Das **SG** wies die Klagen ab.

d) Verfahrenseinstellung und erneute Plausibilitätsprüfung/Patientenidentität im Notdienst

**SG Marburg, Gerichtsbescheid v. 28.05.2021 - S 12 KA 314/19**

RID 21-03-15

juris  
SGB V a.F. § 106a

**Leitsatz:** 1. Nach **Einstellung eines Verfahrens** zur zeitbezogenen Plausibilitätsprüfung kann eine **Plausibilitätsprüfung** wegen gemeinsamer Patienten mit der Abrechnung eines anderen Arztes durchgeführt werden. Vertrauensschutzgesichtspunkte stehen dem nicht entgegen. Die Mitteilung der Einstellung eines eingeleiteten Verwaltungsverfahrens beinhaltet keine nach außen gerichtete Regelung i.S.d. § 31 Satz 1 SGB X (vgl. VG Würzburg, Urt. v. 24.11.2020 - W 4 K 18.500 - juris Rn. 22).

2. Bei einer Plausibilitätsprüfung wegen gemeinsamer Patienten einer Vertragsarztpraxis mit der Abrechnung eines Arztes im **Ärztlichen Bereitschaftsdienst** der Kassenärztlichen Vereinigung besteht eine Abrechnungsauffälligkeit nicht erst bei einer **Patientenidentität** von 20 %, sondern wesentlich darunter.

Die Beteiligten streiten über die Rechtmäßigkeit der Rückforderung aus einer patientenbezogenen sowie ergänzenden Plausibilitätsprüfung bzgl. der sechs Quartale II/12 bis III/13 in Höhe von 147.405,38 €. Das **SG** wies die Klage ab.

**2. Fortbildungsverpflichtung: Keine Ansammlung von Fortbildungspunkten aus der Vergangenheit**

**LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 17.02.2021 - L 11 KA 47/19**

RID 21-03-16

juris  
SGB V § 95d

Die Frist nach § 95d III 3 SGB V ist eine gesetzliche **Ausschlussfrist**. Eine **Wiedereinsetzung** in den vorigen Stand ist ausgeschlossen.

Die vertragsärztliche Fortbildungsverpflichtung soll gerade nicht im Widerspruch zur berufsrechtlichen Fortbildungsverpflichtung stehen, da sie durch die **berufsrechtlichen Fortbildungsnachweise** ausgefüllt und somit die landesrechtliche Kompetenz zur inhaltlichen Ausgestaltung berufsrechtlicher Tatbestände beachtet wird.

Die Löschung „alter Punkte“ entspricht dem Sinn und Zweck der Fortbildungspflicht für Ärzte, eine kontinuierliche, auf dem neuesten wissenschaftlichen Stand beruhende Weiterbildung der tätigen Ärzte sicherzustellen. Eine **Ansammlung von Fortbildungspunkten** aus der **Vergangenheit** ist damit nicht vereinbar. Nach § 95d III SGB V ist eine „Gutschrift“ bzw. ein „Ansameln“ von Punkten aus einem außerhalb der Fünfjahresfrist liegenden Zeitraum ausgeschlossen.

*SG Dortmund*, Urt. v. 15.05.2019 - S 16 KA 122/16 - hob die angefochtenen Bescheide teilweise auf und wies die Klage im Übrigen (für die Quartale aus 2014) ab, das *LSG* wies auf Berufung der Bekl. die Klage ab.

### 3. Nr. 31102 EBM (Dermatochirurgischer Eingriff): Wirksamkeit/Bilddokumentation

**LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 21.10.2020 - L 11 KA 24/18**

**RID 21-03-17**

SGB V a.F. § 106a

Die **Nr. 31102 EBM** regelt die berechnungsfähigen Leistungen für dermatochirurgische Eingriffe der Kategorie A2. Die Berechnung dermatochirurgischer Eingriffe setzt nach der Präambel zum Kapitel 31.2.2 EBM die obligate histologische Untersuchung entnommenen Materials und/oder eine des prä- und postoperativen Befundes voraus. Der Inhalt der Leistungslegende der berechtigten Gebührenpositionen einschließlich der in der Präambel normierten Abrechnungsvorgabe ist **wirksam**. Kopien von Fotos, die mit der privaten Kameras des Arztes angefertigt und zwischenzeitlich gelöscht worden sind und die keine ausreichenden dokumentarischen Angaben enthalten, sind keine **Bilddokumentation** i.S. der Nr. 31102 EBM.

Die kl. ehemalige BAG dreier Fachärzte für Urologie wendet sich gegen eine nachgehende sachlich-rechnerische Richtigstellung der Honorarabrechnungen für die Abrechnungsquartale I/11 bis IV/14 in Höhe von 138.748,77 € In der mdl. Verhandlung vor dem SG reduzierte die Bekl. die Berichtigung auf 100.000 € *SG Düsseldorf*, Urt. v. 31.01.2018 - S 2 KA 336/15 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

### 4. Parenterale intravasale Behandlung

**LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 28.04.2021 - L 5 KA 1986/18**

**RID 21-03-18**

SGB V a.F. § 106a

**Leitsatz:** Der Leistungsinhalt des 1. Spiegelstrichs der GOP 01510 EBM ist auch erfüllt, wenn vom Vertragsarzt mittels Kathetersystem Infusionen von Opiaten oder Benzodiazepin zur Analgesiesedierung sowie Infusionen zur Kreislaufstabilisierung verabreicht werden. Dem Wortlaut ist nicht zu entnehmen, dass die **parenterale intravasale Behandlung** der (unmittelbaren) Behandlung der Krebserkrankung dienen muss. Raum für eine systematische Interpretation besteht nicht.

Die Kl. ist eine BAG mit zwei Fachärzten für Innere Medizin, Hämatologie und Onkologie. Die Bekl. wandelte u.a. für die Quartale II/11 bis IV/14 die GOP 01510 EBM (Zusatzpauschalen für Beobachtung und Betreuung, Dauer mehr als 2 Stunden, 1.420 Punkte) in die GOP 02100 EBM (Infusion, 160 Punkte) (insgesamt 326-mal) um, weil die abgerechneten Überwachungszeiten im Zusammenhang mit Knochenmarks- und Entlastungspunktionen nicht nach GOP 01510 EBM berechnungsfähig seien, da diese nicht Bestandteil des Leistungsinhaltes seien. Nur bei Beobachtung und Betreuung eines Patienten nach einer Punktion an Niere, Leber, Milz oder Pankreas könne diese GOP abgerechnet werden. *SG Stuttgart*, Urt. v. 23.04.2018 - S 5 KA 1184/16 - wies die Klage ab, das *LSG* hob den angefochtenen Bescheid auf.

### 5. Behandlung von Hämorrhoidalalleiden mittels minimalinvasiver Laserchirurgie

**LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 28.04.2021 - L 5 KA 4247/18**

**RID 21-03-19**

*Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 20/21 B*

juris

SGB V a.F. § 106a

**Leitsatz:** Die **Behandlung von Hämorrhoidalalleiden** des Vertragsarztes mittels **minimalinvasiver Laserchirurgie**, bei der die Lasersonde submukös an das erkrankte Gewebe herangeführt und durch Freigabe der Laserenergie das Gewebe lokal begrenzt hochfokussiert koaguliert und/oder durch Dosierung der Gesamtenergie durchtrennt wird, wobei in dem Verfahren jenseits der linea dentata nach kaudal vorgegangen wird, erfüllt nach dem Wortlaut sowohl die **GOP 31173 EBM** als auch die **GOP 31175 EBM**. Nach der damit vorzunehmenden systematischen Interpretation ergibt eine **Gesamtschau des EBM** nebst Anhang 2 mit der Systematik des OPS, dass der OPS 5-493.2 und damit die GOP 31173 EBM für die operative Behandlung von Hämorrhoiden spezieller ist als der OPS 5-482.10 bzw. die diesem zugeordnete GOP 31175 EBM.

Der Kl. ist Facharzt für Chirurgie, Gefäßchirurgie, Viszeralchirurgie und Proktologie und führt ambulante proktologische Operationen durch. Die Bekl. berichtigte die vom Kl. abgerechnete GOP 31175 EBM in die GOP 31173 EBM sowie die damit in Verbindung stehenden GOP 31175/K EBM in die GOP 31173/K EBM und die

GOP 31506 EBM und GOP 31627 EBM jeweils in die GOP 31505 EBM bzw. 31625 EBM für die Quartale II bis IV/13. Hieraus ergab sich insgesamt ein Berichtigungsbetrag von 106.653,11 € *SG Stuttgart*, Urt. v. 16.10.2018 - S 24 KA 1861/17 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

## 6. Zuschläge für Simultaneingriffe mit Haupteingriff der Kategorie 7 nach EBM

**LSG Bayern, Urteil v. 21.04.2021 - L 12 KA 11/19**

**RID 21-03-20**

*Revision anhängig: B 6 KA 8/21 R*

juris

**SGB V a.F. §§ 87 I, 106a**

Für eine Abrechnung der Zuschlagsregelungen der Nr. 31148 und 31828 des EBM 2008 für Simultaneingriffe bei einem Haupteingriff der Kategorie 7 ist die Überschreitung einer Schnitt-Naht-Zeit von 120 Minuten nach Nr. 4 der Präambel 2.1 des Anhangs 2 des EBM maßgeblich.

*SG München*, Urt. v. 18.12.2018 - S 43 KA 433/16 - hob den angefochtenen Bescheid insoweit auf, als die Bekl. die von der Kl. abgerechneten Zuschläge bei Simultaneingriffen mit Haupteingriff Kategorie 7 gestrichen hat, und verurteilte die Bekl. zur Nachvergütung der abgesetzten Leistungen. Das *LSG* wies die Klage ab.

## III. Genehmigung/Disziplinarrecht/Notdienst

Nach BSG, Urt. v. 14.07.2021 - **B 6 KA 15/20 R** - ist das Merkmal „**Erziehung von Kindern**“ i.S.d. § 32 II 2 Nr. 2 Ärzte-ZV so zu verstehen ist, dass „Kind“ in diesem Sinne jeder Mensch **bis zur Volljährigkeit** sein kann. Der Bekl. ist zuzugeben, dass nach der Zielsetzung des § 32 II 2 Nr. 2 Ärzte-ZV die Belastungen ausgeglichen werden sollen, die mit der Betreuung von Kindern gerade in deren ersten Lebensjahren verbunden sind. Eine Eingrenzung der Genehmigung einer Entlastungsassistenz auf die Zeit bis zur Vollendung des 8. Lebensjahres des Kindes - wie im BEEG geregelt - oder bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres - wie es die Bekl. im Anschluss an die generelle Abgrenzung von Kindern und Jugendlichen für richtig hält - ist in § 32 Ärzte-ZV jedoch nicht enthalten und kann ihr auch nicht im Wege der Auslegung entnommen werden. Es ist **Sache des Normgebers**, die Regelung einzuschränken, wenn er den Rahmen mit dem Eintritt der Volljährigkeit für zu weit gezogen hält. Nicht zu folgen vermag der Senat dem LSG allerdings dahin, dass die **Zeit von 36 Monaten**, für die eine Entlassungsassistenz genehmigt werden kann, unabhängig von der Zahl der Kinder zu verstehen ist. Auch eine als zu lang empfundene Zeitspanne (Vollendung des 18. Lebensjahres) kann aus systematischen Gründen nicht auf diese Weise in ihren Auswirkungen begrenzt werden. Einem Vertragsarzt muss die Möglichkeit des Einsatzes einer Entlastungsassistenz **für jedes Kind** zur Verfügung stehen; es wäre nicht vertretbar, einen Vertragsarzt, der 24 Monate für das erste Kind in Anspruch genommen hat, nach der - möglicherweise in größerem zeitlichen Abstand erfolgten - Geburt des zweiten und eventuell dritten Kindes darauf zu verweisen, nur noch insgesamt 12 Monate beanspruchen zu können. Der Grundsatz, dass die Dauer von 36 Monaten pro Kind zu verstehen ist, erfährt nur dadurch eine Einschränkung, dass Zeiten der Assistenz, in denen **mehrere Kinder gleichzeitig erzogen** werden, nicht fiktiv allein einem Kind zugeordnet werden können: Wird das zweite Kind geboren, bevor 36 Monate für das erste Kind in Anspruch genommen wurden, stehen dem Elternteil danach noch einmal 36 Monate für das zweite Kind zu, nicht aber 36 Monate zuzüglich der „unverbrauchten“ Monate für das erste Kind. Denn in § 32 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 ist von „Kindern“ die Rede, sodass für die parallele Erziehung von zwei oder mehr Kindern der Genehmigungsanspruch nur einmal besteht.

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 **Bundemantelverträge**, 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. Belegarztanerkennung: Residenzpflicht

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 28.04.2021 - L 5 KA 3706/18

RID 21-03-21

juris  
SGB V § 121 II; BMV-Ä § 39 V Nr. 3

**Leitsatz:** Die **Anerkennung** als **Belegarzt** erfordert, dass die Belegklinik sowohl **vom Praxissitz** als auch von der **Hauptwohnung** innerhalb von 30 Minuten typischerweise erreicht werden kann. Dass der Arzt mit einem anderen Vertragsarzt **kooperativ** im Rahmen seiner Tätigkeit als Belegarzt zusammenarbeiten will, rechtfertigt keine andere Beurteilung.

Die Beteiligten streiten über die Anerkennung des Kl., eines 1969 geb. und bisher nicht zur vertragsärztlichen Tätigkeit zugelassenen Facharztes für Plastische Chirurgie, Handchirurgie, Sportmedizin, als Belegarzt an der Klinik E. Der Kl. hat einen Erstwohnsitz in D (Entfernung zur Klinik E: 45 km; Wegezeit: 41 bis 44 Minuten) und seit dem Nov. 2015 einen Zweitwohnsitz in H. Er betreibt zusammen mit dem Facharzt für Plastische Chirurgie C, der bereits seit dem Jahr 2010 als Belegarzt in der Klinik E im Bereich der klassischen Chirurgie tätig und als Vertragsarzt zugelassen ist, eine Praxis in H in unmittelbarer Nähe zur Klinik E. Zudem ist der Kl. an dem E.1 Krankenhaus D (Entfernung zur Klinik E: 43 km; Wegezeit: 41 Minuten) vier Stunden pro Woche und bei Bedarf auch an der Thorax Klinik H honorarärztlich tätig. In D operiert er regelmäßig mittwochs. *SG Stuttgart*, Urt. v. 26.09.2018 - S 5 KA 1940/17 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

## 2. Disziplinarrecht: Ablehnung einer Kassenbehandlung und Privatliquidation

SG München, Urteil v. 23.04.2021 - S 28 KA 116/18

RID 21-03-22

juris  
SGB V §§ 13 II, 81 V, 128 Va; BMV-Ä § 13 VII

**Leitsatz:** Die Weigerung eines Vertragsarztes, eine Versicherte wegen **kapazitätsmäßiger Überlastung** als Kassenpatientin zu behandeln und die stattdessen am selben Tag erfolgende **Behandlung** der Versicherten **aufgrund Privatliquidation** stellen einen Verstoß gegen das Sachleistungsprinzip sowie gegen die Vorschrift des § 128 Abs. 5a SGB V dar.

Der Kl. ist Facharzt für Augenheilkunde und war vom 01.07.2015 bis 31.12.2015 in Einzelpraxis zugelassen. Seit dem 01.01.2016 ist er als angestellter Arzt im M. MVZ tätig. Die Bekl. verhängte gegen den Kl. eine Geldbuße i.H.v. 2.500 €. Der Kl. habe gegen das in § 13 II SGB V normierte Sachleistungsprinzip verstoßen, da er von einer Patientin eine private Liquidation von augenärztlichen Leistungen verlangt habe, die jedoch Inhalt der vertragsärztlichen Versorgung gewesen seien. Vorliegend habe es sich um eine Notfall- bzw. akute Schmerzbehandlung gehandelt, deren Verweigerung auch bei Erreichen von Kapazitätsgrenzen als pflichtwidrig zu bewerten sei. Der Kl. habe selbst ausgeführt, dass er ohne die Unterzeichnung der Selbstzahler-Erklärung eine Behandlung der Patientin nicht vorgenommen hätte. Im Abhängigmachen der Behandlung von der Kostenübernahme als Selbstzahler habe der Kl. gegen das Sach- und Dienstleistungsprinzip verstoßen. Des Weiteren habe der Kl. trotz der verlangten Privatliquidation zusätzlich für die Behandlung der Patientin die Grundpauschale (GOP 06212 EBM) und einen kleinchirurgischen Eingriff (GOP 02301 EBM) über die Versichertenkarte abgerechnet. Damit liege eine Doppelabrechnung vor, die nicht zulässig sei. In dem Urteil des Amtsgerichts sei nicht die Verletzung einer spezifisch vertragsärztlichen Pflicht geprüft worden. In dem Urteil sei ausdrücklich dargelegt worden, dass sich das Gericht bei seiner Entscheidungsfindung nicht in der Lage gesehen habe, definitiv nachzuprüfen, ob die erbrachten Leistungen auch kassenärztlich abrechenbare Leistungen gewesen seien. Das *SG* wies die Klage ab.

## IV. Wirtschaftlichkeitsprüfung/Arzneikostenregress

Nach BSG, Urt. v. 14.07.2021 - *B 6 KA 1/20 R* - wird ein Bescheid, der den Regressbetrag reduziert, **entsprechend § 96 SGG Gegenstand des Berufungsverfahrens**. Entgegen der Auffassung des LSG handelte es sich nicht um einen bloßen Ausführungsbescheid, weil der Bekl. damit nicht nur eine vorläufige, vom Ausgang des gerichtlichen Verfahrens abhängige, sondern **eine neue endgültige Regelung treffen wollte**. Das LSG hatte daher darüber erstinstanzlich „auf Klage“ zu entscheiden. Die Kl. hatte im Übrigen schon im damaligen Verfahren deutlich gemacht, dass sie diesen Bescheid keineswegs als Abhilfebescheid hinnehmen wolle, sodass es für eine (konkludente) Beschränkung des Streitgegenstands keine Grundlage gibt. Die Verpflichtung des LSG, über die Klage zu entscheiden, entfiel nicht mit der Rücknahme der Berufung durch den Bekl., auch wenn allein dieser Berufung eingelegt hatte. Die Kl. hatte keine Möglichkeit, gegen den Bescheid, der kraft Gesetzes Gegenstand des Berufungsverfahrens geworden war, gesondert Klage zu erheben. Die beim LSG anhängige Klage gegen diesen Bescheid konnte sich deshalb auch nicht dadurch erledigen, dass der Bekl. seine Berufung zurücknahm. Damit ist der Bescheid noch immer Gegenstand dieses Berufungsverfahrens. Die Klage ist im Übrigen auch deshalb unzulässig, weil das **Urteil des SG** - soweit es zu Lasten der Kl. ergangen ist - **rechtskräftig** wurde. Zwar hob das SG im Tenor den Bescheid des Bekl. auf, sodass sich auf den ersten Blick keine Beschwer der Kl. ergibt. In der Rspr. des Senats ist jedoch anerkannt, dass der kl. Arzt auch dann beschwert ist, wenn ein Gericht auf eine reine Anfechtungsklage einen Bescheid nicht

endgültig aufhebt, sondern die Verpflichtung (aber auch Berechtigung) des Beschwerdeausschusses ausspricht, eine neue Entscheidung zu treffen. Wenn der Arzt sich gegen die Maßgaben wendet, die das Gericht festgelegt hat, weil er entweder eine endgültige Aufhebung erstrebt oder zumindest für ihn günstigere Maßgaben erreichen will, muss er **seinerseits das Urteil angreifen**. Geschieht das nicht, wird das Urteil zu seinen Lasten rechtskräftig. Der Einwand der Kl., sie habe sich allein an Tenor und Kostenentscheidung des SG orientiert und deshalb keinen Anlass für ein Rechtsmittel gesehen, greift nicht durch. In der Rspr. aller obersten Gerichtshöfe des Bundes ist anerkannt, dass es je nach Streitgegenstand notwendig sein kann, zur Bestimmung der Reichweite der Rechtskraft neben dem Tenor die Entscheidungsgründe des Urteils heranzuziehen. Hier hat das SG - in Übereinstimmung mit der Rspr. des Senats zur Überprüfung von Bescheiden im Rahmen von Wirtschaftlichkeitsprüfungen - konkrete Maßgaben für die Neubescheidung formuliert.

Nach BSG, Urt. v. 26.05.2021 - **B 6 KA 7/20 R** - wird das **Schriftformerfordernis** des § 56 SGB X für einen **Vergleich** durch die **Protokollierung** durch den Vorsitzenden des **Beschwerdeausschusses** in dessen Sitzung gewahrt. In der Kommentarliteratur zu § 57 VwVfG, der wörtlich mit § 56 SGB X übereinstimmt, wird unwidersprochen die Auffassung vertreten, dass das für einen öffentlich-rechtlichen Vertrag geltende Schriftformerfordernis durch die Aufnahme des Vertragstextes zur Niederschrift der (vertragschließenden) Behörde gewahrt werden kann. Auch in den veröffentlichten Entscheidungen von Instanzgerichten zu § 57 VwVfG überwiegt diese Auffassung. Jedenfalls im **Bereich der Wirtschaftlichkeitsprüfung und der vertragsärztlichen Zulassung**, in dem die Entscheidung über Widersprüche bei paritätisch mit Vertretern der Ärzte und der Krankenkassen besetzten Gremien liegt, besteht kein Anlass, davon abzuweichen, wenn die Niederschrift - wie hier - in einem **formalisierten Verfahren** aufgenommen wird und inhaltlich den für die Protokollierung **in gerichtlichen Verfahren geltenden Anforderungen** (§ 162 Abs. 1 ZPO) genügt, wonach entsprechende Erklärungen **vorzulesen und zu genehmigen** sind. Damit wird den Beteiligten in ausreichender Weise deutlich gemacht, dass sie nunmehr rechtsverbindliche Erklärungen abgeben. Gründe, die den Kläger zur Anfechtung des Vertrags berechtigen würden, liegen hier ebenfalls nicht vor.

## 1. Verordnung von Cannabis ohne Genehmigung: Evtl. Kostendifferenz unbeachtlich

**SG Stuttgart, Gerichtsbescheid v. 02.06.2021 - S 4 KA 3885/20**

**RID 21-03-23**

juris  
**SGB V §§ 39 VI, 106c**

Nach § 31 VI 2 SGB V bedarf die Leistung bei der ersten Verordnung für einen Versicherten der nur in begründeten Ausnahmefällen abzulehnenden **Genehmigung** der Krankenkasse, die vor Beginn der Leistung zu erteilen ist. Die Erteilung der Genehmigung ist selbst in besonders eilbedürftigen Fällen nicht entbehrlich, sondern vor Beginn der Leistung zu erteilen. Auf ein Verschulden des Arztes kommt es nicht an. Es ist damit unerheblich, ob der Arzt nach den Verordnungsvorschlägen des Schmerztherapeuten davon ausging, dass die Formalitäten eingehalten worden seien.

Der durch eine unzulässige Arzneimittelverordnung eingetretene Schaden entfällt nicht dadurch, dass dieselben Kosten (oder gar höhere Kosten) bei rechtmäßiger anderweitiger Verordnung entstanden wären (BSG, Beschl. v. 02.04.2014 - B 6 KA 49/13 B - juris Rn. 5). Soweit § 106b II 1 SGB V in der ab dem 11.05.2019 geltenden Fassung die Nachforderung auf die **Differenz der Kosten** zwischen der wirtschaftlichen und der tatsächlich verordneten Leistung begrenzt, gilt dies nicht, wenn die Unwirtschaftlichkeit der Verordnung aus dem formellen Mangel der fehlenden Genehmigung folgt. Eine wirtschaftliche bzw. zulässige **Alternative** läge mithin in der **Verordnung nach Einholung einer Genehmigung**. Außerdem widerspricht es der ausdrücklichen Normierung der Genehmigungspflicht in § 31 VI 2 SGB V, in der Differenzberechnung gerade den vorzuwerfenden Verstoß auszublenden. Dementsprechend regelt § 3a I 4 der Rahmenvereinbarung nach § 106b II SGB V für die Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen v. 01.05.2020, zuletzt geändert am 05.10.2020, dass eine Kostendifferenz nur dann zu berücksichtigen ist, wenn die in Rede stehende Verordnung nicht bereits durch § 34 SGB V ausgeschlossen ist, was einem vergleichbaren Fall entspricht.

Der Kl., Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, wandte sich gegen einen Arzneimittelkostenregress infolge der Prüfung der Ordnungsweise im Einzelfall in den Quartalen IV/18 u. I/19 (2.888,29 €) sowie II/19 (4.174,20 €) bzgl. der Verordnung von Cannabisblüten. Das SG wies die Klage ab.

## 2. Ausschlussfrist auch bei Festsetzung einer Beratung

**LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 28.04.2021 - L 5 KA 2670/18**

**RID 21-03-24**

Revision anhängig: B 6 KA 6/21 R  
juris  
**SGB V a.F. § 106**

**Leitsatz:** Die **Ausschlussfrist** des § 106 Abs. 2 SGB V (in der vom 01.01.2008 bis 31.12.2016 geltenden Fassung) gilt nicht nur für die Festsetzung eines Regresses nach § 106 Abs. 5a Satz 3 SGB V a.F., sondern auch für die **Festsetzung einer Beratung** nach § 106 Abs. 5a Satz 1 SGB V a.F.

*SG Stuttgart*, Urt. v. 27.06.2018 - S 5 KA 2007/16 - hob den angefochtenen Bescheid auf, das *LSG* wies die Berufung des Bekl. zurück.

### 3. Bezug von Blutgerinnungsfaktoren direkt beim Hersteller/Großhändler

**LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 10.06.2020 - L 3 KA 54/16**

**RID 21-03-25**

juris

**SGB V 106; AMG § 47 I 1 Nr. 2**

Bei der Verordnung von Arzneimitteln ist das **Wirtschaftlichkeitsgebot** nicht allein bei der Auswahl der Präparate zu beachten, sondern auch dann, wenn es verschiedene **Bezugsmöglichkeiten** (entweder über die Apotheke oder direkt über den Hersteller/Großhändler) gibt (vgl. BSG, Urt. v. 13.05.2015 - B 6 KA 18/14 R - SozR 4-2500 § 106 Nr. 51 m.w.N.). **Blutgerinnungsfaktoren** können vom Arzt direkt beim Hersteller/Großhändler (wesentlich kostengünstiger als über eine Apotheke) bezogen werden. Das ergibt sich aus dem Wortlaut, der Entstehungsgeschichte sowie dem Sinn und Zweck der Regelung in § 47 I 1 Nr. 2a AMG.

Der Beigel. zu 1) ist Facharzt für Transfusionsmedizin und Einzelunternehmer des MVZ I. Für das MVZ verordnete er im Quartal I/09 für drei der bei der kl. Krankenkasse versicherten Mitglieder Blutgerinnungsfaktoren (Kogenate®, Haemate®, Wilate®) i.H.v. 243.884,07 €(brutto). Der Bekl. lehnte die Festsetzung eines Regresses ab. *SG Hannover*, Urt. v. 27.04.2016 wies die Klage ab, das *LSG* verurteilte den Bekl., über den von der kl. Krankenkasse am 30.03.2011 beantragten Regress wegen der Verordnung von Blutgerinnungsfaktoren unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats neu zu entscheiden. *BSG*, Beschl. v. 17.03.2021 - B 6 KA 20/20 B - RID 21-03-44 wies die Nichtzulassungsbeschwerde zurück.

### V. 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 Regelungsinention 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 Bekl. 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 entsperrt werden können, da weiterhin Überversorgung bestand.

Nach BSG, Urt. v. 27.01.2021 - **B 6 KA 27/19 R** - SozR 4-2500 § 103 Nr. 31 steht einer unmittelbaren Anwendung des § 37 I 2 BedarfspIRL a.F., wonach die für die **Sonderbedarfszulassung** geltenden Beschränkungen endeten, wenn der

Landesausschuss für den entsprechenden Planungsbereich feststellt, dass eine Überversorgung gemäß § 103 I u. 3 SGB V nicht mehr besteht, entgegen, dass der Landesausschuss keine Feststellung getroffen hatte, dass Überversorgung nicht mehr besteht, sondern allein festgestellt hat, dass die 20%-Quote nach § 103 IV 5 SGB V für Psychotherapeuten, die ausschließlich Kinder und Jugendliche behandeln, nicht ausgeschöpft war. Ob § 37 I 2 BedarfspRL 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 BedarfspRL - anders als § 26 BedarfspRL - 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. Sonderbedarfszulassung

a) Keine Nachbesetzung einer Anstellung im Umfang eines Viertelversorgungsauftrags

**LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 28.04.2021 - L 5 KA 184/18**

**RID 21-03-26**

*Revision anhängig: B 6 KA 7/21 R*

juris

**SGB V §§ 72, 101 I 1 Nr. 3, 103 IVa 3; Bedarfpl-RL §§ 36, 37, 53**

**Leitsatz:** Keine Genehmigung der Anstellung einer angestellten Ärztin in einem MVZ durch **Sonderbedarfsfeststellung** in einem Umfang von 10 Wochenarbeitsstunden (**Anrechnungsfaktor 0,25**).

Dem kl. MVZ wurde ab 2014 im Rahmen einer Sonderbedarfsfeststellung (lokaler Sonderbedarf) die Genehmigung zur Ganztagsanstellung des zu 8) beigel. M1, Facharzt für Strahlentherapie, im Umfang von 31 Wochenstunden (Anrechnungsfaktor 1,0) auf unbefristete Zeit erteilt. Mit Antrag vom Mai begehrte die Kl. die Genehmigung der Anstellung der zu 7) beigel. F im Sonderbedarf in einem Umfang von 10 Stunden pro Woche (Anrechnungsfaktor 0,25) und hilfsweise eine Anstellung im Sonderbedarf im Umfang von 20 Stunden pro Woche (Anrechnungsfaktor 0,5), jeweils unter entsprechender Reduzierung des Anrechnungsfaktors des Beigel. zu 8). Der Zulassungsausschuss lehnte den Hauptantrag ab und gab dem Hilfsantrag statt. Der Widerspruch blieb erfolglos. *SG Stuttgart*, Ur. v. 28.11.2017 - S 5 KA 5488/16 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

b) Anordnung der sofortigen Vollziehung: Öffentliches und Beteiligteninteresse/Streitwert

**LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 31.05.2021 - L 11 KA 27/20 B ER**

**RID 21-03-27**

juris

**SGB V §§ 101 I 2 Nr. 3; SGG § 86b I 1 Nr. 1; BedarfspRL §§ 36, 37**

In dem Umfang der **Rechtskraft des Urteils**, das den Berufungsausschuss zu einer erneuten Bescheidung unter Beachtung der Rechtserfassung des Gerichts verpflichtet, ist die gerichtliche Prüfungskompetenz im nachfolgenden Klageverfahren beschränkt (BSG, Ur. v. 27.06.2007 - B 6 KA 27/06 R - SozR 4-1500 § 141 Nr. 1).

Die **Sachverhaltsermittlungen** dürfen sich nicht in Befragungen der im Einzugsbereich tätigen Vertragsärzte erschöpfen. Wenngleich sich insoweit nach gegenwärtiger Beurteilung beachtliche Defizite nicht aufdrängen, bedarf es einer abschließenden Entscheidung im Hauptsacheverfahren, ob die Feststellungen des Ag. diesen Anforderungen genügen.

Im **öffentlichen Interesse** ist die **Anordnung der sofortigen Vollziehung** einer **Sonderbedarfszulassung** geboten, wenn sich auch unter Berücksichtigung aller Versorgungsangebote eine **Versorgungslücke** nicht einmal für eine Übergangszeit zwischen der Zulassungsentscheidung und dem Eintritt der Bestandskraft überbrücken lässt (so auch LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 19.05.2016 - L 7 LA 51/15 B ER - juris Rn. 6, RID 16-03-60).

Soweit ein Dritter - wie hier die KV - im Klageverfahren geltend macht, durch den gegenüber dem Begünstigten erlassenen Verwaltungsakt beschwert zu sein, ist für die gerichtliche Entscheidung maßgeblich, ob die sofortige Vollziehung geboten ist, um den Eintritt schwerer und unzumutbarer, anders nicht abwendbarer **Nachteile für den Begünstigten** zu vermeiden, oder ob den **Belangen des anfechtenden Dritten** der Vorrang gebührt (BVerfG, Beschl. v. 12.12.2001 - 1 BvR 1571/00 - SozR 3-1500 § 97 Nr. 5, juris Rn. 8). Innerhalb dieses Abwägungsprozesses ist zwar auch Raum für die

Berücksichtigung des öffentlichen Interesses. Die gerichtliche Vollziehungsanordnung oder -aussetzung ist jedoch nicht an das Vorliegen eines öffentlichen Interesses gebunden, sondern kann auch im **überwiegenden Interesse eines Beteiligten** erfolgen, insb. wenn dieser von der ihm zugebilligten Rechtsposition überhaupt nur Gebrauch machen kann, wenn er kein Hauptsacheverfahren abwarten muss.

Der lediglich pauschale Hinweis, der **Verdienstaufschlag** sei erheblich, rechtfertigt - auch eingedenk der Gesamtdauer des Zulassungsverfahrens - ein überwiegendes Interesse nicht.

Bei Zulassungsstreitigkeiten sind für die **Streitwertfestsetzung** grundsätzlich die Einnahmen maßgeblich, die bei erlangter Zulassung zur vertragsärztlichen Tätigkeit innerhalb der nächsten drei Jahre unter Abzug der Praxiskosten zu erzielen sind. Zeitlicher Bemessungsfaktor für den Streitwert im Beschwerdeverfahren ist „**ein Jahr**“ (LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 23.10.2017 - L 11 KA 30/17 B ER - m.w.N., RID 18-02-41).

Die 1970 geb. Ast. ist approbierte Psychologische Psychotherapeutin. Sie beantragte erfolglos die Zulassung im Wege des Sonderbedarfs. SG Köln, Urte. v. 25.01.2019 verpflichtete den Ag. zur Neubescheidung. Der Ag. ließ die Ast. zu. Hiergegen erhob die Beigel. zu 5) (KV) Klage (Az.: S 40 KA 2/20). Auf Antrag der Ast. ordnete **SG Köln**, Beschl. v. 26.06.2020 - S 40 KA 8/20 ER - juris die sofortige Vollziehung der Zulassung an, das **LSG** lehnte auf die Beschwerde der Beigel. zu 5) den Antrag ab.

## 2. Zulassungsentziehung: Nichtausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit

**LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 28.04.2021 - L 5 KA 4289/18**

**RID 21-03-28**

*Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 24/21 B*

juris

**SGB V § 95 VI**

**Leitsatz:** Zur Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit gehört es, die an gesetzlich Versicherten erbrachten Leistungen gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung abzurechnen. Ohne Einreichung einer **Abrechnung** nimmt der Arzt nicht an der vertragsärztlichen Vergütung teil. Damit fehlt ein zentrales Element der vertragsärztlichen Tätigkeit, so dass ohne Weiteres von einer **Nichtausübung** ausgegangen werden kann. Eine Nichtausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit liegt auch dann vor, wenn die Anzahl der abgerechneten **Behandlungsfälle unter 10 %** des Fachgruppendurchschnitts liegt. Ein Verschulden des Zulassungsinhabers setzt der Zulassungsentzug nicht voraus.

Die 1952 geb. Kl. ist als praktische Ärztin und Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zuordnung zur hausärztlichen Versorgung zugelassen. Nach Nichtabrechnung bzw. Abrechnung geringer Fallzahlen in den Quartalen I, II und IV/12 stellte die KV einen Antrag auf Überprüfung der Zulassung. Der Zulassungsausschuss ordnete zunächst das Ruhen der Zulassung v. 20.11.2012 bis 31.08.2013 sowie eine Begutachtung der Kl. im Hinblick auf ihren Gesundheitszustand von Amts wegen an. Auch in den Quartalen IV/13 bis I/16 reichte die Kl. wegen von ihr angegebener technischer Reparaturprobleme/defektem Computersystem keine Abrechnungen ein. Mit Beschluss vom Juli 2015 entzog der Zulassungsausschuss der Kl. die vertragsärztliche Zulassung. Der Widerspruch blieb erfolglos. **SG Stuttgart**, Urte. v. 24.10.2018 - S 5 KA 7041/16 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

## 3. Ermächtigung der Außenstelle einer psychiatrischen Institutsambulanz

a) Zumutbare Wegstrecken zu vorhandener Außenstelle/Begleitperson

**LSG Rheinland-Pfalz, Urteil v. 19.11.2020 - L 5 KA 17/19**

**RID 21-03-29**

*Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 3/21 R*

juris

**SGB V § 118 IV**

Es kann kein **Bedarf** für eine **psychiatrische Institutsambulanz** mit der Begründung geltend gemacht werden, den **Bewohnern einer Wohneinrichtung**, die zuvor stationär behandelt wurden, sei die Wegstrecke zu den vorhandenen psychiatrischen Institutsambulanz mit nicht zumutbar, wenn es sich um Patienten handelt, die am Ort der Wohneinrichtung weder aufgewachsen sind noch dort am Arbeitsleben teilnehmen.

Die Versorgung der Patienten ist durch bereits bestehende psychiatrische Institutsambulanzen in einer Entfernung von 13,4 km bzw. 14,6 km sichergestellt, wenn dorthin eine gute Verkehrsanbindung besteht. Soweit zu den Zielen der Wohneinrichtung die Wiedereingliederung der Bewohner in das

gesellschaftliche Leben gehört, gehört hierzu auch die Nutzung des ÖPNV zumindest zu den psychiatrischen Institutsambulanzen, die nicht weiter als **25 km entfernt** sind. Ggf. ist eine **Begleitung** durch die in der Wohneinrichtung beschäftigten Fachkräfte oder einer anderweitigen Organisation der Versorgung zumutbar. Es kann auch erwartet werden, dass diese Fachkräfte den Bewohnern, soweit sie Hilfe bedürfen, bei der Beantragung einer Fahrkostenerstattung behilflich sind.

*SG Mainz*, Urt. v. 15.05.2019 - S 6 KA 373/16 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

b) Räumlichkeiten eines anderen Krankenhauses

**LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 26.05.2021 - L 3 KA 22/20**

**RID 21-03-30**

*Revision zugelassen*  
juris  
**SGB V § 118 IV**

**Leitsatz:** 1. Für die **Ermächtigung** der Außenstelle einer psychiatrischen Institutsambulanz in den **Räumlichkeiten eines anderen Krankenhauses** ist nicht erforderlich, dass dieses Krankenhaus im Krankenhausplan selbst als Standort einer psychiatrischen Abteilung ausgewiesen ist.

2. Zum Umfang der **Bedarfsprüfung** gemäß § 118 Abs. 4 SGB V.

*SG Hannover*, Urt. v. 12.02.2020 - S 20 KA 131/17 - verpflichtete den Bekl., über den Ermächtigungsantrag der Kl. unter Beachtung der Rechtsauffassung der Kammer erneut zu entscheiden, und wies im Übrigen die Klage ab. Das *LSG* wies die Berufung der Beigel. zu 1. und die Anschlussberufung der Kl. mit der Maßgabe zurück, dass der Bekl. verpflichtet wird, über den Ermächtigungsantrag der Kl. unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats erneut zu entscheiden.

## VI. Hochschulambulanzen/Verfahrensrecht

Nach BSG, Urt. v. 26.05.2021 - **B 6 KA 10/20 R** - greifen die Regelungen der **Abrechnungsprüfung** nach den §§ 106a a.F. und 106d n.F. SGB V auch in Fällen, in denen seitens des Vertragsarztes im Rahmen der Abrechnung von Leistungen aus einem Sozialversicherungsabkommen ein **falscher Kostenträger** - Leistungsaushilfe nach der VO (EG) 883/2004, z.T. fehlende Dokumentation - angegeben worden ist, weil die Behandlung der Patienten im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erfolgt ist. Nach der VO (EG) 883/2004 werden die Leistungsberechtigten vollständig in das Leistungssystem des aushelfenden Trägers - hier der kl. **Krankenkasse** - integriert und stehen den Versicherten in leistungsrechtlicher Hinsicht gleich. Diese Integration bestimmt auch den rechtlichen Rahmen für die Leistungserbringung. Davon gehen auch die Partner des BMV-Ä aus, indem sie in der Anlage 20 zum BMV-Ä nähere Regelungen zum Umfang des Anspruchs und zum Verfahren der Leistungsaushilfe getroffen haben. Dem Anspruch der Krankenkasse auf sachlich-rechnerische Berichtigung bzw. formelle Prüfung von Abrechnungen steht nicht entgegen, dass die bekl. KV gegenüber den Vertragsärzten und Krankenhäusern, von denen die betroffenen Patienten ambulant behandelt worden sind, wegen **Ablauf der Frist von (damals) vier Jahren** vermutlich keine Berichtigungen mehr vornehmen kann. Ein etwaiges Unterlassen der Beklagten, eine Hemmung der Ausschlussfrist durch Information der betroffenen Ärzte und Krankenhäuser über die Anträge der Klägerin herbeizuführen, kann nicht zu Lasten der Klägerin gehen.

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. Einstufung als Hochschulambulanz

LSG Bayern, Urteil v. 21.04.2021 - L 12 KA 37/20 KL

RID 21-03-31

Revision anhängig: B 6 KA 9/21 R

juris

SGB V §§ 117 I 1, 120 II, IV; KHG § 18a I

Ein **Ausnahmetatbestand zum Grundsatz der Beitragssatzstabilität** liegt vor, wenn eine signifikante **Änderung der Sach- oder Rechtslage** in Betracht kommt, hier die durch das Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung v. 16.07.2015 (VSG, BGBl. I, Seite 1211 ff.) erfolgte Änderung der gesetzlichen Grundlagen für die Hochschulambulanzen. Die weitere Prüfung ist dann entsprechend BSG, Urt. v. 13.05.2015 - B 6 KA 20/14 R - BSGE 119, 43 = SozR 4-2500 § 120 Nr. 4 Rn. 34 ff. entwickelten zweistufigen Prüfungsschema vorzunehmen. Grundlage der Verhandlung über Entgelte ist danach zunächst die Abschätzung der voraussichtlichen Kosten der in der Einrichtung im Rahmen des Ermächtigungsumfangs erbrachten Leistungen anhand einer plausiblen und nachvollziehbaren Darlegung (Prognose). Daran schließt sich in einem zweiten Schritt die Prüfung der Leistungsgerechtigkeit an. Maßgebend hierfür sind die Kostenansätze vergleichbarer Leistungen in anderen Einrichtungen (externer Vergleich).

Besteht nach Auffassung der Bekl. die **Implausibilität** deshalb, weil sie aus den vorliegenden Daten andere Schlüsse zieht als die Kl., unterliegt dies dem **Beurteilungsspielraum** der Beklagten in den Grenzen der Denkgesetze und allgemeinen Erfahrungsätze. Besteht die Implausibilität nach Auffassung der Bekl. aber deshalb, weil weitere Angaben und Unterlagen fehlen, der Sachverhalt also nicht vollständig **aufgeklärt** ist, ist die Bekl. verpflichtet, die fehlenden Unterlagen und Angaben bei der jeweiligen Vertragspartei anzufordern. Die im SGB X grundsätzlich geltende Amtsermittlung (§ 20 I SGB X) findet seine Grenze in den Mitwirkungsobliegenheiten der Beteiligten. Insbesondere im Hinblick darauf, dass die Beteiligten über die erforderlichen Daten verfügen und der Schiedsstelle keine Zwangsmittel zu Gebote stehen, endet die Ermittlungspflicht dort, wo die Beteiligten ihren Mitwirkungspflichten nicht nachkommen.

Für die **Einstufung als Hochschulambulanz** ist nicht erforderlich, dass Träger die Hochschule ist. Als Ausgleich dafür, auch juristischen Personen außerhalb einer Hochschule die Trägerschaft einer Hochschulambulanz zuzusprechen, ist aber unabdingbar, dass die jeweilige Hochschule auf den Träger beherrschenden Einfluss ausüben kann (vgl. SG Marburg, Urt. v. 17.06.2020 - S 11 KA 555/17 - juris Rn. 18-21) und die Aufgabenstellung des Trägers ausschließlich bzw. im Wesentlichen auf die Hochschulklinik bezogen ist (vgl. LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 14.06.2007 - L 5 KA 31/06 juris Rn. 19).

Zwischen den Beteiligten ist die Frage streitig, ob es sich bei der Rheumatologie der Kl. ebenso wie bei ihrer Orthopädie um eine Hochschulambulanz handelt, des Weiteren die Höhe der Vergütung der ambulanten Leistungen in den Jahren 2018 und 2019. Das **LSG** hob den Schiedsspruch der Bekl. vom 22.02.2019 insoweit auf, als unter Ziffer IV die über die in den Ziffern I bis III erfolgten Feststellungen - mit Ausnahme der Feststellungen zu den Fallpauschalen Rheumatologie und Immundiagnostik - hinausgehenden Anträge der Kl. zurückgewiesen wurden, und verpflichtete die Bekl. insoweit, über den Antrag der Kl. auf Festsetzung der Vergütung in der mündlichen Verhandlung vom 22.02.2019 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden. Im Übrigen wies es die Klage ab.

## 2. Aufrechnung mit eigenem Erstattungsanspruch gegen PKH-Forderung

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 15.06.2021 - L 11 KA 9/16 B

RID 21-03-32

juris

RVG § 59 I; GKG § 66; BGB § 387; ZPO § 126 II 2; SGG § 73a

Die in § 126 II 2 ZPO dem Gegner des PKH-begünstigten Beteiligten ausdrücklich vorbehaltenen **Befugnis zur Aufrechnung mit Kosten**, die nach der in demselben Rechtsstreit über die Kosten erlassenen Entscheidung von dem Beteiligten zu erstatten sind, entfällt auch bei einem Forderungsübergang nach § 59 I RVG nicht.

Im Ausgangsverfahren wandte sich der zwischenzeitlich verstorbene Kl. gegen einen Regressbescheid des bekl. Beschwerdeausschusses. Das Verfahren endete durch gerichtlichen Vergleich (Reduzierung des Regresses um 20 %). Danach trug der Kl. vier Fünftel, der Bekl. ein Fünftel der Verfahrenskosten, die mit Kostenfestsetzungsbeschluss für den Kl. auf 1.877,46 € zugunsten des Bekl. festgesetzt wurden. Die Vergütung des im Wege der Prozesskostenhilfe (PKH) beigeordneten Rechtsanwalts wurde auf 1.244,14 € festgesetzt; der Bekl. wurde zur Erstattung eines Fünftels (248,83 €) herangezogen. Mit seiner erfolglosen Erinnerung rechnete

der Bekl. mit seiner Gegenforderung auf 1.877,46 € auf. *SG Düsseldorf*, Beschl. v. 30.04.2015 - S 33 SF 51/15 - hob den Kostenansatz auf, das *LSG* wies die Beschwerde des Landes zurück.

## VII. Bundessozialgericht (BSG)

### 1. Honorarverteilung

a) RLV: Überschreitung des Gruppenfallwerts um mindestens 30 %/Streitwert

**BSG, Beschluss v. 26.05.2021 - B 6 KA 30/20 B**

**RID 21-03-33**

juris

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Schleswig-Holstein*, Urtr. v. 12.05.2020 - L 4 KA 32/18 - wird zurückgewiesen.

Wenn der **durchschnittliche Fallwert im Bereich der Spezialisierung** nicht höher ist als im Bereich der von der Fachgruppe üblicherweise erbrachten Leistungen (die in die Ermittlung des Fallwerts eingeflossen sind), kann auch kein Anlass bestehen, der Spezialisierung z.B. durch eine Erhöhung des Fallwerts oder durch eine Herausrechnung von Leistungen aus dem Bereich der Spezialisierung Rechnung zu tragen. Ein Arzt, der vom Durchschnitt der Fallgruppe abweichende Leistungen erbringt, kann also innerhalb eines Budgetierungssystems, das die Fallzahl bereits berücksichtigt, keinen Anspruch auf die Anerkennung von Praxisbesonderheiten haben, wenn diese Besonderheiten nicht zu einer Erhöhung des Fallwerts beitragen (vgl. BSG, Urtr. v. 13.05.2020 - B 6 KA 10/19 R - SozR 4-2500 § 87b Nr. 25 Rn 21 ff.).

Eine Verpflichtung, **teure fachgruppenuntypische Leistungen** generell außerhalb von RLV zu vergüten, gibt es nicht.

Die Frage, ob die **Grenzziehung** bei einer **Überschreitung des Gruppenfallwerts um mindestens 30 %** rechtmäßig ist, ist in der BSG-Rspr. bisher nicht geklärt. Das BSG hat die (genannte) Grenze von 20 % auf die insgesamt abgerechnete Gesamtpunktzahl des Arztes bezogen, während sich die Grenze von 30 % in Teil F Nr. 3.6 des Beschlusses des EBewA vom 27./28.08.2008 auf die RLV-relevanten Leistungen bezog. Mit dem GKV-VStG vom 22.12.2011 sind aber die bundesgesetzlichen Vorgaben, insb. zur Implementation von RLV weitgehend zurückgenommen worden und erfolgt die Honorarverteilung nach Verteilungsmaßstäben der KVen für ihren Bezirk. Damit ist auch Teil F Nr. 3.6 des Beschlusses des EBewA vom 27./28.08.2008 und der darin festgelegten 30 %-Grenze die Grundlage entzogen worden. Für eine Nichtzulassungsbeschwerde bestehen daher besondere Darlegungsanforderungen.

Der **Streitwert** für die Anfechtung eines **Honorarbescheids** ist in Höhe des zusätzlich begehrten Honorars festzusetzen. Dieser Betrag ist, wenn Gegenstand des Rechtsstreits nicht allein der angefochtene Honorarbescheid ist, sondern auch die vorangegangene gesonderte **Festsetzung des Budgets** - hier in Gestalt einer Obergrenze -, um den Regelstreitwert nach § 52 Abs. 2 GKG zu erhöhen.

#### Parallelverfahren:

**BSG, Beschluss v. 26.05.2021 - B 6 KA 36/20 B**

**RID 21-03-34**

juris

**BSG, Beschluss v. 26.05.2021 - B 6 KA 35/20 B**

**RID 21-03-35**

juris

**BSG, Beschluss v. 26.05.2021 - B 6 KA 31/20 B**

**RID 21-03-36**

juris

**BSG, Beschluss v. 26.05.2021 - B 6 KA 26/20 B**

**RID 21-03-37**

juris

b) Unterschiedliche QZV-Fallwerte/Punktwertverfall/Kostendeckung/Streitwert

**BSG, Beschluss v. 26.05.2021 - B 6 KA 28/20 B**

**RID 21-03-38**

juris

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Schleswig-Holstein*, Urtr. v. 12.05.2020 - L 4 KA 89/17 - juris wird zurückgewiesen.

Dass sich **QZV-Fallwerte** auch bezogen auf inhaltlich übereinstimmende Leistungen unterscheiden können, ist notwendige Folge einer **arztgruppenbezogenen** Budgetbildung. Dass eine solche im Grundsatz zulässig ist und dass deshalb gleiche Leistungen in Abhängigkeit von der Fachgruppenzugehörigkeit des Arztes, der die Leistung erbringt, unterschiedlich vergütet werden können, ist in der BSG-Rspr. seit Langem geklärt.

Die Frage, ob **Fallwertunterschiede** auch in der vom Kl. angegebenen Höhe von 40 % mit dem aus Art. 3 I, Art. 12 I GG abzuleitenden Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit zu vereinbaren sind, ist einer verallgemeinerungsfähigen Beantwortung nicht zugänglich.

Ob aus dem **Punktwertverfall** in einem wesentlichen Leistungsbereich eine Verpflichtung der KV zur Korrektur der Honorarverteilung folgt, kann nur im Rahmen einer **Gesamtbetrachtung**, also unter Einbeziehung aller einer Arztgruppe zuzuordnenden Honorarkontingente bzw. der daraus resultierenden Punktwerte und Honorarbeträge, ermittelt werden (BSG, Urt. v. 29.08.2007 - B 6 KA 43/06 R - SozR 4-2500 § 85 Nr. 40 Rn. 20).

Es ist in der BSG-Rspr. geklärt, dass der Umstand, dass eine **Leistung** im Einzelfall **nicht kostendeckend** vergütet wird, den Arzt nicht dazu berechtigt, deren Erbringung abzulehnen. Entscheidend ist, dass der Vertragsarzt insgesamt Anspruch auf eine leistungsgerechte Teilhabe an der Gesamtvergütung hat, der in aller Regel dazu führt, dass das aus der vertragsärztlichen Tätigkeit erzielbare Einkommen Ärzten hinreichenden Anreiz bietet, an der vertragsärztlichen Versorgung mitzuwirken.

Der **Streitwert** für die Anfechtung eines **Honorarbescheids** ist in Höhe des zusätzlich begehrten Honorars festzusetzen. Dieser Betrag ist, wenn Gegenstand des Rechtsstreits nicht allein der angefochtene Honorarbescheid ist, sondern auch die vorangegangene gesonderte **Festsetzung des Budgets** - hier in Gestalt einer Obergrenze -, um den Regelstreitwert nach § 52 Abs. 2 GKG zu erhöhen.

#### Parallelverfahren:

**BSG, Beschluss v. 26.05.2021 - B 6 KA 33/20 B**

juris

**RID 21-03-39**

**BSG, Beschluss v. 26.05.2021 - B 6 KA 32/20 B**

juris

**RID 21-03-40**

**BSG, Beschluss v. 26.05.2021 - B 6 KA 29/20 B**

juris

**RID 21-03-41**

#### c) Honorarzuschlag für Jobsharing-Praxen

**BSG, Urteil v. 17.03.2021 - B 6 KA 32/19 R**

SozR 4-2500 § 87b Nr. 27 = KrV 2021, 106 = ArztR 2021, 182

**RID 21-03-42**

**Leitsatz:** Eine Regelung in einem Honorarverteilungsmaßstab zu **Kooperationszuschlägen** für Berufsausübungsgemeinschaften und für Praxen mit angestellten Ärzten erfasst auch **Jobsharing-Berufsausübungsgemeinschaften** und Jobsharing-Anstellungen, soweit diese nicht ausdrücklich ausgenommen sind.

#### d) Abrechnung von Anästhesien bei Abrechnung der MKG-Operation

**BSG, Urteil v. 25.11.2020 - B 6 KA 28/19 R**

SozR 4-5531 Abschn. 31.5.3 Nr. 1 = Die Leistungen Beilage 2021, 97 = ArztR 2021, 101 = ZMGR 2021, 96

**RID 21-03-43**

**Leitsatz:** Ein **Anästhesist** darf seine Leistungen nur dann nach den das ambulante Operieren betreffenden Gebührenordnungspositionen des Kapitels 31 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs für die ärztlichen Leistungen abrechnen, wenn auch der mit ihm zusammenarbeitende **Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurg** ambulante **Operationen** als **ärztliche** und nicht als zahnärztliche Leistungen erbringt und abrechnet.

## 2. Auslegung von Gebührentatbeständen der BMV-Partner (Nr. 86516 der Onkologie-Vb)

**BSG, Urteil v. 25.11.2020 - B 6 KA 14/19 R**

**RID 21-03-44**

SozR 4-2500 § 106a Nr. 27 = Die Leistungen Beilage 2021, 52

**Leitsatz:** 1. Die in der Rechtsprechung für vertragsärztliche Vergütungsbestimmungen entwickelten **Auslegungsgrundsätze** gelten nicht nur für die vom Bewertungsausschuss, sondern auch für die von den **Bundemantelvertragspartnern** beschlossenen Gebührentatbestände.

2. **Protokollnotizen** der Vertragspartner auf Bundesebene zu einzelnen Gebührenordnungspositionen können dieselbe **Verbindlichkeit** wie Leistungslegenden selbst haben.

3. Die **Therapie mit Bisphosphonaten** ist keine „zytostatische Tumorthherapie“ im Sinne der Gebührenordnungsposition 86516 der Onkologie-Vereinbarung.

## 3. Kostengünstigster Bezugsweg: Gerinnungsfaktorenzubereitungen

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

**RID 21-03-45**

juris = SozR 4-2500 § 106 Nr. 64

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen **LSG Niedersachsen-Bremen**, Urt. v. 10.06.2020 - L 3 KA 54/16 - RID 21-03-25 wird zurückgewiesen.

**Leitsatz:** 1. Aus dem **Wirtschaftlichkeitsgebot** folgt die Verpflichtung eines Vertragsarztes, unter mehreren rechtlich zulässigen Bezugswegen für Arzneimittel den offensichtlich wesentlich kostengünstigeren zu wählen.

2. Die bis zum 31.8.2020 arzneimittelrechtlich zugelassene Möglichkeit zum Direktbezug von Gerinnungsfaktorzubereitungen bestand unabhängig davon, ob eine Selbstbehandlung durch den Patienten oder eine Behandlung in der Arztpraxis durchgeführt wurde.

### Parallelverfahren:

**BSG, Beschluss v. 17.03.2021 - B 6 KA 21/20 B**

**RID 21-03-46**

juris

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen **LSG Niedersachsen-Bremen**, Urt. v. 10.06.2020 - L 3 KA 27/18 - RID 20-03-25 wird zurückgewiesen.

Die aus dem **Wirtschaftlichkeitsgebot** folgende Obliegenheit des Arztes, unter mehreren rechtlich zulässigen **Bezugswegen** den kostengünstigsten zu wählen, ist in BSG, Urt. v. 13.05.2015 - B 6 KA 18/14 R - SozR 4-2500 § 106 Nr. 51 Rn. 35 ff. nicht davon abhängig gemacht, dass die Krankenkassen dem Arzt eine vertragliche Vereinbarung über die Erstattung von Bezugskosten und von besonderen Aufwendungen anbietet. Das gilt unabhängig davon, ob ein die Gerinnungsfaktorenzubereitungen von einem einzelnen Arzt oder aber - wie vorliegend - von einem auf die Behandlung von Patienten mit Blutgerinnungsstörungen spezialisierten **MVZ** bezogen werden. Ausschlaggebend bleibt, ob sich die gerade aufgrund des **Direktbezugs** zu erfüllenden Anforderungen u.a. bezogen auf die Lagerung der Gerinnungsfaktorenzubereitungen im zu beurteilenden Fall noch im Rahmen des Üblichen bewegen. Die Rechtsfrage, ob das **Wirtschaftlichkeitsgebot** die Wahl des Direktbezugs von Gerinnungsfaktorenzubereitungen nach § 47 I 1 Nr. 2 Buchst. a AMG in der bis zum 31.08.2020 geltenden Fassung auch dann gebot, wenn **kein Vertrag** des behandelnden Arztes mit der Krankenkasse über die Erstattung von Bezugskosten und von besonderen Aufwendungen bestand, kann im Grundsatz bejaht werden, ohne dass es dazu der Durchführung eines Revisionsverfahrens bedürfte.

## 4. Nachfolgebesetzung: Beschränkung einer Sonderbedarfszulassung

**BSG, Urteil v. 27.01.2021 - B 6 KA 27/19 R**

**RID 21-03-47**

SozR 4-2500 § 103 Nr. 31 = GesR 2021, 370-376 = ArztR 2021, 146

**Leitsatz:** Die Umwandlung einer **Sonderbedarfszulassung** in eine Regelzulassung nach **partieller Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen** setzt einen Antrag des Zulassungsinhabers und eine entsprechende statusbegründende Entscheidung durch die Zulassungsgremien voraus.

## 5. Heranziehung eines Privatarztes zum KV-Notdienst: Sozialrechtsweg (KV Hessen)

**BSG, Beschluss v. 05.05.2021 - B 6 SF 1/20 R**

**RID 21-03-48**

juris

Die weitere Beschwerde gegen *LSG Hessen*, Beschl. v. 04.09.2020 - L 4 KA 13/20 B - RID 20-04-14 wird zurückgewiesen.

Der **Rechtsweg zur Sozialgerichtsbarkeit** ist für Streitigkeiten über die Teilnahme am Ärztlichen Bereitschaftsdienst der KV Hessen einschließlich der Verpflichtung zur Kostenbeteiligung aufgrund ausschließlich **nichtvertragsärztlicher (privatärztlicher) Tätigkeit** eröffnet.

Mit der Änderung des § 23 hess. Heilberufsgesetz und deren Umsetzung durch § 26 BO ist die Organisation (auch) der Mitwirkung von Nichtvertragsärzten am Bereitschaftsdienst vollständig zu einer Aufgabe der KV gemacht worden.

§ 40 I 2 VwGO ist der verallgemeinerungsfähige Rechtsgedanke zu entnehmen, dass es im Interesse der Sicherung einer **einheitlichen gerichtlichen Zuständigkeit** für eine bestimmte Thematik bundesrechtlich nicht ausgeschlossen ist, die besonderen Verwaltungsgerichte (Sozialgerichte, Finanzgerichte) oder Berufsgerichte für zuständig zu erklären.

### Parallelverfahren:

**BSG, Beschluss v. 05.05.2021 - B 6 SF 12/20 R**

**RID 21-03-49**

juris

**BSG, Beschluss v. 05.05.2021 - B 6 SF 10/20 R**

**RID 21-03-50**

juris

**BSG, Beschluss v. 05.05.2021 - B 6 SF 9/20 R**

**RID 21-03-51**

juris

**BSG, Beschluss v. 05.05.2021 - B 6 SF 8/20 R**

**RID 21-03-52**

juris

**BSG, Beschluss v. 05.05.2021 - B 6 SF 7/20 R**

**RID 21-03-53**

juris

**BSG, Beschluss v. 05.05.2021 - B 6 SF 6/20 R**

**RID 21-03-54**

juris

**BSG, Beschluss v. 05.05.2021 - B 6 SF 5/20 R**

**RID 21-03-55**

juris

**BSG, Beschluss v. 05.05.2021 - B 6 SF 4/20 R**

**RID 21-03-56**

juris

**BSG, Beschluss v. 05.05.2021 - B 6 SF 3/20 R**

**RID 21-03-57**

juris

**BSG, Beschluss v. 05.05.2021 - B 6 SF 2/20 R**

**RID 21-03-58**

juris

**BSG, Beschluss v. 05.05.2021 - B 6 SF 11/20 R**

**RID 21-03-59**

juris

## B. KRANKENVERSICHERUNGSRECHT

### I. Vertrags(zahn)ärztliche Behandlung

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

#### 1. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

##### a) Biologische Krebstherapie

**LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 27.02.2020 - L 16 KR 435/15**

**RID 21-03-60**

juris

**SGB V §§ 2, 12, 13 III, 27, 135 I**

Eine „**biologische Krebstherapie**“, zu der u.a. Ozontherapie, Hyperthermie und Behandlung durch Tumorzellvakzine gehören, ist eine **neue Behandlungsmethode**, die nicht zum Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung gehört.

**SG Detmold**, Urt. v. 16.04.2015 - S 3 KR 504/13 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück. **BSG**, Beschl. v. 26.04.2021 - B 1 KR 48/20 B - juris verwarf die Nichtzulassungsbeschwerde als unzulässig.

##### b) Untersuchung der zirkulierenden Tumorzellen (Maintrac-Bluttest) nicht bei Neuroblastomen

**SG Nürnberg, Urteil v. 04.03.2021 - S 21 KR 2193/18**

**RID 21-03-61**

juris

**SGB V §§ 2 Ia, 13 III, 27 I 2 Nr. 1 u. 5, 92 I 2 Nr. 5, 135 I**

Bei dem **Maintrac-Bluttest** handelt es sich um eine **neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode**, da sie nicht als abrechnungsfähige ärztliche Leistung im EBM enthalten ist. Zum 01.01.2019 ist unter der **Nr. 19461 EBM** lediglich der Nachweis oder Ausschluss von allen bekannten EGFR-aktivierenden Mutationen in den Exonen 18 bis 21 unter Verwendung von zirkulierender Tumor-DNA zur Indikationsstellung einer gezielten Behandlung von erwachsenen Patienten mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem nicht kleinzelligem Lungenkarzinom aufgenommen worden. Diese Abrechnungsziffer gilt jedoch **nicht für das Neuroblastom**.

Es bestehen keine Anhaltspunkte dafür, dass der grundsätzliche Ausschluss des Maintrac-Tests bei allen anderen Indikationen auf einem **Systemversagen** beruht.

Der Maintrac-Test ist in keiner Weise geeignet, die Behandlung der Versicherten zu beeinflussen und so positiv auf den Krankheitsverlauf einzuwirken. Die Funktionsweise des Tests ist **für Neuroblastome nicht geeignet**.

Das **SG** wies die Klage ab.

c) Extrakorporale Lipidapherese-Therapie: Voraussetzungen einer schweren Hypercholesterinämie

**LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 14.06.2021 - L 1 KR 195/21 B ER**

**RID 21-03-62**

juris  
SGB V § 27

Auf Grund des Beschlusses des GBA v. 24.03.2003 können **Apheresen** nach der MVV-RL als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden. Dies betrifft nach Anlage 1 Nr. 1 § 3 MVV-RL allerdings nur die Indikationen schwere Hypercholesterinämie (§ 3 I der Anlage), isolierte Lp(a)-Erhöhung (§ 3 II) sowie aktive rheumatoide Arthritis (§ 3 III).

Für eine **schwere Hypercholesterinämie** muss eine familiäre Hypercholesterinämie eine homozygote Ausprägung aufweisen.

*SG Potsdam*, Beschl. v. 30.04.2021 - S 28 KR 402/20 ER - lehnte den Eilantrag ab, das *LSG* wies die Beschwerde zurück.

d) Gesichtsfeminisierende Operation bei Transsexualismus

**SG Koblenz, Urteil v. 08.04.2021 - S 1 KR 1781/19**

**RID 21-03-63**

juris  
SGB V §§ 2b, 27

**Leitsatz:** 1. Eine Versicherte mit **Mann-zu-Frau-Transsexualismus** hat gegenüber ihrer Krankenkasse keinen Anspruch auf die Kostenübernahme für eine **gesichtsfeminisierende Operation**.

2. Zugelassene ambulante oder stationäre Leistungserbringer können auch bei geschlechtsangleichenden Operationen nur nach den geltenden **Abrechnungsvorschriften** ihre Leistungen abrechnen.

3. Zur Frage der geschichtsfeminisierenden Operation als **neue Behandlungsmethode**.

Das *SG* wies die Klage ab.

## 2. Psychotherapeutische Behandlung und Gehörlosigkeit

**LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 14.04.2021 - L 9 KR 312/20**

**RID 21-03-64**

juris  
SGB V §§ 13 III, 27, 28 III; SGB I § 17 II

**Leitsatz:** Finden **gehörlose Versicherte** zeitnah keine **Psychotherapeutin**, die in der Lage ist, eine Psychotherapie in Deutscher **Gebärdensprache** durchzuführen, haben sie auch unter dem Gesichtspunkt des Systemversagens keinen Anspruch darauf, die Behandlung bei Therapeut\*innen durchzuführen, die nur eine Erlaubnis zur berufsmäßigen Ausübung der Heilkunde zur Psychotherapie nach dem Heilpraktikergesetz besitzen.

*SG Berlin*, Gerichtsbb. v. 18.06.2020 - S 182 KR 1544/19 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

## 3. Implantatgestützter Zahnersatz: Würgereiz und drohende Zahnlosigkeit

**LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 15.04.2021 - L 9 KR 540/17**

**RID 21-03-65**

*Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 52/21 B*

juris  
SGB V § 28 II 9

**Leitsatz:** 1. Eine ausdehnende, **ergänzende Auslegung** der in der **Behandlungsrichtlinie** umschriebenen Ausnahmeindikationen für Implantatversorgung auf weitere Fallgruppen ist aufgrund der Regelung in § 28 Abs. 2 Satz 9 SGB V nicht zulässig.

2. Extremer Würgereiz oder drohende Zahnlosigkeit begründen keinen Anspruch auf **implantatgestützten Zahnersatz**.

*SG Berlin*, Urte. v. 17.11.2017 - S 182 KR 109/17 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

## II. Stationäre Behandlung

Nach BSG, Urt. v. 25.03.2021- B 1 KR 25/20 R - scheidet 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. Bariatrische (adipositas-chirurgische) Operation

a) Magenbypass-Operation: Kein Vorrang konservativer Behandlungsmöglichkeiten

**SG Wiesbaden, Gerichtsbescheid v. 31.03.2021 - S 21 KR 180/17**

**RID 21-03-66**

juris

**SGB V §§ 2 I, 12 I, 13 III, 27, 39 I**

Sind in den letzten sechs bis zwölf Monaten vor der **Magenbypass-Operation** nicht die klassischen **konservativen Behandlungsmöglichkeiten** in Form von ärztlich angeleiteter und begleiteter Ernährungs-, Bewegungs- und Psychotherapie durchgeführt worden, steht dies einem Anspruch auf Gewährung einer bariatrischen Operation nicht entgegen. Denn es ist zu berücksichtigen, dass die Kl. bereits seit ihrer Kindheit eine erhebliche Adipositas aufweist und in Eigeninitiative vielfältige Bemühungen unternommen hat, ihr Körpergewicht zu reduzieren, die jedoch stets erfolglos blieben. Dass solche Konstellationen auftreten und die Art und Ausprägung einer Adipositas per magna (hier: BMI 46,3 kg/qm) in Einzelfällen dazu führen kann, dass eine konservative Therapie von vornherein als ohne Aussicht auf Erfolg angesehen werden muss, wird auch in der S3 Leitlinie „Chirurgie der Adipositas“ vom Juni 2010 hervorgehoben.

Das **SG** verurteilte die Bekl., der Kl. die Kosten für die selbstbeschaffte adipositaschirurgische Operation in Höhe von 7.514,75 € zu erstatten.

b) Multimodales Konzept: Behandlungen auf verschiedenen Fachgebieten

**SG Düsseldorf, Urteil v. 19.03.2020 - S 8 KR 318/18**

**RID 21-03-67**

juris

**SGB V § 27 I 1**

Finden Behandlungen auf **verschiedenen Fachgebieten**, so Ernährungsberatungen, Diäten, sportliche Aktivitäten, psychologische Betreuung und Reha-Maßnahme statt, so wird dies dem **multimodalen Konzept** gerecht.

Das **SG** verurteilte die Bekl., der Kl. eine bariatrische Operation als Sachleistung zu gewähren.

### 2. Fettschürzenresektion

**SG Neuruppin, Gerichtsbescheid v. 12.05.2021 - S 20 KR 291/19**

**RID 21-03-68**

juris

**SGB V §§ 27 I, 39 I**

Operationen am - krankenversicherungsrechtlich gesehen - gesunden Körper, die psychische Leiden beeinflussen sollen, sind nicht als „**Krankenbehandlung**“ i.S.v. § 27 I 1 SGB V zu werten, sondern sind vielmehr der Eigenverantwortung der Versicherten zugewiesen (BSG, Urt. v. 28.02.2008 - B 1 KR 19/07 R - BSGE 100, 119 = SozR 4-2500 § 27 Nr. 14 Rn. 18).

Die Beteiligten streiten über einen Anspruch der Kl. auf Versorgung mit einer stationär durchgeführten chirurgischen abdominalen Fettschürzenresektion. Das **SG** wies die Klage ab.

### 3. Brustverkleinerungsoperation (Mammareduktionsplastik) wegen Rückenschmerzen

SG Aachen, Gerichtsbescheid v. 11.05.2021 - S 13 KR 508/20

RID 21-03-69

juris  
SGB V § 27 I 1

Soweit die behandelnden Ärzte die **Mammareduktionsplastik** zur Beseitigung der **Wirbelsäulenbeschwerden** und der **Rückenschmerzen** empfehlen, ergibt sich aus mehreren Gutachten, die das Gericht in verschiedenen Verfahren zu dieser Thematik eingeholt hat, dass es keine wissenschaftlich gesicherten Erkenntnisse über einen **Ursachenzusammenhang** zwischen Brustgröße/-gewicht und Wirbelsäulenbeschwerden gibt. Dies ist auch Grundlage zahlreicher Entscheidungen u.a. des LSG Nordrhein-Westfalen (LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 26.04.2006 - L 11 KR 24/05 - RID 06-03-114; v. 21.09.2011 - L 11 KR 33/09 - RID 11-04-126; v. 24.01.2013 - L 16 KR 226/11 - RID 13-01-116; v. 09.02.2017 - L 5 KR 555/15 - RID 18-03-87; v. 28.11.2017 - L 1 KR 644/15 - RID 18-01-61; v. 29.01.2020 - L 10 KR 48/16 -; v. 11.05.2020 - L 16 KR 364/19 - RID 20-03-65).

Das SG wies die Klage ab.

### 4. Liposuktion

#### a) Anspruch auf Vorab-Prüfung

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 27.04.2021 - L 11 KR 3323/19

RID 21-03-70

juris  
SGB V §§ 27, 137c

**Leitsatz:** Ein Anspruch auf Durchführung einer sog. **Vorab-Prüfung** durch die Krankenkasse kann vor Durchführung einer stationären Behandlung gegeben sein, wenn zweifelhaft ist, ob die von der Versicherten beanspruchte Behandlungsmethode (hier: **stationäre Liposuktion**) dem Qualitätsgebot entspricht. Die chirurgische Fettabsaugung bei einem Lipödem im Stadium III ist nach § 4 Abs. 4 QS-RL Liposuktion auch bei Vorliegen eines BMI von mehr als 40 kg/m<sup>2</sup> nicht in jedem Fall ausgeschlossen.

*SG Heilbronn*, Gerichtsbes. v. 29.08.2019 - S 10 KR 2374/18 - wies die Klage ab, das LSG verurteilte die Bekl., der Kl. Leistungen der stationären Krankenhausbehandlung zur Durchführung einer Liposuktionsbehandlung des Lipödems im Bereich der Oberschenkel zu gewähren.

#### b) Kein Sachleistungsanspruch

LSG Rheinland-Pfalz, Urteil v. 19.12.2019 - L 5 KR 145/19

RID 21-03-71

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 20/21 R  
juris  
SGB V §§ 2 Ia, 27, 137c III

Auf eine **stationäre Liposuktion** besteht **kein Sachleistungsanspruch** (BSG, Urt. v. 24.04.2018 - B 1 KR 10/17 R - BSGE 25, 283 = SozR 4-2500 § 137c Nr. 10; BSG, Urt. v. 24.04.2018 - B 1 KR 13/16 R - BSGE 125, 262 = SozR 4-2500 § 137e Nr. 1; BSG, Urt. v. 28.05.2019 - B 1 KR 32/18 R - SozR 4-2500 § 137c Nr. 13).

*SG Trier*, Gerichtsbes. v. 08.07.2019 wies die Klage ab, das LSG die Berufung zurück.

**Rechtsfrage im Revisionsverfahren:** Hat eine Versicherte Anspruch auf Kostenerstattung für stationäre Liposuktionen, die vor Inkrafttreten des Implantateregister-Errichtungsgesetzes (v. 12.12.2019, BGBl. I, 2494) durchgeführt wurden?

BSG, Urt. v. 25.03.2021 - B 1 KR 25/20 R - BSGE = SozR 4 hat, soweit der Senat außerhalb von Erprobungsrichtlinien für den Anspruch Versicherter auf Krankenhausbehandlungen auch nach Inkrafttreten des § 137c III SGB V an seiner Rspr. festgehalten hat, dass für die dabei eingesetzten Methoden der volle Nutznachweis im Sinne eines evidenzgestützten Konsenses der großen Mehrheit der einschlägigen Fachleute erforderlich ist, seine Rspr. aufzugeben.

## 5. Fehldiagnostizierter Transsexualismus: Geschlechtsrekonstruierende - virilisierende - Operation

SG Berlin, Teilurteil v. 28.01.2021 - S 193 KR 1999/18

RID 21-03-72

juris  
SGB V §§ 2 I 3, 27 I 1, 137c III

**Leitsatz:** 1. Die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung umfasst grundsätzlich nicht die Kosten für **operative Eingriffe**, um eine **psychische Störung** zu beheben oder zu lindern, wenn diese Eingriffe nicht durch körperliche Fehlfunktionen oder durch Einstellung veranlasst werden.

2. Bei psychiatrischer Grunderkrankung besteht nach dem Recht der gesetzlichen Krankenversicherung regelmäßig kein Anspruch auf Kostenübernahme für eine **geschlechtsrekonstruierende - virilisierende - Operation** nach einer wegen fehldiagnostiziertem Mann-zu-Frau-Transsexualismus erfolgten „geschlechtsangleichenden“ Operation.

Das SG wies die Klage ab.

## 6. Mastektomie bei transidentitärer Geschlechtsidentitätsstörung

SG Mannheim, Urteil v. 14.04.2021 - S 4 KR 3011/20

RID 21-03-73

juris  
SGB V §§ 27, 39; GG Art. 3 I

Die bisher nach der Rspr. für transgeschlechtliche Personen geltenden **Ausnahmen** in Bezug auf Operationen in den gesunden Körper wegen psychischer Erkrankungen (u.a. BSG, Urte. v. 04.03.2014 - B 1 KR 69/12 R - SozR 4-2500 § 27 Nr. 24) müssen unter dem Gesichtspunkt des Gleichheitssatzes und BVerfG, Beschl. v. 10.10.2017 - 1 BvR 2019/16 - BVerfGE 147, 1 auch für **nicht-binäre Personen** gelten. Alleine diese Auffassung entspricht dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft. Es ist mithin nur noch maßgeblich, ob und wie die Behandlung der Erkrankung nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu erfolgen hat. Denn dieser Aspekt ist maßgeblich für die Prüfung, ob und welche Behandlungsmaßnahmen nach § 27 SGB V zu erbringen sind. Es muss medizinisch geklärt sein, dass die begehrte Therapie geeignet ist, ausreichend und erforderlich, zudem im Rahmen gleichwertige Alternativen auch wirtschaftlich (vgl. etwa BSG, Urte. v. 11.09.2012 - B 1 KR 9/12 R - KHE 2012/137, juris Rn. 20 ff.).

Das SG hob den angefochtenen Bescheid auf und verurteilte die Bekl., der kl. Person die Kosten der am 28.05.2020 erfolgten Mastektomie und der insofern erforderlichen Wundversorgung zu erstatten.

## III. Kostenerstattung

Nach BSG, Urte. v. 25.03.2021- **B I 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 4-2500 § 13 Nr. 55). Wegen der Vorfestlegung scheidet auch ein Anspruch wegen rechtswidriger Leistungsablehnung nach § 13 III 1 Fall 1 SGB V aus.

## 1. Genehmigungsfiktion: Taggenaue Fristangabe

SG Aachen, Urteil v. 09.04.2021 - S 15 KR 423/19

RID 21-03-74

juris  
SGB V § 13 IIIa

Die **Fünf-Wochen-Frist** ist bei Einholung einer gutachterlichen Stellungnahme nur maßgeblich, wenn der Leistungsberechtigte durch die Krankenkasse von der Einholung der gutachtlichen Stellungnahme unterrichtet wird (BSG, Urte. v. 06.11.2018 - B 1 KR 20/17 R - SozR 4-2500 § 13 Nr. 43, juris Rn. 20). Nach der BSG-Rspr. besteht allerdings eine Obliegenheit der Krankenkasse, **taggenau** anzugeben, bis wann der Hinderungsgrund voraussichtlich bestehen wird.

Das SG stellte fest, dass der bei der Bekl. am 10.07.2019 eingegangene Antrag auf Kostenübernahme für vier bariatrische Wiederherstellungsoperationen in Form einer Abdominoplastik, einer Mastopexie beidseits, einer Oberschenkelstraffung beidseits und einer Oberarmstraffung beidseits als genehmigt gilt.

## 2. Rentner mit Wohnsitz in Frankreich: Keine Erstattung der Selbstbeteiligung

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 23.04.2021 - L 4 KR 1627/19

RID 21-03-75

juris  
SGB V §§ 13 IV, 16 I 1 Nr. 1; EGV 883/2004 Art. 4, 7, 24

**Leitsatz:** Deutsche **Altersrentner**, die ihren **Wohnsitz in Frankreich** haben und dort nach den Regelungen des französischen sozialen Sicherungssystems gegen Krankheit nach Inanspruchnahme stationärer bzw ambulanter ärztlicher Leistungen eine **Selbstbeteiligung** zu tragen haben, haben keinen Anspruch auf Erstattung dieser (Selbstbeteiligungs-)Kosten gegen ihre deutsche gesetzliche Krankenkasse.

*SG Ulm*, Urt. v. 08.02.2019 - S 12 KR 1504/17 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

## IV. Arzneimittel

### 1. Cannabis

a) Anspruchsvoraussetzungen einer Versorgung mit Cannabis

LSG Baden-Württemberg, Beschluss v. 18.12.2019 - L 11 KR 772/19

RID 21-03-76

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 21/21 R  
BeckRS 2019, 55329  
SGB V § 31 VI

Für einen Anspruch auf Cannabisarzneimittel nach § 31 VI SGB V bedarf es einer **vertragsärztlichen Verordnung**, die zudem auf einem **Betäubungsmittelrezept** erfolgen muss (§ 11 V 1 AM-RL i.V.m. § 13 II 1 BtmG und § 8 I 1 BtMVV). Ein Privatrezept bzw. privatärztliches Betäubungsmittelrezept genügt hierfür nicht, weil damit allein nur das Vorliegen der Voraussetzungen des Betäubungsmittelrechts bestätigt wird, nicht aber die Voraussetzungen gem. § 31 VI SGB V.

Liegt eine **begründete Einschätzung** des Vertragsarztes vor, muss nicht jede theoretisch noch denkbare Behandlungsalternative ausprobiert werden. In einer begründeten Einschätzung hat aber eine konkrete Darstellung der ausprobierten Medikamente mit Nebenwirkungen zu erfolgen.

Ist die Einnahme von Cannabinoiden **kontraindiziert**, besteht ein begründeter Ausnahmefall für die Ablehnung der Genehmigung. Es kommt nicht darauf an, ob ein vorausgegangener Cannabiskonsum - abstrakt - eine Kontraindikation für eine Cannabisblütentherapie darstellt, wenn im konkreten Fall Cannabis bei einem langjährigen multiplen Drogenkonsum kontraindiziert und eine konsequente Drogenabstinenz zu empfehlen ist.

*SG Mannheim*, Urt. v. 05.02.2019 - S 9 KR 2831/17 - juris wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

**Rechtsfrage im Revisionsverfahren:** Zu den Anspruchsvoraussetzungen einer Versorgung mit Arzneimitteln mit den Wirkstoffen Dronabinol oder Nabilon nach § 31 Absatz 6 SGB V.

b) Medizinische Gründe allein maßgebend

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 27.04.2021 - L 11 KR 2148/20

RID 21-03-77

juris  
SGB V § 31 VI

**Leitsatz:** Für die nach § 31 Abs. 6 Satz 1 Nr. 1 Buchst b) SGB V vom behandelnden Vertragsarzt vorzunehmende **Einschätzung**, ob eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung bei einem Versicherten zur Anwendung kommen kann, sind nur **medizinische Gründe** maßgebend. Unerheblich ist, ob der Versicherte bestimmte Maßnahmen aus **beruflichen Gründen** nicht durchführen kann oder will.

*SG Karlsruhe*, Gerichtsb. v. 03.06.2020 - S 16 KR 4372/18 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

c) Begründete Einschätzung: Reichweite des Amtsermittlungsgrundsatzes

**LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 14.04.2021 - L 9 KR 402/19**

**RID 21-03-78**

juris  
SGB V § 31 VI 1 Nr. 1b

**Leitsatz:** Es ist selbst bei Berücksichtigung des **Amtsermittlungsgrundsatzes** (§ 103 SGG) nicht Aufgabe des Gerichts, die behandelnden Ärzte/Ärztinnen so lange zu befragen, bis sich in der Zusammenschau eine ausreichend **begründete Einschätzung** i.S. des § 31 Abs. 6 Satz 1 Nr. 1b SGB V einstellt.

*SG Berlin*, Gerichtsbb. v. 11.10.2019 - S 76 KR 2523/17 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

d) Keine leitliniengerechte Behandlung

**LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 18.11.2020 - L 4 KR 490/19**

**RID 21-03-79**

*Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 28/21 R*

juris  
SGB V § 31 VI

Hat eine **leitliniengerechte Behandlung** eines an einer **Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung** und an einer **Cannabisabhängigkeit** leidenden Versicherten nicht stattgefunden, dann besteht kein Anspruch auf Versorgung mit Medizinal-Cannabisprodukten.

*SG Osnabrück*, Gerichtsbb. v. 09.10.2019 - S 3 KR 355/17 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

e) Aufhebung eines rechtswidrigen Genehmigungsbescheids

**LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 27.04.2021 - L 11 KR 3455/20**

**RID 21-03-80**

*Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 50/21 B*

juris  
SGB V § 31 VI; SGB X § 45

**Leitsatz:** 1. Ein **Reizdarmsyndrom** ist **keine schwerwiegende Erkrankung** i.S.d. § 31 Abs. 6 SGB V.

2. Erteilt die Krankenkasse eine **Genehmigung** zur Versorgung mit Cannabis (§ 31 Abs. 6 Satz 2 SGB V), die von Anfang an **rechtswidrig** ist, fehlt es an einem schutzwürdigen **Vertrauen** des Versicherten auf den Bestand dieser Genehmigung, wenn die Krankenkasse die Genehmigung bereits **einen Monat später** gemäß § 45 SGB X wieder **zurücknimmt** und der Versicherte in der Zeit zwischen Erteilung und Rücknahme der Genehmigung erkennbar **keine Vermögensdisposition** getroffen hat. Bei der Beurteilung der Frage, ob ein Versicherter die Rechtswidrigkeit der ihm erteilten Genehmigung infolge **grober Fahrlässigkeit** nicht kannte (§ 45 Abs. 2 Satz 3 Nr. 3 SGB X), darf eine nähere Kenntnis der Rechts der GKV von ihm nicht abverlangt werden.

*SG Mannheim*, Gerichtsbb. v. 22.10.2020 - S 4 KR 2284/20 - verpflichtete die Bekl., den Kl. nach vertragsärztlicher Verordnung mit dem Cannabinoid Bedrocan, zur Dosis 22/1 1.5g/Tag, 10g/Woche zu versorgen sowie ihm die ab 06.03.2020 für die Selbstbeschaffung entstandenen Kosten zu erstatten. Das **LSG** hob auf Berufung der Bekl. den angefochtenen Bescheid auf, soweit damit der Bescheid vom 26.05.2020 auch mit Wirkung für die Vergangenheit zurückgenommen wird, verurteilte die Bekl. außerdem, dem Kl. 134,26 € zu zahlen, und wies im Übrigen die Klage ab.

f) Keine Eilbedürftigkeit bei langjährigem chronischem Geschehen

**LSG Niedersachsen-Bremen, Beschluss v. 11.05.2021 - L 16 KR 163/21 B ER**

**RID 21-03-81**

juris  
SGB V § 31 VI

Handelt es sich um ein **langjähriges chronisches Geschehen**, ist die Schlussfolgerung der behandelnden Ärztin nicht nachvollziehbar, dass aktuell eine Versorgung mit Cannabisblüten **dringend erforderlich** sein soll.

*SG Braunschweig*, Beschl. v. 25.03.2021 - S 31 KR 42/21 ER - lehnte den Antrag auf Gewährung einstweiligen Rechtsschutzes ab, das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

## 2. Kein Haarwuchsmittel im Off-Label-Use („Xeljanz“/Tofacitinib)

LSG Hessen, Urteil v. 18.03.2021 - L 1 KR 405/20

RID 21-03-82

juris  
SGB V §§ 31, 34 I 8

Wenn schon Medikamente nicht zum Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung gehören, deren überwiegender Zweck die **Verbesserung des Haarwuchses** ist, muss dies erst Recht für solche Medikamente gelten, deren Zweckbestimmung im Rahmen ihrer medizinischen Zulassung gerade nicht hierauf gerichtet ist, sondern die nur im Wege eines Nebeneffektes („**Off-Label-Use**“) diesen von der Sozialgesetzgebung ausdrücklich gerade nicht als erstattungsfähig bewerteten Zweck erreichen.

*SG Darmstadt*, Urt. v. 24.07.2020 - S 18 KR 1905/18 - juris wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

## V. Hilfsmittel/Heilmittel

### 1. Elektromotorunterstütztes mechanisches Rollstuhlzuggerät

a) Zwecke der sozialen Rehabilitation

LSG Schleswig-Holstein, Urteil v. 23.02.2021 - L 10 KR 8/17

RID 21-03-83

juris  
SGB V §§ 33 I; SGB IX §§ 14, 113

**Leitsatz:** 1. Ein **elektromotorunterstütztes Rollstuhl-Zuggerät** kann i.S.d. § 33 Abs. 1 Satz 1 Var. 1 SGB V **erforderlich** sein, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, wenn der Versicherte aufgrund der Schwere seiner Erkrankung dauerhaft Anspruch auf Maßnahmen der physikalischen Therapie hat und die durch das beanspruchte Zuggerät unterstützte eigene körperliche Betätigung diese Therapie entweder wesentlich fördert oder die Behandlungsfrequenz infolge der eigenen Betätigung geringer ausfällt. Dies kann nur angenommen werden, wenn der verordnende Arzt - ggf. auf gerichtliche Nachfrage - darlegt, welche konkreten Ziele mit der physikalischen Therapie erreicht werden sollen, um sodann nachvollziehbar zu beschreiben, inwiefern das Rollstuhlzuggerät die Erreichung dieser Ziele in medizinischer Hinsicht fördert.

2. Ein Rollstuhl-Zuggerät, mit dem die Erreichung von **Geschwindigkeiten von über 6 km/h** durch einen geräteimmanenten Elektromotor unterstützt wird, überschreitet im Rahmen des Ausgleichs einer Geh- bzw. Mobilitätsbehinderung (§ 33 Abs. 1 Satz 1 Var. 3 SGB V) stets das **Maß des Notwendigen** i.S.d. § 12 Abs. 1 Satz 1 SGB V (BSG, Urt. v. 30.11.2017 - B 3 KR 3/16 R - SozR 4-2500 § 139 Nr. 9). Wenn besondere medizinische Aspekte im Einzelfall es erfordern, dass dem behinderten Versicherten eine über den Nahbereich seiner Wohnung hinausgehende Mobilität ermöglicht wird, kann aber ausnahmsweise gleichwohl ein Anspruch auf Versorgung mit einem solchen Zuggerät bestehen.

3. Ein an einer Gehbehinderung leidender Versicherter kann ein elektromotorunterstütztes Rollstuhl-Zuggerät nach §§ 102 Abs. 1 Nr. 4, 113 Abs. 1 und 2 Nr. 8, 84 Abs. 1 SGB IX als Hilfsmittel zum **Zwecke der sozialen Rehabilitation** beanspruchen, wenn es erforderlich ist, um eine vom Versicherten konkret dargelegte **Beeinträchtigung seiner sozialen Teilhabe** auszugleichen. Unter mehreren zur Förderung der sozialen Teilhabe gleich geeigneten Leistungen kann der Versicherte diejenige beanspruchen, die ihm das höchste Maß an Selbstbestimmung lässt. Der Ausgleich einer sozialen Teilhabebeeinträchtigung in diesem Sinne kann auch darin bestehen, dass dem Versicherten gerade ein über den Wohnungsnahbereich hinausgreifendes Maß an Mobilität ermöglicht wird. Eine Begrenzung der Leistungspflicht des zuständigen Rehabilitationsträgers auf Rollstuhlzuggeräte, die maximal eine Geschwindigkeit von 6 km/h elektromotorisch unterstützen, besteht in einem solchen Fall nicht.

*SG Itzehoe*, Urt. v. 29.11.2016 - S 27 KR 117/14 - wies die Klage ab. Das *LSG* verurteilte die Bekl., den Kl. mit dem Handkurbel-Rollstuhlzuggerät „Speedy-Versatio“ (26 Zoll) zu versorgen.

b) Wunsch- und Wahlrecht/Mehrkosten

**LSG Schleswig-Holstein, Urteil v. 23.02.2021 - L 10 KR 118/17**

**RID 21-03-84**

juris  
SGB V §§ 13a, 33 I 1 u. 9

**Leitsatz:** 1. Bei Hilfsmitteln, die dem Behinderungsausgleich oder der Vorbeugung vor Behinderung i.S.d. § 33 Abs. 1 Satz 1 Var. 2 und 3 SGB V zu dienen bestimmt sind, handelt es sich um Leistungen zur **medizinischen Rehabilitation**, weshalb sich die zu beachtenden **Entscheidungsfristen** und die Sanktionen bei etwaiger Fristüberschreitung für den Leistungsträger aus §§ 14 und 15 SGB IX ergeben, nicht hingegen aus § 13 Abs. 3a SGB V.

2. Ein **Rollstuhl-Zuggerät**, mit dem das Erreichen einer **Geschwindigkeit von mehr als 6 km/h** durch einen geräteimmanenten Elektromotor unterstützt wird, überschreitet im Rahmen des Ausgleichs einer Geh- bzw. Mobilitätsbehinderung (§ 33 Abs. 1 Satz 1 Var. 3 SGB V) stets das Maß des Notwendigen i.S.d. § 12 Abs. 1 Satz 1 SGB V (BSG, Urt. v. 30.11.2017 - B 3 KR 3/16 R - SozR 4-2500 § 139 Nr. 9). Wenn besondere medizinische Aspekte im Einzelfall eine Versorgung mit einem solchen Zuggerät gleichwohl erfordern, steht das Übermaßverbot der Versorgung in einem solchen Ausnahmefall jedoch nicht entgegen.

3. Bei der Frage nach der Erforderlichkeit der Versorgung eines Versicherten mit einem die Grenzen des Übermaßverbots überschreitenden Rollstuhl-Zuggerät ist das Recht des behinderten Menschen auf möglichst selbstbestimmte Teilhabe sowie das Versicherten eingeräumte **Wunsch- und Wahlrecht** zu berücksichtigen; eine Grenze des Leistungsanspruchs bildet aber nach wie vor der Umstand, dass die Krankenkasse im Rahmen des mittelbaren Ausgleichs einer krankheitsbedingten Mobilitätsbeeinträchtigung lediglich verpflichtet ist, dem Versicherten eine angemessene Erschließung seines Wohnungsnahbereichs zu ermöglichen (BSG, Urt. v. 07.05.2020 - B 3 KR 7/19 R - SozR 4 2500 § 33 Nr. 54).

4. Im Falle eines Anspruchs auf Versorgung mit einem Rollstuhl-Zuggerät, das über das Maß des Notwendigen hinausgeht, hat der Versicherte die dadurch entstehenden **Mehrkosten** nach § 33 Abs. 1 Satz 9 SGB V selbst zu tragen.

*SG Schleswig*, Gerichtsbb. v. 15.06.2017 verurteilte die Bekl., die Kl. im Wege der Sachleistung mit dem Rollstuhlzuggerät „Speedy Duo 2“ der Speedy Reha-Technik GmbH zu versorgen. Das *LSG* wies die Berufung unter Neufassung des Tenors - Dabei hat die Kl. die für die Hilfsmittelversorgung über das Maß des Notwendigen hinausgehenden Mehrkosten von 447,02 EUR selbst zu tragen - zurück und im Übrigen die Klage ab.

## 2. Hörgeräteversorgung

a) Verständigungen unter Störgeräuschen Teil des privaten und beruflichen Alltags

**LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 27.04.2021 - L 11 KR 2082/19**

**RID 21-03-85**

juris  
SGB V § 33; SGG § 75 V

**Leitsatz:** Die für das Rechtsmittel der **Berufung eines Beigeladenen** erforderliche **materielle Beschwer** liegt vor, wenn er geltend machen kann, dass er aufgrund der Bindungswirkung des angefochtenen Urteils bzw Gerichtsbescheids unmittelbar in seinen subjektiven Rechten beeinträchtigt ist. Eine solche materielle Beschwer des Beigeladenen ist bei dessen Verurteilung nach § 75 Abs. 5 SGG gegeben. Begründet eine Versicherte ihre Entscheidung für ein bestimmtes Hörsystem mit beruflichen Gebrauchsvorteilen, scheidet eine Aufspaltung in zwei separate Leistungsanträge, nämlich in einen Antrag auf Bewilligung eines Festbetrages („Normalversorgung“, § 12 Abs. 2 SGB V) und einen weiteren Antrag auf Bewilligung einer über den Festbetrag hinausgehenden, technisch anspruchsvolleren und teureren Versorgung („Premiumversorgung“) aus. **Telefonate, Mehrpersonengespräche und Verständigungen unter Störgeräuschen** gehören nahezu zu jedem privaten und beruflichen **Alltag**. Diese Kommunikationsformen machen keine Versorgung mit höherwertigen Hörgeräten aus rein beruflichen Gründen erforderlich.

*SG Heilbronn*, Urt. v. 08.05.2019 - S 10 KR 1087/18 - verurteilte die beigel. Deutsche Rentenversicherung Bund, der Kl. weitere 4.000,94 € für die selbstbeschafften Hörgeräte als berufsbedingten Mehrbedarf sowie ihre notwendigen außergerichtlichen Kosten zu erstatten. Das *LSG* wies die Klage ab.

b) Bestmögliche Angleichung an das Hörvermögen Gesunder/Vorfestlegung

**LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 19.03.2021 - L 26 KR 228/19**

**RID 21-03-86**

juris  
SGB V §§ 13 III, 33 I

**Leitsatz:** Versicherte haben Anspruch auf diejenige Hörgeräteversorgung, die nach dem jeweiligen Stand der Medizintechnik die bestmögliche Angleichung an das **Hörvermögen Gesunder** erlaubt (BSG, Urt. v. 17.12.2009 - B 3 KR 20/08 - BSGE 105, 170 = SozR 4-2500 § 36 Nr. 2, juris).

Eine Kostenerstattung des über dem **Festbetrag** liegenden Kostenanteils bei einem selbst beschafften Hörgerät hängt maßgeblich von dem Zeitpunkt des unbedingten Verpflichtungsgeschäfts mit dem Leistungserbringer ab.

*SG Frankfurt (Oder)*, Urt. v. 02.05.2019 - S 42 KR 90/17 - wies die Klage ab, das *LSG* verurteilte die Bekl., dem Kl. weitere Kosten in Höhe von 4.363 € zu erstatten.

c) Nichteinhaltung des Beschaffungsweges

**SG Kassel, Gerichtsbescheid v. 27.11.2020 - S 8 KR 411/18**

**RID 21-03-87**

juris  
SGB V § 13 III 1

**Leitsatz:** Bei **Nichteinhaltung des Beschaffungsweges** scheidet ein Anspruch auf Kostenerstattung für eine Hörgeräteversorgung aus.

Das *SG* wies die Klage ab.

### 3. Vorteile eines Blindenführhunds gegenüber Blindenlangstock

**SG Aachen, Urteil v. 02.03.2021 - S 14 KR 299/20**

**RID 21-03-88**

juris  
SGB V § 33

Bei der Versorgung mit einem **Blindenführhund** handelt es sich um einen **unmittelbaren Behinderungsausgleich**.

Der **Blindenlangstock** ist zwar ein wesentliches Hilfsmittel zum Ertasten von Untergründen und zur Fortbewegung. Sein Gebrauch schützt den Blinden aber nicht davor, mit Hindernissen oberhalb der Gürtellinie zu kollidieren. Er ermöglicht nicht das Auffinden von Ampelmasten oder Treppen, Aufzügen und Türen in großen Gebäuden. Bei Schnee sind die Konturen der Straßen und Straßenbegrenzungen verschüttet, so dass sie mit dem Blindenlangstock nicht mehr erkannt werden können. Beim Überqueren sehr breiter Straßen, sehr großer Kreuzungen, beim Überwinden großer Plätze oder freier Flächen ist auch ein sehr gut geschulter Blinder nicht in der Lage, allein mit dem Blindenlangstock eine gerade Linie einzuhalten. Ein Blindenführhund ist in der Lage, diese Nachteile auszugleichen (LSG Baden-Württemberg, Beschl. v. 10.05.2012 - L 11 KR 804/11 - RID 12-03-141, juris Rn. 28).

Das *SG* verurteilte die Bekl., die Kl. mit einem Blindenführhund zu versorgen.

### 4. Langfristiger Heilmittelbedarf: Vergleichbarkeit der Schädigungen

**LSG Bayern, Urteil v. 20.04.2021 - L 5 KR 270/20**

**RID 21-03-89**

juris  
SGB V §§ 27 I, 32 Ia

**Leitsatz:** Die von § 8a Abs. 3 HeilM-RL geforderte **Vergleichbarkeit der Schädigungen** mit denen der Anlage 2 muss sowohl hinsichtlich der Diagnose als auch der Diagnosegruppe bzw. des Indikationsschlüssels gegeben sein.

*SG Regensburg*, Gerichtsbes. v. 10.06.2020 - S 2 KR 364/18 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

## VI. Rehabilitation/Häusliche Krankenpflege/Fahrkosten

### 1. Rehaziele bereits durch frühere Rehabilitationsmaßnahme erreicht (Tinnitusleiden)

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 24.02.2021 - L 11 KR 392/17

RID 21-03-90

juris

SGB V § 40; SGB IX §§ 14 ff.

Bei einem seit 19 Jahren bestehenden **Tinnitusleiden** nach drei erfolgten stationären Rehamaßnahmen und diversen ambulanten Maßnahmen wird eine erneute stationäre Maßnahme keine „Heilung“ bewirken. Ist das in der **chronischen Phase** erreichbare Ziel, das Leiden am Tinnitus zu kompensieren, ihn als bestehend zu akzeptieren und damit zu leben, - soweit möglich - bereits durch eine frühere Rehabilitationsmaßnahme erreicht worden, so besteht kein Anspruch auf eine weitere stationäre Rehabilitationsmaßnahme.

*SG Dortmund*, Urt. v. 18.04.2017 - S 40 KR 167/16 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

### 2. Häusliche Krankenpflege

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 bedürft 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.

#### a) Abgrenzung Behandlungs- und Grundpflege

LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 07.06.2021 - L 1 KR 416/20 NZB

RID 21-03-91

juris

SGB V § 37 Ia, II; SGB XI § 14 IV

Für krankheitsspezifische verrichtungsbezogene **Pflegemaßnahmen** besteht eine **Doppelzuständigkeit** von Krankenkassen und Pflegekassen (BSG, Urt. v. 01.07.2014 - B 1 KR

2/13 R - NZS 2014, 821, juris Rn. 20), obwohl bei diesen Maßnahmen der Grundpflege zuzuordnende Leistungen erforderlich sind.

Bereits aus der HKP-RL ergibt sich, dass oftmals gerade nur aufgrund von **Behinderungen** ein Anspruch auf häusliche Krankenpflege bestehen kann, bspw. bei der Blutzuckermessung, dem Richten von Injektionen oder der Medikamentengabe, Nr. 11, 19 und 26 der Anlage zur HKP-RL.

Die BSG-Rspr. hat bereits geklärt, dass Maßnahmen nicht als solche der Behandlungspflege von vornherein ausscheiden, weil sie in der **HKP-RL** unter der **Grundpflege** aufgeführt sind (BSG, Urt. v. 16.07.2014 - B 3 KR 2/13 R - SozR 4-2500 § 37 Nr. 12, juris Rn. 25). Zudem stellen die HKP-RL keinen abschließenden Leistungskatalog über die zu erbringenden Leistungen im Rahmen der häuslichen Krankenpflege dar. Denn der GBA hat keine Ermächtigung zur Ausgrenzung notwendiger Leistungen aus dem Versorgungsauftrag der Krankenkassen (BSG, Urt. v. 16.07.2014 - B 3 KR 2/13 R - SozR 4-2500 § 37 Nr. 12, juris Rn. 27; vgl. auch BSG, Beschl. v. 15.03.2018 - B 3 KR 62/17 B - juris Rn. 10).

*SG Berlin*, Urt. v. 28.09.2020 - S 91 KR 1305/17 - verurteilte die Bekl., der Kl. die Kosten i.H.v. 513,67 € (richtig: 514,76 €) für Leistungen der häuslichen Krankenpflege zur Stoma-Versorgung v. 26.01.2017 bis 31.03.2017 zu erstatten. Das *LSG* wies die Beschwerde der Bekl. gegen die Nichtzulassung der Berufung zurück.

#### b) Kein Kostenersatzanspruch ohne Verpflichtungsgeschäft

**LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 12.05.2021 - L 9 KR 324/20**

**RID 21-03-92**

juris  
SGB V §§ 13 III, 37

Es besteht kein **Kostenersatzanspruch**, wenn es im Verhältnis zwischen der Versicherten/Leistungsempfängerin und dem Leistungserbringer an einem unbedingten **Verpflichtungsgeschäft** fehlt. Ein Vertragsschluss durch schlüssiges Verhalten liegt nicht vor, wenn der ambulante Pflegedienst erkennbar davon ausgeht, dass er Leistungen zu Lasten der Krankenkasse erbringt.

*SG Neuruppin*, Gerichtsbb. v. 18.06.2020 - S 9 KR 333/17 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

#### c) Bindung an Bescheide über Eingliederungshilfe

**LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 24.06.2021 - L 14 KR 95/19**

**RID 21-03-93**

juris  
SGB V §§ 13, 37

**Leitsatz: Bescheide** über den Umfang von **Eingliederungshilfe** binden im Rechtsstreit zwischen behinderten Versicherten und ihrer Krankenkasse wegen Leistungen der häuslichen Krankenpflege auch die Gerichte. Ob behinderten Versicherten ggf. ein höherer Anspruch auf Leistungen der Eingliederungshilfe zugestanden hätte, ist in einem solchen Rechtsstreit daher nicht zu prüfen.

*SG Berlin*, Urt. v. 22.01.2019 - S 198 KR 2510/16 - verurteilte die Bekl., die Kosten der häuslichen Krankenpflege für das tägliche An- und Ausziehen der Kompressionsstrümpfe für die Zeit vom 12.07.2016 bis 31.01.2017 sowie vom 27.04. bis 30.06.2018 zu übernehmen, das *LSG* wies die Berufung der Bekl. mit der Maßgabe zurück, dass die Bekl. für die Behandlungspflege im streitigen Zeitraum der Klägerin 2.779,54 € zu erstatten hat und die Kl. von Kosten in Höhe von 2.461,29 € gegenüber der Hauskrankenpflege R GmbH freizustellen hat.

#### d) Einstweiliger Rechtsschutz bei fehlender Mitwirkung der Krankenkasse

**LSG Bayern, Beschluss v. 30.06.2021 - L 20 KR 203/21 B ER**

**RID 21-03-94**

juris  
SGB V § 37 V; SGG §§ 86b II, 193

**Leitsatz:** 1. Legt in einem Verfahren des **einstweiligen Rechtsschutzes** der Beschwerdegegner (Krankenkasse) seine **Verwaltungsakte** nicht vor, hat das Gericht auch in Anbetracht des Amtsermittlungsgrundsatzes bei nicht (zeitgerecht) zur Verfügung stehenden weiteren

Aufklärungsmöglichkeiten seine Entscheidung allein auf den Inhalt der Gerichtsakten zu stützen und dabei die allgemeinen **Beweisgrundsätze** zu berücksichtigen.

2. Nach zweimaliger Aufforderung zur Aktenvorlage und ergebnislosem Verstreichen der gesetzten Fristen sind ein weiteres **Zuwarten des Gerichts** und weitere Erinnerungen weder geboten noch vertretbar. Anderenfalls würde einem Beschwerdegegner ein Anreiz gegeben, möglichst lange mit der Vorlage der Akten zu warten, um damit eine Verbesserung seiner Rechtsposition zu erreichen.

3. Eine Sachleistung kann im Wege des einstweiligen Rechtsschutzes nur für den **Zeitraum nach der gerichtlichen Entscheidung** zugesprochen werden.

4. Mit dem Grundsatz der **Einheitlichkeit der Kostenentscheidung** des Gerichts steht es nicht in Widerspruch, wenn für das Beschwerdeverfahren eine andere Kostenaufteilung als für das Antragsverfahren vor dem SG vorgegeben wird.

*SG Würzburg*, Beschl. v. 28.04.2021 - S 6 KR 223/21 ER - verpflichtete die Ag., dem Ast. vorläufig bis zur bestandskräftigen Entscheidung über die Verordnung vom 10.03.2021 häusliche Krankenpflege im Wege der Sachleistung im Umfang von 130 Stunden monatlich, wie dies dem Ast. bereits von Oktober bis Dezember 2020 bewilligt worden ist, zur Verfügung zu stellen, längstens jedoch bis 31.12.2021; im Übrigen (also soweit der Antrag auf häusliche Krankenpflege im Wege der Sachleistung im Umfang von weiteren 270 - somit insgesamt 400 - Stunden monatlich gerichtet war) lehnte es den Antrag ab. Das *LSG* änderte den Beschl. hinsichtlich der Stundenzahl der zur Verfügung zu stellenden häuslichen Krankenpflege dahingehend ab, dass die Ag. verpflichtet wird, ab dem 01.07.2021 häusliche Krankenpflege vorläufig im Wege der Sachleistung nicht nur im Umfang von 130 Stunden monatlich, sondern im Umfang von 400 Stunden monatlich zur Verfügung zu stellen. Im Übrigen wies es die Beschwerde des Ast. zurück.

### 3. Fahrkosten: Monatliche Behandlungsfrequenz nicht ausreichend

**SG Leipzig, Gerichtsbescheid v. 11.03.2021 - S 14 KR 1289/19**

**RID 21-03-95**

juris

**SGB V § 60; KrTRL § 8**

**Leitsatz:** 1. Unter Berücksichtigung der in der Krankentransport-Richtlinie geforderten Vergleichbarkeit der Behandlung nach einem Therapieschema mit Chemotherapien und Dialysen sowie der gesetzgeberischen Wertung, nur in besonders gelagerten Ausnahmefällen die Fahrkostenübernahme durch die Krankenversicherung zu ermöglichen, ist eine **hohe Behandlungsfrequenz** im Sinne von § 8 Abs. 2 der Krankentransport-Richtlinie auch dann noch nicht gegeben, wenn eine (nur) **monatliche Behandlungsfrequenz** erforderlich ist.

2. Bei der Beurteilung der Behandlungsfrequenz sind nur die Behandlungen zu berücksichtigen, die von vornherein geplant waren. Etwa **ungeplante und unregelmäßige Kontrolltermine** bleiben außer Betracht.

Das *SG* wies die Klage ab.

## VII. Beziehungen zu Krankenhäusern

Nach BSG, Urt. v. 18.05.2021 - *B 1 KR 34/20 R*, *B 1 KR 37/20 R* u. *B 1 KR 39/20 R* - enthalten sowohl § 7 II **Prüfverfahrensvereinbarung** (PrüfvV) - Fassung 2014 - als auch § 7 V PrüfvV - Fassung 2014 und 2016 - jeweils eine **materielle Präklusionsregelung**. Die Regelungen sind durch die Ermächtigungsgrundlage in § 17c Abs. 2 KHG gedeckt. Sie ermächtigt die Parteien der PrüfvV, an die Verletzung von Mitwirkungsobliegenheiten im Prüfverfahren Rechtsfolgen zu knüpfen, die auch die Durchsetzbarkeit des Vergütungsanspruchs betreffen. Die auf Änderungen der jeweiligen Datensätze gestützten **Nachforderungen der klagenden Krankenhäuser nicht** nach § 7 V PrüfvV **ausgeschlossen**. Danach ist die **Änderung des nach § 301 SGB V an die Krankenkasse übermittelten Datensatzes nach Ablauf der dort geregelten Änderungsmöglichkeiten grundsätzlich unzulässig, soweit er Gegenstand des Prüfverfahrens (gewesen) ist**. Das gilt sowohl für Nachforderungen als auch bei gleichbleibendem oder vermindertem Rechnungsbetrag. Das Krankenhaus verliert insoweit das Recht, den Datensatz nach § 301 SGB V zu ändern. Eine Vergütungsforderung kann nicht auf neue - präkludierte - Daten gestützt werden. Denn Voraussetzung für die **Fälligkeit** des Nachforderungsanspruchs ist eine ordnungsgemäß korrigierte Abrechnung, die nur vorliegt, wenn die betreffenden Daten noch (rechtmäßig) übermittelt werden dürfen. § 7 V PrüfvV erfasst jedoch nur Änderungen des Teils des Datensatzes, der Prüfgegenstand des konkreten MDK-Prüfverfahrens (gewesen) ist. Die Regelung **schließt dagegen Datenänderungen nicht aus, die den nicht vom Prüfgegenstand erfassten Teil des Datensatzes betreffen**. Mit nicht nach § 7 V PrüfvV präkludierten Daten kann - soweit die Daten zutreffen - der Vergütungsanspruch innerhalb der Grenzen von Verwirkung und Verjährung weiterhin erfolgreich durchgesetzt werden. Der Regelungszweck des **§ 7 V PrüfvV** gebietet zudem eine **teleologische Reduktion** des zu weit gefassten Wortlauts: **Die materielle Präklusion gilt nicht, wenn das Krankenhaus Daten nach § 301 SGB V gerade in Umsetzung des Prüfergebnisses des MDK korrigiert oder ergänzt**. Nach BSG, Urt. v. 18.05.2021 - *B 1 KR 24/20 R* u. *B 1 KR 32/20 R* - ist der **Vergütungsanspruch** des Krankenhauses jeweils nicht bereits deshalb ausgeschlossen, weil das

Krankenhaus vom MDK angeforderte Unterlagen nicht (fristgerecht) vorgelegt hat. § 7 II 2 bis 4 PrüfV enthält **keinen materiell-rechtlichen Ausschluss** des Vergütungsanspruchs. Vielmehr darf danach der Vergütungsanspruch des Krankenhauses nicht mit Unterlagen begründet werden, die der MDK in einem ordnungsgemäßen Prüfverfahren angefordert hat, das Krankenhaus jedoch nicht innerhalb der Frist von 4 Wochen vorlegt. Die **präkludierten Unterlagen** sind **als Beweismittel** auch im nachfolgenden Gerichtsverfahren endgültig **ausgeschlossen**. Nach BSG, Urt. v. 18.05.2021 - **B I KR 11/20 R** - unterscheidet sich die **stationäre Behandlung** von der **ambulanten Behandlung** durch die Aufnahme in das Krankenhaus. Dabei handelt es sich um die physische und organisatorische Eingliederung des Patienten in das spezifische Versorgungssystem des Krankenhauses. Diese Eingliederung erfolgt durch die **Aufnahmeentscheidung** des Krankenhausarztes auf der Basis eines entsprechenden Behandlungsplans. Geht der Aufnahmeentscheidung eine **Aufnahmeuntersuchung** voraus, dient diese der Klärung, ob eine (voll-)stationäre Behandlung erforderlich und vom Versorgungsauftrag des Krankenhauses umfasst ist. Entscheidet sich das Krankenhaus nach der Aufnahmeuntersuchung für eine **Verweisung des Versicherten** an ein anderes Krankenhaus oder in die ambulante Weiterbehandlung, liegt eine stationäre Behandlung nicht vor. Dies gilt auch in Fällen, in denen - wie hier - Versicherte als **Notfall** in ein Krankenhaus **eingeliefert** werden. Die Versicherte wurde danach im Krankenhaus der Kl. nicht stationär behandelt, sondern nach Abschluss der Aufnahmeuntersuchung und Stabilisierung ihres Zustandes, u.a. mittels künstlicher Beatmung, an ein anderes Krankenhaus zur dortigen Aufnahme der stationären Behandlung verwiesen. Auch die Intubation und künstliche Beatmung im **Schockraum** begründeten keine vollstationäre Behandlung. Die Behandlung dort ist regelmäßig Teil der Notfallbehandlung und der Aufnahme des Patienten in die vollstationäre Versorgung vorgeschaltet.

Nach BSG, Urt. v. 25.03.2021- **B I 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) Vergütungsanspruch nach wirtschaftlichem Alternativverhalten: Keine neue Rechnung

**LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 19.04.2021 - L 10 KR 448/20**

**RID 21-03-96**

juris  
SGB V §§ 2 I, 12 I, 39 I, 109 IV, 115b

Ein Krankenhaus hat einen Anspruch auf Vergütung nach den Grundsätzen des fiktiven **wirtschaftlichen Alternativverhaltens** in Höhe der Kosten, die bei einer ambulanten Operation angefallen wären. Es ist es nicht erforderlich, dass das Krankenhaus seine **Rechnung** über die stationären Kosten storniert und eine förmliche Rechnung über die Kosten bei fiktivem, wirtschaftlichem Alternativverhalten vorlegt.

**SG Duisburg**, Urt. v. 26.05.2020 - S 54 KR 1596/17 - verurteilte auf Klage der Krankenkasse die bekl. Krankenhausträgerin zur Erstattung von 764,01 € nebst Zinsen. Das **LSG** wies die Klage ab.

b) Versorgungsauftrag für Fachgebiet „Kinder- und Jugendmedizin“

**LSG Sachsen, Urteil v. 04.11.2020 - L 1 KR 133/16**

**RID 21-03-97**

*Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 36/21 B*

juris

**SGB V §§ 108 Nr. 2, 109 IV; KHG § 17d I 1; KHEntgG § 11**

**Leitsatz:** 1. Der **Versorgungsauftrag** für das Fachgebiet „**Kinder- und Jugendmedizin**“, „**inklusive Kinderpsychosomatik**“ berechtigt ein Plankrankenhaus nicht zur **psychiatrischen Behandlung** von Kindern, wenn der Krankenhausplan eine separate Ausweisung für das Fachgebiet „Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie“ vorsieht.

2. Die für die Krankenhausplanung zuständige **Landesbehörde** ist zwar nicht gehindert, von den Bewertungen und Einteilungen der **Weiterbildungsordnung** abzuweichen. Dies muss dann aber auch in Krankenhausplan und Feststellungsbescheid klar zum Ausdruck kommen.

3. Der Versorgungsauftrag eines Krankenhauses kann nicht durch die Vertragsparteien der **Entgeltvereinbarung** nach § 11 KHEntgG erweitert werden.

*SG Leipzig*, Ur. v. 02.06.2016 - S 8 KR 551/13 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

c) Zusatzentgelt für bioresorbierbare medikamentenbeschichtete Stents

**LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 04.06.2021 - L 26 KR 225/19**

**RID 21-03-98**

juris

**SGB V §§ 2 Ia, 137c**

**Leitsatz:** 1. Bis zur Einführung von § 137c SGB V zum 1. Januar 2000 konnten im Rahmen stationärer Behandlungen außerhalb von erlassener Erprobungsrichtlinien nur **Methoden** angewandt werden, die den Anforderungen des allgemeinen Qualitätsgebots genügten, soweit kein Fall von § 2 Abs. 1a SGB V vorlag.

2. Keine Erfüllung der Anforderungen des **Qualitätsgebots** durch einen **bioresorbierbaren Stent** im Jahr 2014.

Die Bet. streiten über einen Anspruch der Kl. auf Zahlung von Zusatzentgelten für die Implantation eines bioresorbierbaren medikamentenbeschichteten Stents (Bioresorbable Vascular Scaffold System der Fa. Abbot Vascular) im Rahmen einer stationären Behandlung eines Versicherten der Bekl. im Jahr 2014. *SG Frankfurt (Oder)*, Ur. v. 24.05.2019 - S 4 KR 195/15 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

## 2. Prüfverfahrensvereinbarung

a) Keine Übersendung weiterer Unterlagen ohne Anforderung

**SG Gelsenkirchen, Urteil v. 11.06.2021 - S 17 KR 328/20**

**RID 21-03-99**

juris

**PrüfvV 2015 § 7 II 3**

Kommt ein **Krankenhaus** der Aufforderung zur Übersendung des Entlassungsberichts nach, dann hat es die Voraussetzungen des § 7 II 3 PrüfvV 2015 erfüllt. Ohne konkrete **Anforderung** muss es von sich aus **weitere Unterlagen nicht übersenden**.

Das **SG** verurteilte die Bekl., an die Kl. einen Betrag in Höhe von 1.528,09 € nebst Zinsen zu zahlen.

b) Vorlagefrist für Krankenhausunterlagen: Keine materielle Ausschlussfrist

**LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 03.12.2020 - L 16 KR 505/17**

**RID 21-03-100**

*Revision anhängig: B 1 KR 17/21 R*

juris

**KHG § 17c II; PrüfvV 2014 § 7 II**

Bei der in § 7 II 4 PrüfvV 2014 vereinbarten Frist handelt es sich nicht um eine materiell- rechtliche Ausschlussfrist, die bei nicht fristgerechter Unterlagenübersendung zu einem Ausschluss des Vergütungsanspruchs führt.

*SG Dortmund*, Ur. v. 27.06.2017 S 39 KR 1429/16 - verurteilte die Bekl. zur Zahlung in Höhe von 17.125,02 €, das **LSG** wies die Berufung zurück.

Nach *BSG*, Urt. v. 18.05.2021 - B 1 KR 24/20 R u. B 1 KR 32/20 R - zit. n. Terminbericht Nr. 19/21 v. 19.05.2021 enthält § 7 II 2 bis 4 PrüfV **keinen materiell-rechtlichen Ausschluss** des Vergütungsanspruchs. Vielmehr darf danach der Vergütungsanspruch des Krankenhauses nicht mit Unterlagen begründet werden, die der MDK in einem ordnungsgemäßen Prüfverfahren angefordert hat, das Krankenhaus jedoch nicht innerhalb der Frist von 4 Wochen vorlegt. Die **präkludierten Unterlagen** sind **als Beweismittel** auch im nachfolgenden Gerichtsverfahren endgültig **ausgeschlossen**.

### c) Fallzusammenführung

#### aa) Behandlungsalternative unter Beurlaubung des Versicherten

**LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 15.04.2021 - L 16 KR 683/18**

**RID 21-03-101**

juris

**SGB V § 109 IV 3; KHEntgG §§ 7 I 1 Nr. 1, 9 I 1 Nr. 1 u. 3, 11; KHG § 17b; FPV 2007 § 2**

Zwei vollstationäre Behandlungen mit zwischenzeitlicher **Entlassung** des Versicherten und dafür abgerechneten zwei Fallpauschalen (DRG G60B und DRG G17A) sind unwirtschaftlich, wenn die Behandlungsalternative unter **Beurlaubung** des Versicherten besteht.

*SG Köln*, Urt. v. 13.06.2018 - S 9 KR 1174/16 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

#### bb) Beginn der Sechswochenfrist

**LSG Bayern, Urteil v. 27.05.2021 - L 4 KR 582/16**

**RID 21-03-102**

juris

**SGB V § 275 Ic 2; FPV § 2**

**Leitsatz:** 1. Vorliegend lag eine sog. **Auffälligkeitsprüfung** vor.

2. Da § 275 Abs. 1c S. 2 SGB V somit auf den vorliegenden Fall anwendbar ist, ist bezüglich des **zweiten Krankenhausaufenthalts** die **6-Wochen-Frist** einzuhalten gewesen.

3. Die **Prüfanzeige** für die gesamte Behandlung ist nicht aufgrund einer gesamtheitlichen Betrachtung (Fallzusammenführung) bezüglich des ersten und zweiten stationären Aufenthalts bereits durch die erste Anzeige in ausreichender Form erfolgt.

4. Die **Frist** bei der Überprüfung unterbliebener Fallzusammenführung beginnt erst bei Eingang der zweiten Abrechnung zu laufen. Die Anzeige des Prüfauftrags muss sich auf die Zusammenfassung beider stationärer Behandlungen zu einem Gesamtfall beziehen.

a) Lag kein Fall einer Fallzusammenführung vor, sind stets beide Vorgänge getrennt zu betrachten.

b) Kommt ein Fall einer Fallzusammenführung in Betracht bzw. ist eine diesbezügliche Überprüfung vorgesehen, beginnt die 6-Wochen-Frist erst bei Eingang der zweiten Abrechnung.

*SG Regensburg*, Urt. v. 19.01.2015 - S 2 KR 252/13 - verurteilte die Bekl., an die Kl. 1.726,72 € nebst Zinsen zu bezahlen, das *LSG* wies die Berufung zurück.

## 3. Fallpauschalen

#### a) Kodierung der Hauptdiagnose

**SG Aachen, Urteil v. 10.03.2021 - S 1 KR 506/19**

**RID 21-03-103**

juris

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

**Hauptdiagnose** ist nach der Kodierrichtlinie D002f die „Diagnose, die nach Analyse als diejenige festgestellt wurde, die hauptsächlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthaltes des Patienten verantwortlich ist.“ Zentraler Begriff ist die „**Veranlassung**“ des stationären Krankenhausaufenthaltes. Sie meint die ursächliche Auslösung des stationären Behandlungsgeschehens (u.a. *LSG Berlin-Brandenburg*, Urt. v. 25.01.2017 - L 9 KR 164/14 - RID 17-02-164).

Das *SG* wies die Klage ab.

b) Kodierung einer Nebendiagnose

**LSG Hessen, Urteil v. 10.12.2020 - L 8 KR 158/19**

**RID 21-03-104**

juris

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

**Leitsatz:** Für die Kodierung einer **Nebendiagnose** genügt es, wenn die Nebendiagnose das Patientenmanagement in der Weise beeinflusst, dass einer der **in DKR D003i genannten Faktoren** erforderlich ist, also eine sonst vom Krankenhaus nicht gebotene Leistung auslöst (hier: Einholung eines ärztlichen Konsils). Dagegen findet die Auffassung, eine sich daraus ergebende therapeutische Maßnahme müsse zusätzlichen Aufwand verursachen, im Wortlaut der DKR D003i keine Stütze.

*SG Wiesbaden*, Gerichtsbb. v. 11.02.2019 - S 18 KR 134/18 - juris wies die Klage ab, das **LSG** verurteilte die Bekl., an die Kl. 4.531,37 €nebst Zinsen zu zahlen.

c) Aufwände für unterschiedliche (Neben- und/oder Haupt-)Diagnosen

**LSG Hamburg, Urteil v. 20.05.2021 - L 1 KR 156/19**

**RID 21-03-105**

juris

**SGB V § 109 IV 3; KHEntG §§ 7 I 1 Nr. 1, 9 I 1 Nr. 1 u. 3, 11; KHG § 17b**

Die D003i der DKR i.d.F.v. 2011 ist wie die Version von 2013 auszulegen, die nur eine Konkretisierung der alten Fassung darstellt. Es sind dieselben **Aufwände für unterschiedliche (Neben- und/oder Haupt-)Diagnosen nebeneinander kodierbar** (zur Version 2013 vgl. bereits LSG Hamburg, Ur. v. 24.10.2019 - L 1 KR 51/18 - juris) (hier: Der Sachverständige hat mehrfach betont, dass sowohl die Medikamentengabe als auch der Überwachungsaufwand sowohl durch die Hauptdiagnose der I25.13 **Atherosklerotische Herzkrankheit: Drei-Gefäß-Erkrankung** als auch durch die Nebendiagnose I35.0 **Aortenklappenstenose**, wenn letztere auch nur leichtgradig vorlag, bedingt waren).

*SG Hamburg*, Ur. v. 11.09.2019 - S 45 KR 268/15 - wies die Klage ab, das **LSG** verurteilte die Bekl., der Kl. 2.819,81 €nebst Zinsen zu zahlen.

d) Nebendiagnose neben Hauptdiagnose

**LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 17.02.2021 - L 4 KR 268/16**

**RID 21-03-106**

juris

**SGB V §§ 39 I, 109 IV 3, 112 II 1 Nr. 1, 301 II; KHEntG §§ 2, 7 I, 9 I; KHG § 17b**

Die **Kodierung eines T-Kodes** (hier: T 81.4) als **Nebendiagnose** neben einer **Hauptdiagnose**, die die Entstehung der Erkrankung nicht beschreibt (hier: L02.2), ist zulässig, um den Gesundheitszustand des Patienten vollständig zu beschreiben.

*SG Hildesheim*, Ur. v. 22.04.2016 - S 40 KR 378/13 - verurteilte die Bekl., an die Kl. 1.155,70 €nebst Zinsen zu zahlen, das **LSG** wies die Berufung zurück. Im **Revisionsverfahren** B 1 KR 12/21 R erfolgte die Rücknahme der Klage.

e) Kodierung bei Verdachtsdiagnose nach stationärer Untersuchung (hier: Mangelernährung)

**LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 04.06.2021 - L 26 KR 46/20**

**RID 21-03-107**

juris

**SGB V §§ 29 I 2, 109 IV 3; KHEntG §§ 7, 9; KHG § 17b**

**Leitsatz:** Bei einer **Verdachtsdiagnose** ist auch im Falle der Entlassung nach Hause nach stationärer Untersuchung lediglich das Symptom (hier abnorme Gewichtsabnahme) zu **kodieren**, wenn eine stationär durchgeführte Behandlung aufgrund eines multifaktoriellen Geschehens nicht spezifisch der Verdachtsdiagnose (hier **Malnutrition**) zugeordnet werden kann.

*SG Berlin*, Ur. v. 17.11.2019 - S 182 KR 593/16 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

f) Abgrenzung zwischen Krankenhausbehandlung und stationärer medizinischer Rehabilitation

**LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 20.07.2021 - L 16 KR 414/20**

**RID 21-03-108**

juris

**SGB V §§ 39 I, 109 IV 3, 112 II 1 Nr. 1, 301 II; KHEntgG §§ 2, 7 I, 9 I; KHG § 17b**

**Leitsatz:** Die **Abgrenzung** zwischen vollstationärer **Krankenhausbehandlung** und stationärer medizinischer **Rehabilitation** erfolgt im Wesentlichen nach der Art der Einrichtung, den Behandlungsmethoden und dem Hauptziel der Behandlung, die sich auch in der Organisation der Einrichtung widerspiegeln (BSG, Urt. v. 10.04.2008 - B 3 KR 14/07 R - SozR 4-2500 § 39 Nr. 14, Rn. 19). Frührehabilitative Leistungen können von den Krankenhäusern nur als integraler Bestandteil der eigentlichen akutstationären Behandlung erbracht werden (BSG, Urt. v. 14.10.2014 - B 1 KR 26/13 R - SozR 4-2500 § 301 Nr. 3, juris Rn. 18).

Das zwingende Erfordernis wöchentlicher Teambesprechungen unter Beteiligung aller Berufsgruppen (BSG, Urt. v. 19.12.2017 - B 1 KR 19/17 R - BSGE 125, 91 = SozR 4-1500 § 120 Nr. 3) im OPS Kode 8-550 in der OPS Version 2014 ist nicht durch die zwischenzeitlich erfolgte **Klarstellung des DIMDI** in seiner Corrigenda zum OPS 2019 rückwirkend entfallen.

*SG Bremen*, Urt. v. 21.09.2020 - S 4 KR 412/16 - verurteilte die Bekl. zur Zahlung der beantragten 4.812,50 € nebst Zinsen und einer Aufwandspauschale in Höhe von 300 €. Das *LSG* hob das Urt. auf, soweit die Bekl. verurteilt wurde, an die Kl. mehr als 3.204,15 € nebst Zinsen zu zahlen. Insoweit wies es die Klage ab und im Übrigen die Berufung zurück.

g) Behandlung einer Tumorerkrankung: Kodierregeln (Rezidiv/Metastasen)

**SG Nürnberg, Urteil v. 04.03.2021 - S 21 KR 989/19**

**RID 21-03-109**

juris

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

Der Begriff „**Rezidiv**“ im Sinne der Kodier-Richtlinien meint lediglich das Lokal-Rezidiv und „**Metastasen**“ die Fern-Metastasen.

Eine der Grundvoraussetzungen für das **Vorliegen eines „Rezidivs“** ist das Auftreten eines malignen Tumors am gleichen Ort oder im gleichen („demselben“) Organ nach einer zuvor durchgeführten radikalen Tumorentfernung. Das - neue - Auftreten von sog. Fern-Metastasen wie hier an mehreren verschiedenen Lokalisationen in den knöchernen Extremitäten und auch in der Lunge entspricht nicht der in der üblichen medizinischen Terminologie verwendeten Begrifflichkeit „Rezidiv“ im Sinne von „Lokalrezidiv“.

Das *SG* wies die Klage ab.

h) Multimodale Komplexbehandlung: Dokumentationspflicht

**LSG Hamburg, Urteil v. 22.04.2021 - L 1 KR 12/20**

**RID 21-03-110**

juris

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

Die **multimodale Komplexbehandlung** setzt die wöchentliche Teambesprechung mit wochenbezogener Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele bei Einbeziehung von Eltern und/oder anderen Bezugspersonen bei der Therapie voraus. Bei einer Dauer von weniger als zwei Wochen (hier: v. 09. bis 22.09.2014) ist die Durchführung einer einzigen, zur Auswertung von Ergebnissen sinnvollerweise jeweils am Ende einer Behandlungswoche durchzuführenden Teambesprechung ausreichend. Die **Dokumentation** auf einem 2014 absolut üblichen Übersichtsbogen reicht aus.

*SG Hamburg*, Urt. v. 11.10.2019 - S 6 KR 1949/15 - wies die Klage ab, das *LSG* verurteilte die Bekl., an die Kl. 3.409 € nebst Zinsen zu zahlen.

i) Multimodale Schmerztherapie: Anwesenheit am Wochenende

**LSG Rheinland-Pfalz, Urteil v. 25.06.2020 - L 1 KR 70/19**

**RID 21-03-111**

juris = KRS 2021, 141  
**KHEntgG §§ 7, 9**

Leitsatz (KRS): Die Abrechnung des OPS 8-918 (**Multimodale Schmerztherapie**) verlangt nicht, dass der **verantwortliche Arzt** über die halbtägige Anwesenheit von Montag bis Freitag hinaus auch an den **Wochenenden** auf der Station anwesend sein muss.

*SG Koblenz*, Urt. v. 14.3.2019 - S 12 KR 1109/16 - verurteilte die Bekl., der Kl. 2.725,76 €nebst Zinsen zu zahlen, das *LSG* wies die Berufung zurück.

j) Abgrenzung Drainage/Punktion: Rechtsfrage

**LSG Hessen, Urteil v. 22.10.2020 - L 1 KR 364/19**

**RID 21-03-112**

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

Weder der OPS 2016 noch die Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) 2016 sehen **Definitionen** einer Drainage einerseits bzw. einer Punktion andererseits vor. Es handelt es sich bei der Abgrenzung dieser Begriffe um eine einem medizinischen Gutachten nicht zugängliche **Rechtsfrage**, die darauf ausgerichtet ist, ob der Wortlaut der „Drainage“ in OPS 8.148.0 - in Abgrenzung zur der einer „Punktion“ in OPS 8-153 - kodierrechtlich einschränkend auszulegen ist.

Eine therapeutische Drainage von Aszites aus der Bauchhöhle erfordert gemäß klinischen Definitionen der im Zusammenhang mit den hier einschlägigen Abschnittüberschriften und OPS-Codes verwendeten Fachbegriffen die Einlage eines Drains, d.h. eines Katheters, der in den Bauchraum eingeführt wird, um die Körperflüssigkeit abzuleiten. Dabei setzt die **Drainage** voraus, dass - perkutan - mittels Hohlnadel (oder Trokar) in die Bauchhöhle hineingestochen, d.h. diese punktiert wird, um einen Katheter/Drain zu legen. Hingegen erfolgt bei einer **Aszitespunktion** die Druckentlastung direkt über die zur Punktion verwendete Kanüle bzw. den verwendeten Trokar und nicht über einen zusätzlich gelegten Katheter/Drain.

*SG Darmstadt*, Urt. v. 12.08.2019 - S 8 KR 388/17 - juris verurteilte die Bekl., an die Kl. einen Betrag in Höhe von 2.199,96 €zu zahlen, das *LSG* wies die Berufung zurück.

k) Strahlenbehandlung und Mehrfachkodierung (Intensitätsmodulierte Radiotherapie)

**LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 28.05.2021 - L 9 KR 334/19**

**RID 21-03-113**

juris  
**SGB V § 39**

Der OPS Kode 8-52 (2015) „Strahlentherapie“ kann nicht mehrfach pro Tag in Ansatz gebracht werden, obwohl jeweils nur eine Bestrahlung des Versicherten an einem Behandlungstag durchgeführt wird.

*SG Berlin*, Urt. v. 07.08.2019 - S 28 KR 2048/17 - verurteilte die Bekl., 3.618,37 €nebst Zinsen zu zahlen, das *LSG* wies die Klage ab.

l) Akutes Nierenversagen

**SG Nürnberg, Urteil v. 11.05.2021 - S 7 KR 866/20**

**RID 21-03-114**

juris  
**SGB V § 109 IV 3; KHEntgG §§ 7 I 1 Nr. 1, 9 I 1 Nr. 1 u. 3, 11; KHG § 17b**

Ein **akutes Nierenversagen** wird durch massiv **erhöhte Laborparameter** (Serum-Kreatinin, hier: von 1,94 mg/dl auf 1,94 mg/dl binnen sieben Tagen; Serum-Harnstoff) und die deutlich erniedrigte Glomeruläre Filtrationsrate (hier: von 22,8 ml/min/1,73<sup>2</sup> Körperoberfläche) belegt. Kann ein Stadium nicht angegeben werden, kann ersatzweise der ICD-Kode N17.99 (Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium nicht näher bezeichnet) verschlüsselt werden.

Das *SG* verurteilte die Bekl., an die Kl. 3.822,25 €nebst Zinsen zu zahlen.

m) Diagnose eines akuten Nierenversagens ohne Kreatininausgangswert

**LSG Hamburg, Urteil v. 22.04.2021 - L 1 KR 83/20**

**RID 21-03-115**

*Revision anhängig: B 1 KR 23/21 R*

juris

**SGB V § 109 IV 3; KHEntgG §§ 7 I 1 Nr. 1, 9 I 1 Nr. 1 u. 3, 11; KHG § 17b**

Für die Diagnose eines **akuten Nierenversagens** gemäß N17.91 ICD-10 2017 (Niereninsuffizienz; nicht näher bezeichnet) bedarf es eines Anstieg der **Kreatininwerte** innerhalb von 7 Tagen vor der stationären Aufnahme um mindestens 50%. Bei nicht bekanntem Kreatininausgangswert kann der Wert aus dem Krankheits- und Behandlungsverlauf geschätzt werden. Angesichts des Rückgangs der Beschwerden und des Kreatininwerts unter ärztlicher Behandlung auf einen altersentsprechenden Wert vor Entlassung und angesichts des zeitlichen Ablaufs der Entwicklung der Beschwerden nach den anamnestischen Angaben der Versicherten innerhalb einer Woche vor der notfallmäßigen Aufnahme im Krankenhaus kann mit hinreichender Sicherheit von einem Anstieg der Kreatininwerte innerhalb von 7 Tagen vor der stationären Aufnahme um mindestens 50% ausgegangen werden.

*SG Hamburg*, Urt. v. 15.05.2020 - S 59 KR 1497/18 - verurteilte die Bekl., an die Kl. 2.020,05 € nebst Zinsen zu zahlen, das *LSG* wies die Berufung zurück.

n) Ausgliederung von Leistungen: Kooperationsvertrag für Strahlentherapie

**LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 11.12.2019 - L 5 KR 1936/17**

**RID 21-03-116**

*Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 15/21 R*

juris

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

Leistungen, die von einer zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Arztpraxis auf Grundlage eines mit einem Krankenhaus geschlossenen **Kooperationsvertrags** erbracht werden, durch den ganze Leistungsbereiche ausgegliedert werden, gehören zu den allgemeinen **Krankenhausleistungen** i.S.d. § 2 II 2 Nr. 2 KHEntgG.

*SG Stuttgart*, Urt. v. 31.03.2017 - S 4 KR 170/15 - verurteilte die Bekl., an die Kl. 3.927,51 € zzgl. Zinsen zu zahlen, das *LSG* wies die Berufung zurück.

o) Kodierung einer partiellen Maxillektomie

**SG Karlsruhe, Urteil v. 24.03.2021 - S 13 KR 3676/18**

**RID 21-03-117**

juris

**SGB V §§ 39 I, 109 IV 3, 112 II 1 Nr. 1, 301 II; KHEntgG §§ 2, 7 I, 9 I; KHG § 17b**

**Leitsatz:** 1. Mangels Behandlungsunterschied einer durch bakterielle Erreger verursachten chronischen Sinusitis und einer durch Pilzbefall (ohne Gewebsinfiltration) verursachten chronischen Sinusitis kann die **Aspergillose** nicht als **Hauptdiagnose** angesetzt werden.

2. Nach der Systematik der Kodierrichtlinie ist zwischen dem Organ Nase und dem Oberkiefer zu trennen und die Abtragung des Knochensporn am Os maxillare ist nicht zwingender Bestandteil der **Operation an der unteren Nasenmuschel**.

3. Die Verschlüsselung einer partiellen **Maxillektomie** (Entfernung des in die Nasenhöhle ragenden Vorsprungs des Oberkieferknochens) mit dem OPS-Kode 5-771.10 zusätzlich zu einer Nasenseptumkorrektur (OPS-Kode 5-214.6) und Operationen an der unteren Nasenmuschel (OPS-Kode 5-215.2 und 5-215.4) verstößt nicht gegen das Gebot der monokausalen Kodierung.

Das *SG* verurteilte die Bekl., an die Kl. 1.322,73 € nebst Zinsen zu zahlen, und wies im Übrigen die Klage ab.

p) Pasteurellose

**SG Aachen, Urteil v. 02.03.2021 - S 14 KR 530/19**

**RID 21-03-118**

juris

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

Im streitigen Behandlungsfall war nach Ziffer D002f der DKR 2017 der ICD-10-GM Kode A28.0 (**Pasteurellose**) zu kodieren und nicht der ICD-10-GM Kode L03.10 (**Phlegmone an der oberen Extremität**).

Das *SG* verurteilte die Bekl., der Kl. 2.713,77 € nebst Zinsen zu zahlen.

#### 4. Ambulante spezialfachärztliche Versorgung

**SG Aachen, Urteil v. 05.11.2020 - S 15 KR 451/17**

**RID 21-03-119**

juris

SGB V § 116b

Nach § 116b VIII 2 SGB V werden Bestimmungen nach § 116b II 1 SGB V a.F. **unwirksam**, wenn das Krankenhaus zu dieser Erkrankung oder hochspezialisierten Leistung **zur Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) berechtigt** ist. Eine Unterscheidung zwischen der Teilnahme an der ASV als Kernteam oder als hinzuzuziehendes Mitglied trifft das Gesetz nicht.

Das *SG* wies die Klage ab.

#### 5. Kündigung eines Versorgungsvertrags

**LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 25.11.2020 - L 5 KR 3211/17**

**RID 21-03-120**

*Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 4/21 B*

juris

SGB V §§ 109, 110

**Leitsatz:** Zur Kündigung eines Versorgungsvertrags nach § 109 Abs. 1 SGB V.

*SG Freiburg*, Ur. v. 05.07.2017 - S 19 KR 1179/14 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

#### 6. Auskunftsanspruch gegenüber einem Transplantationszentrum bei Organtransplantation

**SG Leipzig, Urteil v. 27.04.2021 - S 8 KR 1907/17**

**RID 21-03-121**

juris

SGB V §§ 12, 69 I 3, 275, 284; SGB X § 100; TPG §§ 12 III 1, 13 III

**Leitsatz:** Im Wege der **Stufenklage** steht der **Krankenkasse** ein **Auskunfts- bzw. Herausgabeanspruch für Daten** zu, die für eine Priorisierung des Patienten auf einer sog. „Warteliste“ für eine Organtransplantation maßgeblich sind (hier: Angaben zur Dialysepflichtigkeit). Dies folgt aus dem aus § 69 Abs. 1 Satz 3 SGB 5 i.V.m. § 242 BGB ableitbaren Grundsatz der vertrauensvollen Zusammenarbeit. Weder das Grundrecht auf informationelle Selbstbestimmung noch datenschutzrechtliche Gründe stehen diesem Auskunftsanspruch entgegen, da entsprechende Einschränkungen im überwiegenden Allgemeininteresse hinzunehmen und derartige Auskünfte unschwer zu erteilen sind.

Das *SG* verurteilte die Bekl., Auskunft darüber zu erteilen, welche Angaben sie betreffend verschiedener Versicherter gegenüber Eurotransplant zu durchgeführten Dialysen vor Lebertransplantation getätigt hat.

#### VIII. Beziehungen zu Leistungserbringern und Arzneimittelherstellern

Nach BSG, Ur. 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, Ur. 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 I 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 I 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 I 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. Arzneimittelhersteller

a) Lauer-Taxe mit Schutzwirkung zugunsten Krankenkasse

**SG Berlin, Gerichtsbescheid v. 07.01.2021 - S 210 KR 2513/16**

**RID 21-03-122**

juris

**SGB V § 130a; BGB § 280 I**

**Leitsatz:** 1. Eine **Krankenkasse** hat gegen ein pharmazeutisches Unternehmen einen **Anspruch auf Schadensersatz** wegen nicht berücksichtigter **Herstellerrabatte** für Arzneimittel, wenn dies auf einer vom Pharmaunternehmen verschuldeten fehlerhaften Eintragung des Herstellerrabattes in der **Lauer-Taxe** beruht. Der Anspruch ergibt sich aus einer Pflichtverletzung des (Anbieter-)Vertrages zwischen dem Pharmaunternehmen und der Informationsstelle für Arzneispezialitäten GmbH (IFA-GmbH), der zugunsten der Krankenkasse Schutzwirkung entfaltet.

2. Die Angaben in der **Lauer-Taxe** entfalten **Bindungswirkung** für Dritte, auch wenn diese Angaben fehlerhaft sind.

3. **Pharmazeutische Unternehmen** tragen gegenüber Krankenkassen das Risiko verschuldet verursachter falscher Angaben in der Lauer-Taxe, welche nicht rückwirkend korrigierbar sind.

Das **SG** verurteilte auf Klage der Krankenkasse das bekl. pharmazeutische Unternehmen, an die Kl. 10.311,02 € nebst Zinsen zu zahlen und wies im Übrigen (Teil der Nebenforderung) die Klage ab.

b) Schiedsspruch zur frühen Nutzenbewertung: Patientengruppen/Verlust des Rügerechts

**LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 29.04.2021 - L 14 KR 218/18 KL**

**RID 21-03-123**

Revision anhängig: B 3 KR 6/21 R

juris

**SGB V §§ 35a, 130b; AMNutzenV §§ 4, 6**

**Leitsatz:** 1. Dem (nicht auslegungsbedürftigen) **Wortlaut eines Beschlusses des GBA** gebührt der Vorrang vor abweichenden Ausführungen in den tragenden Gründen dieses Beschlusses.

2. Der der **Schiedsstelle** durch § 130b Abs. 4 Satz 2 SGB V eingeräumte weite **Gestaltungsspielraum** ist durch § 130b Abs. 3 Satz 2 SGB V als *lex specialis* eingeschränkt.

3. Die Schiedsstelle nach § 130b Abs. 5 SGB V muss die **Versorgungsrealität** bei der Anwendung von § 130b Abs. 3 Satz 2 SGB V nicht berücksichtigen, wenn weder das Dossier des

pharmazeutischen Unternehmers noch der Nutzenbewertungsbeschluss des GBA Differenzierungen für bestimmte Patientengruppen vorsehen.

4. Die auf Bundes- bzw. regionaler Ebene geschlossenen **Vereinbarungen** nach § 84 Abs. 1 und 6, § 106b Abs. 1 SGB V binden die Schiedsstelle nach § 130b Abs. 5 SGB V bei der Beurteilung der **Wirtschaftlichkeit** von Arzneimitteln nicht.

5. Hätte ein Beteiligter an einem Schiedsverfahren noch vor dessen Abschluss erkennen müssen, dass die Schiedsstelle von aus seiner Sicht **unzutreffenden Tatsachen** ausgeht, muss er dies gegenüber der Schiedsstelle rügen. Erfolgt diese **Rüge** erstmals im gerichtlichen Verfahren, ist der Beteiligte insoweit präkludiert.

Das **LSG** wies die Klage gegen den Schiedsspruch der bekl. gemeinsamen Schiedsstelle nach § 130b V SGB V ab.

## 2. Häusliche Krankenpflege

a) Pflegekräfte ohne Erlaubnis zum Tragen der Berufsbezeichnung

**LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 19.03.2021 - L 26 KR 77/20**

**RID 21-03-124**

juris

**SGB V §§ 37 I, 69 I 3, 132a; BGB § 812**

**Leitsatz:** 1. Behandlungspflegerische Leistungen, die von **Pflegekräften** erbracht werden, die zwar eine entsprechende **Berufsausbildung abgeschlossen** haben, aber (noch) nicht über die nach z.B. dem Altenpflegegesetz oder dem Krankenpflegegesetz erforderliche **Erlaubnis zum Führen der jeweiligen Berufsbezeichnung** verfügen, ziehen keinen Vergütungsanspruch nach sich.

2. Bereits vergütete Leistungen können im Wege des öffentlich-rechtlichen **Erstattungsanspruchs** zurückgefordert werden.

3. Gleiches gilt im Falle eines durch das Abzeichnen „im Auftrag“ begründeten **Dokumentationsfehlers**.

*SG Berlin*, Ur. v. 26.11.2019 - S 122 KR 3704/15 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

b) Außerordentliche Kündigung

aa) Eignung und Zuverlässigkeit

**SG für das Saarland, Beschluss v. 15.06.2021 - S 1 KR 20/21 ER**

**RID 21-03-125**

juris

**SGB V §§ 132, 132a; SGG § 86b II**

**Leitsatz:** 1. Grobe Verletzungen der gesetzlichen oder vertraglichen Verpflichtungen gegenüber dem Patienten oder der Krankenkasse durch den Leistungserbringer berechtigen die Krankenkasse nach den §§ 13, 14 des Rahmenvertrages über die einheitliche Versorgung mit häuslicher Krankenpflege und Haushaltshilfe im Saarland zur **fristlosen Kündigung** des nach §§ 132, 132a SGB V geschlossenen **Versorgungsvertrages**.

2. Die Regelbeispiele der §§ 13, 14 des vg. Rahmenvertrages sind nicht abschließend. Als Grund, der den Ausspruch einer fristlosen Kündigung rechtfertigt, kann auch der Umstand gelten, dass der Leistungserbringer nicht (mehr) über die erforderliche **Eignung und Zuverlässigkeit** verfügt.

3. Leistungserbringer i.R.d. SGB V müssen nicht nur allgemein zur ordnungsgemäßen und fachgerechten Ausübung ihres Berufs bzw. ihrer Tätigkeit geeignet und in der Lage sein. Die Tätigkeit für die Krankenkassen stellt über diesen rein berufsrechtlichen und tätigkeitsbezogenen Aspekt hinaus besondere Anforderungen an die **persönliche Eignung und Zuverlässigkeit** eines Leistungserbringers. Die persönliche Eignung und Zuverlässigkeit bezüglich der besonderen Anforderungen an Qualität und Zuverlässigkeit der Leistungserbringung kann als allgemeiner Grundsatz des SGB V festgehalten werden (vgl. BSG, Ur. v. 13.12.2001 - B 3 KR 19/00 R - SozR 3-2500 § 124 Nr. 10).

4. Grobe, aber auch vielfache Pflichtverletzungen, die einen Bezug zur Tätigkeit des Leistungserbringers aufweisen, führen zu einer nachhaltigen Störung des besonderen **Vertrauensverhältnisses**, das mit dem Vertragsschluss zwischen den Kassen und dem Leistungserbringer entsteht. Kann die Eignung und Zuverlässigkeit eines Leistungserbringers als

Mindestgrundlage des Vertrauensverhältnisses nicht mehr bestätigt werden, berechtigt dies die Kasse zur sofortigen Beendigung des Vertragsverhältnisses.

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

bb) Grobe Verletzung der Verpflichtungen

**SG für das Saarland, Beschluss v. 15.06.2021 - S 20 KR 23/21 ER**

**RID 21-03-126**

juris

**SGB V §§ 132, 132a; SGB IX § 72; SGG §§ 86a II Nr. 4, 86b I 1 Nr. 2**

**Leitsatz:** 1. **Grobe Verletzungen** der gesetzlichen oder vertraglichen **Verpflichtungen** gegenüber dem Patienten oder der Krankenkasse sind nach den - nicht abschließend zu verstehenden - Regelbeispielen der §§ 14 Abs. 3, 13 Abs. 3 des Rahmenvertrages über die einheitliche Versorgung mit häuslicher Krankenpflege und Haushaltshilfe im Saarland gegeben, wenn u.a. der Patient infolge vorsätzlicher oder grob fahrlässiger **Pflichtverletzung** zu **Schaden** kommt oder nicht erbrachte Leistungen in **Betrugsabsicht** gegenüber der Krankenkasse abgerechnet werden.

2. Dass die Pflichtverletzungen Leistungen nicht nur nach dem **SGB V**, sondern auch nach dem **SGB XI** betreffen, ist ohne Belang, wenn der Pflegedienst Pflegeleistungen in beiden Bereichen anbietet und damit für die sorgfältige Ausführung aller angebotenen Leistungen die Gewähr übernimmt.

3. Lässt die Haltung des Pflegedienstes keine Bereitschaft erkennen, die den Krankenversicherungen Anlass zu der Erwartung geben könnte, bei entsprechenden Anstrengungen könne der Pflegedienst wieder die gesetzlichen und vertraglichen Anforderungen erfüllen, ist eine **außerordentliche Kündigung** nicht zu vermeiden.

Im Streit steht in dem einstweiligen Rechtsschutzverfahren, ob die zwischen der Ast. und den Ag. zu 1. bis 6. geschlossenen Versorgungsverträge durch die fristlose, hilfsweise fristgerechte Kündigung der Ag. rechtmäßig gekündigt worden sind und ob es die Ag. zu 2. zu unterlassen hat, Versicherte, die von der Ast pflegerisch versorgt werden, zu kontaktieren u.a. mit dem Ziel, einen Wechsel des Pflegedienstes anzuraten. Mit Bescheid vom Juli 2020 hatten die Ag. den Antrag der GmbH & Co KG auf Abschluss eines Vertrages zur häuslichen Krankenpflege nach § 132a IV SGB V und zur Haushaltshilfe nach § 132 SGB V wegen fehlender Eignung abgelehnt. Bei mehreren Versicherten seien Falschabrechnungen vorgenommen worden. Die Leistungserbringung und -abrechnung seien nicht durch qualifizierte Kräfte erfolgt. Außerdem bestünde der Verdacht auf Vorenthalten und Veruntreuung von Arbeitsentgelt in mindestens zwei Fällen sowie auf Verstoß gegen die Verordnung über zwingende Arbeitsbedingungen in der Pflegebranche. Im Übrigen sei auch u.a. eine Täuschung über die rechtmäßige Vertretungsbefugnis festzustellen. Insoweit sei ein Ermittlungsverfahren bei der Staatsanwaltschaft eingeleitet worden. Eine Betriebsaufgabe führe zur Beendigung der Versorgungsverträge nach §§ 132 a, 132 SGB V sowie nach § 72 SGB XI. Der frühere Pflegedienst sei beendet worden. Im Rahmen der Qualitätsprüfung des MDK sei festgestellt worden, dass die Ast. mit ihrem Einzelunternehmen keine Pflegeaufträge mehr übernehme, sondern alle Patienten über die nicht zugelassene GmbH & Co. KG versorgt würden. Gegenüber dem MDK sei selbst angegeben worden, dass der frühere Pflegedienst nicht mehr existiere eine Leistungserbringung und Abrechnung sei nicht mehr möglich. Das *SG* lehnte den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab.

### **3. Spezialisierte ambulante Palliativversorgung: Genehmigung der Krankenkasse und Vergütung**

**LSG Sachsen, Urteil v. 24.03.2021 - L 1 KR 259/18**

**RID 21-03-127**

juris

**SGB V §§ 37b, 132d**

**Leitsatz:** Wer ohne die vertraglich vorgesehene **Genehmigung der Krankenkasse** und in Kenntnis der den Sachleistungsanspruch des Versicherten ablehnenden Bescheide Leistungen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung erbringt, bleibt ohne Anspruch auf **Vergütung**.

*SG Dresden*, Gerichtsbb. v. 24.05.2018 - S 18 KR 879/15 - wies die Klage ab, das *LS*; *G* die Berufung zurück.

## IX. Krankenkassen/Verfahrensrecht

Nach BSG, Urt. v. 18.05.2021 - **B I A 2/20 R** - fehlte es für die Beanstandung der Entscheidung des Verwaltungsrats des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen, den im Haushaltsplan vorgesehenen **Beitrag** nach § 20a III 4 SGB V an die **Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)** nach Beratung darüber mit einem Sperrvermerk zu versehen, an einer Rechtsgrundlage. Die Voraussetzungen für ein aufsichtsbehördliches Einschreiten lagen auch in der Sache nicht vor. Die gesetzlichen Regelungen in **§ 20a III u. IV SGB V** über die Beauftragung und Vergütung der BZgA **verstoßen gegen Art. 87 II GG. Der Bund muss die organisatorische und finanzielle Selbstständigkeit der Sozialversicherungsträger (hier der Krankenkassen) wahren und darf seinen eigenen Behörden keine Aufgaben der Sozialversicherung übertragen.** Die Beitragsmittel der Versicherten dürfen **allein zur Finanzierung der Aufgaben der Sozialversicherung** eingesetzt werden. Diese verfassungsrechtlichen Vorgaben unterläuft die in § 20a III u. IV SGB V geregelte Konstruktion einer **gesetzlichen Beauftragung der BZgA durch den GKV-Spitzenverband** mit einer pauschalen, vom Auftragsumfang unabhängigen Vergütung. Die Aufgaben im Zusammenhang mit den Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten, die im Rahmen eines gesetzlichen Auftragsverhältnisses dauerhaft der BZgA übertragen werden, sind im Gesetz nur vage formuliert und nicht näher präzisiert. Gleichwohl erhält die BZgA eine vom konkreten Umfang ihres Tätigwerdens losgelöste pauschale Mindestvergütung. Schon die Höhe dieser Vergütung (im Jahr 2016 ca. 31 Mio €), die annähernd ein Viertel der Gesamtausgaben der Krankenkassen für die Leistungen nach § 20a SGB V ausmacht, spricht dagegen, dass die BZgA als bloße Hilfsbehörde den Trägern der Sozialversicherung untergeordnet ist. Zwar sind die Mittel zweckgebunden und ist die BZgA über die Ausführung des Auftrags rechenschaftspflichtig. Allerdings sind nicht zweckentsprechend eingesetzte bzw. nicht erforderliche Vergütungsanteile von der BZgA auch nicht zu erstatten. Sie verbleiben folglich **dauerhaft im Bundeshaushalt und damit dem Zugriff der Sozialversicherung entzogen.** Die Zahlungspflicht des klagenden GKV-Spitzenverbandes ist insofern von der Aufgabenerfüllung durch die BZgA abgekoppelt. Dieser Umstand wiegt umso schwerer, als die BZgA Leistungen auch dann erbringt, wenn die im Gesetz vorgesehene Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und der BZgA nicht zustande kommt. Die BZgA hat hinsichtlich dieser Vereinbarung eine ganz erhebliche Verhandlungsmacht, die es ihr ermöglicht, Inhalt und Umfang des Auftragsverhältnisses weitgehend mitzubestimmen. Ein **gesetzliches Auftragsverhältnis**, dessen Inhalt und Umfang der Auftragnehmer weitgehend mitbestimmen oder gar diktieren kann und für das er auch noch eine hiervon unabhängige jährliche Vergütung erhält, ist letztlich nichts anderes, als die **Einräumung einer originären gesetzlichen Zuständigkeit.** Für diese gäbe es vorliegend aber im Rahmen der Sozialversicherung gerade keine Kompetenzgrundlage. Eine verfassungskonforme Auslegung ist nicht möglich. Selbst bei einer Beschränkung der BZgA auf intern unterstützende Zuarbeiten unter Aufsicht des GKV-Spitzenverbandes wäre die der BZgA zustehende pauschale Mindestvergütung auf Dauer nicht zu rechtfertigen. Es würde sich der Sache nach um einen verfassungsrechtlich **unzulässigen Transfer von Beitragsmitteln in den Bundeshaushalt ohne adäquate Gegenleistung** handeln. Der **GKV-Spitzenverband** war im Interesse der Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen auch berechtigt, **sich auf die Verfassungswidrigkeit der gesetzlichen Regelungen zu berufen**, um eine verfassungsrechtliche Prüfung durch die Gerichte herbeizuführen. Ihm ist mit der gesetzlichen Zuerkennung des Körperschaftsstatus und der Zuweisung von Selbstverwaltung **einfachrechtlich eine rechtlich geschützte Kompetenzsphäre zugewiesen**, die durch Art. 87 II GG verfassungsrechtlich gebilligt und anerkannt ist. Da einzelne Versicherte eine verfassungsrechtliche Überprüfung der Verwendung von Beitragsmitteln nach der Rechtsprechung des BVerfG und des BSG nur erwirken können, wenn sich diese unmittelbar auf den Beitragssatz auswirkt, besteht ein **auch im Rechtsstaatsprinzip begründetes Bedürfnis**, den Sozialversicherungsträgern ungeachtet ihrer fehlenden eigenen Grundrechtsfähigkeit die Möglichkeit einzuräumen, im Interesse der Gesamtheit ihrer Mitglieder eine gerichtliche Überprüfung gesetzlicher Regelungen auf ihre Vereinbarkeit mit den verfassungsrechtlichen Vorgaben für die Sozialversicherung herbeizuführen. Denn die Mitglieder der Sozialversicherungsträger unterliegen in aller Regel der Versicherungs- und Beitragspflicht, die schon für sich betrachtet einen Eingriff in Art. 2 I GG begründet und deshalb - anders als im Bereich steuerfinanzierter Sozialstaatsverwaltung - erhöhte Anforderungen an die Ausgestaltung des Beitragsrechts sowie die Mittelverwendung stellt. An einer **Vorlage an das BVerfG gemäß Art 100 Abs. 1 GG** war der Senat **gehindert**. Da es für die Aufsichtsmaßnahme des BMG auch an einer Rechtsgrundlage fehlt, ist die Entscheidung des Senats von der Verfassungsmäßigkeit des § 20a III u. IV SGB V nicht abhängig.

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

Obliegenheit zur Nutzung der eGK und deren Verfassungsmäßigkeit werden hierdurch nicht tangiert. Dafür, dass die Beklagte selbst die gesetzlichen Grundlagen verlassen hat, bestehen keine Anhaltspunkte.

## 1. Kein Anordnungsgrund ohne Inanspruchnahme einer zusprechenden Entscheidung

LSG Bayern, Urteil v. 26.04.2021 - L 20 KR 45/21 B ER

RID 21-03-128

juris

AMG § 73 I, III; GG Art. 19 IV

**Leitsatz:** 1. Die Frage, ob ein **Anordnungsgrund** gegeben ist, darf nicht schematisch beurteilt werden. Erforderlich ist eine wertende Betrachtung im Rahmen einer Einzelfallentscheidung. Dabei dürfen die Anforderungen an die Glaubhaftmachung eines Anordnungsgrundes nicht überspannt werden.  
2. Wird mit der zunächst erfolgten Beantragung eines **Hängebeschlusses** eine besondere Dringlichkeit angegeben, dann aber trotz einer zusprechenden erstinstanzlichen Entscheidung im normalen Eilrechtsschutz von der Möglichkeit der **Inanspruchnahme einer Leistung** mit Blick auf einen etwaigen **Rückforderungsanspruch** abgesehen und ist auch nicht überwiegend wahrscheinlich, dass eine zusprechende zweitinstanzliche Entscheidung in Anspruch genommen wird, ist ein Anordnungsgrund nicht (mehr) glaubhaft gemacht.

*SG Nürnberg*, Beschl. v. 18.01.2021 - S 7 KR 955/20 ER - juris verpflichtete die Ag. (Krankenkasse), vorläufig, bis zum Eintritt der Rechtskraft in der Hauptsache, längstens jedoch bis zum 31.12.2021, die Versorgung des Ast. mit dem Arzneimittel Translarna (Wirkstoff: Ataluren) zu genehmigen. Das *LSG* lehnte den Antrag auf Gewährung einstweiligen Rechtsschutzes ab.

## 2. Zustellung mit elektronischem Empfangsbekanntnis

LSG Bayern, Beschluss v. 08.05.2020 - L 5 KR 610/19

RID 21-03-129

*Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 3 KR 2/21 R*

juris

SGG § 151; ZPO §§ 130a, 174

**Leitsatz:** 1. Für den Lauf der **Berufungsfrist** kommt es auf die tatsächliche Vorlage eines **elektronisch zugestellten Dokuments** durch die Kanzleiverwaltung an den bearbeitenden Rechtsanwalt nicht an.

2. Wenn in der Kanzleiorganisation auch **Auszubildende** berechtigt sind, das beA zu verwalten und ohne korrespondierende Informationspflichten an den Rechtsanwalt **eEB zu versenden**, ist die nicht ausreichende Schulung und Überwachung des Anwaltspersonals belegt.

*SG Regensburg*, Urt. v. 04.09.2019 - S 14 KR 1017/18 - wies die Klage auf höheres Krankengeld ab dem 04.12.2017 ab. Das *LSG* verwarf die Berufung als unzulässig.

## X. Bundessozialgericht (BSG)

### 1. Kostenerstattung: Keine Genehmigungsfiktion bei Vorfestlegung

BSG, Urteil v. 25.03.2021 - B 1 KR 22/20 R

RID 21-03-130

juris

Ein Versicherter, der schon vor Ablauf der maßgeblichen Entscheidungsfristen nach § 13 IIIa SGB V auf die **Selbstbeschaffung** der beantragten Leistung **vorfestgelegt** ist, hat keinen Anspruch auf Kostenerstattung gegen die Krankenkasse aufgrund einer **Genehmigungsfiktion** (vgl. dazu nunmehr umfassend BSG, Urt. v. 27.10.2020 - B 1 KR 3/20 R - BSGE <vorgesehen> = SozR 4-2500 § 13 Nr. 55 <vorgesehen>).

### 2. Therapiedreirad-Tandem

BSG, Urteil v. 07.05.2020 - B 3 KR 7/19 R

RID 21-03-131

SozR 4-2500 § 33 Nr. 54 = FEVS 72, 202 = Die Leistungen Beilage 2021, 164

**Leitsatz:** 1. Bei einer bestehenden Behinderung dient ein Hilfsmittel zur **Vorbeugung einer drohenden Behinderung**, wenn mit dessen Einsatz im Schwerpunkt die Verschlimmerung der Behinderung verhütet oder der Hinzutritt einer wertungsmäßig neuen Behinderung abgewendet wird.

2. Bei der Prüfung eines Anspruchs auf ein Hilfsmittel zum Behinderungsausgleich ist das zu befriedigende **Grundbedürfnis nach Mobilität** nicht zu eng zu fassen in Bezug auf die Art und Weise, wie sich Versicherte den Nahbereich der Wohnung zumutbar und in angemessener Weise erschließen.

### 3. Beziehungen zu Krankenhäusern: Verlegung ohne aktives Tun des Krankenhauses

**BSG, Urteil v. 27.10.2020 - B 1 KR 12/20 R**

**RID 21-03-132**

SozR 4-5562 § 9 Nr. 18 = KRS 2021, 178

**Leitsatz:** Eine **Verlegung** im Sinne der Fallpauschalenvereinbarung 2013 (juris: FPVVG 2013) setzt nur voraus, dass ein Versicherter innerhalb von 24 Stunden aus einem **Krankenhaus entlassen** und in ein anderes Krankenhaus **aufgenommen** wurde.

### 4. Unmittelbare Klage gegen Nutzenbewertungsbeschluss des GBA

**BSG, Urteil v. 10.09.2020 - B 3 KR 11/19 R**

**RID 21-03-133**

SozR 4-2500 § 35a Nr. 6 = KrV 2021, 31 = Die Leistungen Beilage 2021, 142

**Leitsatz:** Zum **Rechtsschutz** gegen den ein Arzneimittel mit einem neuen Wirkstoff betreffenden **Nutzenbewertungsbeschluss** des Gemeinsamen Bundesausschusses (erste Stufe), wenn kein Schiedsspruch über den Erstattungsbetrag (zweite Stufe) ergangen ist, sondern eine **Erstattungsbetragsvereinbarung** getroffen wurde.

## C. ENTSCHEIDUNGEN ANDERER GERICHTE

### I. Ärztliches Berufsrecht

#### 1. Berufspflichten

a) Verordnung von Substitutionsmitteln trotz des Beigebrauchs von Benzodiazepin

**Berufsgericht für Heilberufe Berlin, Urteil v. 04.06.2021 - 90 K 4.19 T**

**RID 21-03-134**

juris

**HeilBKG BE § 92**

**Leitsatz:** Die Berufspflichten zur **gewissenhaften Berufsausübung** gemäß § 2 Abs. 2 BO und zur Beachtung der für die Berufsausübung geltenden Rechtsvorschriften nach § 2 Abs. 5 der Berufsordnung der Ärztekammer Berlin sind nicht verletzt, wenn ein Arzt einer drogenabhängigen Patientin **Substitutionsmittel** zum Eigengebrauch für eine Woche trotz des **Beigebrauchs von Benzodiazepin** verschreibt, wenn und solange er sich davon überzeugt, dass damit keine schwerwiegende Selbstgefährdung der Patientin verbunden ist. § 5 BtMVV i.V.m. der dazu ergangenen Richtlinie der Bundesärztekammer enthalten insoweit keine strikten Vorgaben, sondern eröffnen dem Arzt einen Beurteilungsspielraum.

b) Aufforderung des Sozialgerichts zur Erstellung eines Befundberichts

**Berufsgericht für Heilberufe Berlin, Urteil v. 04.06.2021 - 90 K 2.19 T**

**RID 21-03-135**

juris

**HeilBKG BE § 92**

**Leitsatz:** Die Berufspflicht aus § 25 S. 2 der Berufsordnung der Ärztekammer Berlin, **Zeugnisse**, zu deren Ausstellung Ärztinnen und Ärzte verpflichtet sind oder die auszustellen sie übernommen haben, innerhalb einer angemessenen Frist abzugeben, ist nicht verletzt, wenn ein **Arzt auf Aufforderung des Sozialgerichts** keinen **Befundbericht** erstellt. Aus der einschlägigen Regelung in § 377 Abs. 3 S. 1 ZPO (i.V.m. § 118 Abs. 1 S. 1 SGG) folgt keine rechtliche Verpflichtung. Danach kann das Gericht eine schriftliche Beantwortung der Beweisfrage anordnen, wenn es dies im Hinblick auf den Inhalt der Beweisfrage und die Person des Zeugen für ausreichend erachtet. Als Folge der Unterlassung ist der Arzt gemäß § 377 Abs. 3 S. 3 ZPO als sachverständiger Zeuge zu laden. Erst daraus folgt eine Rechtspflicht.

c) Unerlaubte Zuwendung: Grundstückskaufvertrag mit Patienten

**VG Berlin, Urteil v. 30.04.2021 - 90 K 6.19 T**

**RID 21-03-136**

juris

**Berlin HeilBKG § 92**

**Leitsatz:** Eine **unerlaubte Zuwendung** im Sinne des § 32 Abs. 1 der Berufsordnung der Ärztekammer Berlin liegt nicht schon dann vor, wenn ein Arzt von einer Patientin ein **Grundstück** zu einem angemessenen Kaufpreis **erwirbt**. Die bloße Gelegenheit zum Abschluss des Grundstückskaufvertrags stellt bei wirtschaftlicher Betrachtung kein Geschenk oder einen anderen Vorteil dar. Jedenfalls wäre davon abgesehen eine Unrechtsvereinbarung erforderlich, um einen Zusammenhang mit der ärztlichen Berufsausübung herstellen zu können.

d) Berufsgerichtliches Verfahrens nach Verlegung der ärztlichen Tätigkeit

**VG Bremen, Beschluss v. 18.06.2021 - 10 K 1334/20**

**RID 21-03-137**

juris

**HeilBerG Bremen § 62**

**Leitsatz:** 1. Der **Berufsgerichtsbarkeit** des Landes Bremen für Heilberufe unterliegen nur Kammerangehörige.

2. **Endet die Kammerzugehörigkeit** nach Eröffnung des berufsgerichtlichen Verfahrens, kann das Verfahren fortgesetzt werden, sofern die Berechtigung zur Ausübung des Berufs weiter besteht.
3. **Verlegt** der Beschuldigte vor Eröffnung des berufsgerichtlichen Verfahrens seine ärztliche Tätigkeit in ein **anderes Bundesland** und scheidet damit aus einer Heilberufskammer des Landes Bremen aus, ist der Antrag auf Einleitung eines berufsgerichtlichen Verfahrens als unzulässig abzulehnen.
4. § 63 Abs. 4 BremHeilBerG, wonach ein Kammerangehöriger auch wegen **Berufsvergehen** verfolgt werden kann, die er während seiner **früheren Kammerangehörigkeit** begangen hat, bezieht sich auf Kammerangehörige, die nach einem vorübergehenden Verlust der Mitgliedschaft in einer Heilberufskammer des Landes Bremen wieder Mitglied dieser Kammer werden.

## 2. Strafrecht

a) BVerfG: Umgehung des Beteiligungsverbots für Apotheker an MVZ

**BVerfG, 2. Sen. 2. Ka., Beschluss v. 05.05.2021 - 2 BvR 2023/20, 2 BvR 2041/20** **RID 21-03-138**  
juris  
**SGB V § 95 Ia; StGB § 263 I; GG Art. 103 II**

Die Verfassungsbeschwerde gegen **BGH**, Urt. v. 19.08.2020 - 5 StR 558/19 - BGHSt 65, 110, RID 20-04-138 wird nicht zur Entscheidung angenommen.

§ 263 StGB knüpft nicht an die Missachtung des § 95 Ia SGB V an. Der **strafrechtliche Vorwurf**, der den Bf. gemacht wird, ist nicht der Betrieb eines MVZ, sondern ihre Beteiligung an der **Täuschung der Mitarbeiter der KV sowie der Krankenkasse**. § 95 Ia SGB V ist für ihre Strafbarkeit nur insofern von Belang, als sich aus ihm das Entfallen eines Vergütungsanspruches gegenüber Krankenkassen und KVen ergibt. Für die Strafbarkeit der Bf. ist die Verfassungswidrigkeit des § 95 Ia SGB V demnach bedeutungslos.

Einzelne Tatbestandsmerkmale einer Strafrechtsnorm dürfen also auch innerhalb ihres möglichen Wortsinns nicht so weit ausgelegt werden, dass sie vollständig in anderen Tatbestandsmerkmalen aufgehen, also zwangsläufig mit diesen mitverwirklicht werden (Verschleifung oder **Entgrenzung von Tatbestandsmerkmalen**). Der BGH legt trennscharf die Verwirklichung der einzelnen Tatbestandsmerkmale dar und hat der Schadensbetrachtung ersichtlich eine wirtschaftliche Sichtweise zugrunde gelegt. Dass für die wirtschaftliche Bewertung eines Zahlungsvorganges auch die **sozial- und zivilrechtlichen Rahmenbedingungen** maßgeblich sind, stellt kein Spezifikum der kassenärztlichen Abrechnung dar, sondern spiegelt lediglich wieder, dass erst die Anerkennung einer Forderung durch die Rechtsordnung dieser in einem Rechtsstaat wirtschaftlichen Wert verleiht.

§ 95 Ia SGB V stellt keine an sich vermögensschützende Norm dar. Denn Gegenstand des strafrechtlichen Betrugsvorwurfs ist nicht der Verstoß gegen diese Vorschrift, sondern die **wahrheitswidrige Abrechnung trotz sozialrechtlich nicht bestehenden Vergütungsanspruchs**. Soweit KVen oder Krankenkassen auf solche Abrechnungen irrtumsbedingt zahlen, sind sie wirtschaftlich geschädigt.

b) BGH: Betrügerische Verschreibung häuslicher Krankenpflege keine Untreue

**BGH, Beschluss v. 11.05.2021 - 4 StR 350/20** **RID 21-03-139**  
juris  
**SGB V § 37; StGB § 266 I**

**Leitsatz:** Bei der **Verordnung von häuslicher Krankenpflege** gemäß § 37 Abs. 2 SGB V obliegt dem verordnenden Kassenarzt **keine Betreuungspflicht** im Sinne des § 266 Abs. 1 StGB hinsichtlich des Vermögens der gesetzlichen Krankenkassen (Abgrenzung zu BGH, Beschluss vom 16. August 2016 - 4 StR 163/16).

Nach den Feststellungen betrieb der Angekl., ein **Facharzt für Allgemeinmedizin** mit kassenärztlicher Zulassung, eine Praxis in Bochum. In unmittelbarer räumlicher Nähe befand sich der von seiner Ehefrau mitgegründete Pflegedienst E. Die Ehefrau des Angekl., die bis zur Rückgabe ihrer kassenärztlichen Zulassung und dem Verlust ihrer Approbation zum 31.05.2014 als Ärztin zusammen mit ihrem Ehemann gearbeitet hatte, verfolgte die Absicht, für einige ihrer ehemaligen gesetzlich krankenversicherten Patienten auf der Grundlage entsprechender ärztlicher Verordnungen Anträge auf häusliche Krankenpflege zu stellen und dabei lediglich vorzuspiegeln, dass diese Patienten nicht in der Lage seien, bestimmte näher angeführte

Behandlungsmaßnahmen selbst vorzunehmen und deshalb der häuslichen Krankenpflege bedürftigen. Dabei ging sie davon aus, dass die beantragten Pflegeleistungen ordnungsgemäß genehmigt werden würden. Zu diesem Zweck veranlasste sie die jeweiligen Patienten, mit der E Behandlungsverträge abzuschließen, um die jeweiligen Leistungen sodann gegenüber den Krankenkassen abrechnen zu können. In der Zeit vom 31.10.2014 bis zum 15.12.2015 erstellte der Angekl. auf „Anforderung“ der E in 16 Fällen für fünf Patienten Verordnungen für häusliche Krankenpflege, wobei er u.a. wahrheitswidrig vorgab, dass die verordneten Pflegemaßnahmen auch erforderlich waren. Dabei nahm er es im finanziellen Interesse seiner Ehefrau zumindest billigend in Kauf, dass die tatsächlichen Voraussetzungen für eine häusliche Krankenpflege nicht vorlagen, weil die Patienten keiner externen Unterstützung bedurften. Die verordneten Leistungen wurden von E gegenüber den Krankenkassen in Höhe von 35.014,34 € abgerechnet. Das **Landgericht Bochum** verurteilte den Angekl. wegen Untreue in sechzehn Fällen zu einer Gesamtfreiheitsstrafe von einem Jahr und setzte die Strafe zur Bewährung aus. Der **BGH** änderte das Ur. im Schuldspruch dahingehend ab, dass der Angekl. der Beihilfe zum Betrug in 16 Fällen schuldig ist, und hob es im Strafausspruch mit den zugehörigen Feststellungen unter Zurückverweisung auf. Die weiter gehende Revision verwarf er.

### c) Werbung für Schwangerschaftsabbruch

**AG Coesfeld, Urteil v. 20.05.2021 - 3a Ds - 30 Js 580/20 - 249/20**

**RID 21-03-140**

juris  
**StGB § 219a**

Die Vorschrift des **§ 219a StGB** i.d.F. vom 22.03.2019 mit Geltung vom 29.03.2019 bis zum 31.12.2020 ist - wie auch die neue Fassung - **nicht** im Sinne des Art. 100 GG **verfassungswidrig** (Anschluss an KG Berlin, Beschl. v. 19.11.2019 - (3) 121 Ss 143/19 (80 + 81/19 - juris); OLG Frankfurt, Beschl. v. 22.12.20 - 1 Ss 96/20 - RID 21-01-173 unter Verweis auf Beschl. v. 26.06.2019 - 1 Ss 15/19 - RID 19-03-160).

Das **AG** verurteilte den Angekl. zu einer Geldstrafe von 20 Tagessätzen zu je 150 €

### 3. Verstoß gegen Abstinenzgebot: Fristlose Kündigung

**LAG Köln, Urteil v. 18.03.2021 - 8 Sa 765/20**

**RID 21-03-141**

juris  
**BGB § 626**

Ein **psychologischer Leiter einer Tagesklinik**, der eine **intime Beziehung** zu einer von ihm therapeutisch behandelten **Patientin** jedenfalls kurz nach Beendigung der Behandlung dieser Patientin und damit vor Ablauf einer angemessenen Karenzzeit aufnimmt, verstößt so schwerwiegend gegen seine berufsethischen und arbeitsvertraglichen Pflichten, dass dem Arbeitgeber die Fortsetzung des Arbeitsverhältnisses nicht zuzumuten ist.

### 4. Erwerb der Fachkunde im Strahlenschutz

**VG München, Urteil v. 04.03.2021 - M 27 K 18.867**

**RID 21-03-142**

juris  
**StrlSchG § 1 I; StrlSchV**

Die **Gesundheit der Bevölkerung** ist ein besonders wichtiges Gemeinschaftsgut. Dessen Schutz rechtfertigt bei Ärzten **strenge fachliche Maßstäbe** (BVerfG, Beschl. v. 14.03.1989 - 1 BvR 1033/82 - BVerfGE 80, 1, juris Rn. 66). In den Blick zu nehmen ist bei der Bewertung zudem der Zweck des Strahlenschutzes, Mensch und Umwelt vor der schädlichen Wirkung ionisierender Strahlung zu schützen (vgl. § 1 I StrlSchG).

Nach dem Ergebnis des **Fachgesprächs** hat der Kl. wesentliche Defizite und Schwächen bei der Indikationsstellung, bei der physikalischen Implikation der Strahlenqualität, bei der klinischen Bewertung der Partikelstrahlentherapie sowie beim Strahlenschutz, einschl. der formalen Abläufe. Das Gericht sieht durchaus die Erfahrung des Kl. im Gebiet der Strahlentherapie. Entsprechende für die Erteilung einer Fachkundebescheinigung im Bereich des streitgegenständlichen Anwendungsgebiets Protonentherapie erforderliche Kenntnisse konnte er im Rahmen des Fachgesprächs jedoch nicht nachweisen. Ausweislich der Abschrift der Audioaufzeichnung konnte der Kl. insb. Fragen zu der Indikationsstellung, der Bestrahlung von Kindern, zur physikalischen Implikation der Strahlenqualität,

zur klinischen Bewertung der Partikelstrahlentherapie und zum Strahlenschutz nicht in ausreichendem Maße beantworten. Hierbei handelt es sich um zentrale Bereiche im Bereich der Partikelbestrahlung, welche die oben genannten Schutzgüter in besonderem Maße berühren.

Die dem Kl. erteilte **Auflage eines dreimonatigen Selbststudiums** ist rechtmäßig. Mangels spezieller rechtlicher Vorgaben begegnet es keinen rechtlichen Bedenken, dass die Bekl. auf Prüfungen der vorliegenden Art die **WBO entsprechend anwendet**.

## 5. Aufhebung der Zusatzbezeichnung Homöopathie

OVG Bremen, Beschluss v. 02.06.2021 - 2 D 214/20

RID 21-03-143

juris

VwGO § 47; GG Art. 12, 14; HeilBerG Bremen § 31

**Leitsatz:** Einem Facharzt, der sich im Normenkontrollverfahren des § 47 VwGO gegen die **Aufhebung der Zusatzbezeichnung Homöopathie** in der Neufassung der Weiterbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte im Lande Bremen richtet, fehlt die Antragsbefugnis, wenn er die Zusatzbezeichnung Homöopathie bereits erworben hat und er sie nach der Neuregelung weiterhin führen darf.

## II. Arzthaftung

### 1. Bundesgerichtshof (BGH)

a) Therapeutische Aufklärung/Dokumentationspflicht/Änderung der elektronischen Dokumentation

BGH, Urteil v. 27.04.2021 - VI ZR 84/19

RID 21-03-144

juris

BGB §§ 630c, 630f, 823; ZPO § 286

**Leitsatz:** 1. In § 630c Abs. 2 Satz 1 BGB sind die vom Senat entwickelten Grundsätze zur **therapeutischen Aufklärung** bzw. Sicherungsaufklärung kodifiziert worden. Diese Grundsätze gelten inhaltlich unverändert fort; neu ist lediglich die Bezeichnung als **Informationspflicht**.

2. Der Umfang der **Dokumentationspflicht** ergibt sich aus § 630f Abs. 2 BGB. Eine Dokumentation, die aus **medizinischer Sicht** nicht erforderlich ist, ist auch aus Rechtsgründen nicht geboten.

3. Einer **elektronischen Dokumentation**, die nachträgliche **Änderungen** entgegen § 630f Abs. 1 Satz 2 und 3 BGB nicht erkennbar macht, kommt keine positive Indizwirkung dahingehend zu, dass die dokumentierte Maßnahme von dem Behandelnden tatsächlich getroffen worden ist.

b) Aufklärung: Nicht allgemein anerkannte medizinische Behandlungsmethode

BGH, Urteil v. 18.05.2021 - VI ZR 401/19

RID 21-03-145

juris

BGB §§ 280 I 1, 823; ZPO § 138 I

**Leitsatz:** 1. Bei der Anwendung einer (noch) **nicht allgemein anerkannten medizinischen Behandlungsmethode** sind zur Wahrung des **Selbstbestimmungsrechts** des Patienten erhöhte Anforderungen an dessen **Aufklärung** zu stellen. Dem Patienten müssen nicht nur das Für und Wider dieser Methode erläutert werden, sondern er ist auch darüber aufzuklären, dass der geplante Eingriff nicht oder noch nicht medizinischer Standard ist. Eine Neulandmethode darf nur dann am Patienten angewandt werden, wenn diesem zuvor unmissverständlich verdeutlicht wurde, dass die neue Methode die Möglichkeit unbekannter Risiken birgt.

2. Gedankliche Voraussetzung der **hypothetischen Einwilligung** ist die Hypothese einer ordnungsgemäßen, insbesondere auch vollständigen Aufklärung. Diese Hypothese ist auch der Beurteilung der Frage zugrunde zu legen, ob der Patient einen Entscheidungskonflikt plausibel gemacht hat. Der Trichter hat dem Patienten vor seiner - zur Feststellung der Frage, ob dieser in einen Entscheidungskonflikt geraten wäre, grundsätzlich erforderlichen - Anhörung mitzuteilen, welche Aufklärung ihm vor dem maßgeblichen Eingriff richtigerweise hätte zuteilwerden müssen.

3. Zu den Anforderungen an die **Substantiierung** des klagebegründenden Vortrags.

c) Gehörsverletzung: Unzutreffende Erfassung eines Befundberichts

**BGH, Beschluss v. 13.04.2021 - VI ZR 498/19**

**RID 21-03-146**

juris

GG Art. 103 I; ZPO § 544 IX

**Leitsatz:** Zu einer **Gehörsverletzung** wegen offensichtlich unzutreffender Erfassung des Inhalts eines von einer Partei vorgelegten **Befundberichts** in einer Arzthaftungssache.

## 2. Behandlungsfehler

a) Arthroskopie: Diagnostik zur Operationsindikation

**OLG Hamm, Urteil v. 08.06.2021 - 26 U 74/20**

**RID 21-03-147**

juris

BGB §§ 249, 253 II, 280 I, 630a, 823 I

Vor Durchführung einer **Arthroskopie** ist eine **MRT-Untersuchung** nicht zu veranlassen, wenn die im Vorfeld des Eingriffs erfolgten Röntgenuntersuchungen, die sonographische Untersuchung und die klinischen Untersuchungen zur Beurteilung der Frage, ob eine Operation indiziert ist, ausreichend sind.

b) Einsatz eines Traktionsstabs im Rahmen einer Hüftarthroskopie

**OLG Dresden, Urteil v. 01.06.2021 - 4 U 209/21**

**RID 21-03-148**

juris

BGB §§ 630e, 630h

**Leitsatz:** 1. Es steht zur **Beweislast** des klagenden Patienten, dass die behaupteten Schäden sich in einem Bereich ereignet haben, der von Behandlungsseite vollbeherrschbar ist.

2. Beim Einsatz eines **Traktionsstabs** im Rahmen einer **Hüftarthroskopie** können Druckschäden nicht sicher vermieden werden. Derartige Schäden stellen daher kein vollbeherrschbares Risiko dar.

3. Der in einem **Aufklärungsgespräch** erfolgte Hinweis auf mögliche Druckschäden, die „meist nicht zu Dauerschäden“ führen, vermittelt nicht den unzutreffenden Eindruck, derartige Dauerschäden könnten unter keinen Umständen eintreten.

c) Aufklärung/Anlage eines Zentralvenenkatheters

**OLG Dresden, Urteil v. 29.06.2021 - 4 U 1388/20**

**RID 21-03-149**

juris

BGB §§ 253, 630a, 630a ff.

**Leitsatz:** 1. Der vom Arzt zu führende **Beweis** für ein ausreichendes **Aufklärungsgespräch** erfordert nicht dessen konkrete Erinnerung. Er kann auch durch den Nachweis einer „ständigen Übung“ geführt werden, wenn die Angaben des Arztes hierzu schlüssig sind und durch die Dokumentation im Wesentlichen bestätigt werden.

2. Die Anlage eines **Zentralvenenkatheters** über die vena femoralis ohne Ultraschallüberwachung entsprach im Jahr 2013 dem medizinischen Behandlungsstandard.

d) Hilfen bei der Bewältigung der Bewältigung eines  
Narkosezwischenfalls/Schmerzensgeld

**LG München II, Urteil v. 04.05.2021 - 1 O 2667/19 Hei**

**RID 21-03-150**

juris  
**BGB § 630c II 2**

**Leitsatz:** 1. Zu den ärztlichen Hauptpflichten aus dem Behandlungsvertrag gehört es, einem Patienten Ursachen, Verlauf und Folgen eines **Zwischenfalls** zu erläutern und ihm **Hilfen bei der Bewältigung** anzubieten, soweit der Patient hierauf angewiesen ist, um das Erlebte angemessen verarbeiten zu können. Dies obliegt der Behandlerseite bereits ab dem Moment des Eintritts des Schadens, aber erforderlichenfalls auch noch in der Folgezeit, ggf. auch noch nach Erhebung einer Arzthaftungsklage; das gilt insb. dann, wenn ein erstes gerichtliches Sachverständigengutachten zu dem Ergebnis kommt, die Beschwerden seien iatrogen und nicht Folge eines pathologischen Prozesses. Im Einzelfall kann dies sogar die Notwendigkeit implizieren, auch bei Ablehnung eines gerichtlichen Vergleichsvorschlages durch den Patienten, welchen die Bekl. angenommen hätten, die Haftung – wenigstens dem Grunde nach – anzuerkennen und das Bedauern zum Ausdruck zu bringen. Kommt die Behandlerseite dieser Pflicht zum **Eingeständnis ihrer Verantwortlichkeit** über einen langen Zeitraum nicht nach, obwohl es verschiedene Anlässe hierzu gegeben hat, so führen diese Anlässe nicht zum Vorliegen mehrerer Pflichtverletzungen; vielmehr liegt insgesamt **nur eine Pflichtverletzung** vor, deren Dauer und – im Hinblick auf die mehrfachen Anlässe zu pflichtgemäßem Verhalten festzustellende – Nachhaltigkeit aber **schmerzensgelderhöhend** zu berücksichtigen ist.

2. Dem Geschädigten ist es nicht verwehrt, auf eine **Aufarbeitung des Sachverhalts und der Verantwortlichkeiten** mittels eines **Urteils** zu bestehen, anstatt sich mit den Schädigern gütlich zu einigen. Die durch die Fortdauer des Prozesses verbundenen Belastungen sind auch in diesem Fall – bis zur Grenze einer Begehrensneurose – dem Grunde nach ersatzfähige Folgen des Behandlungsfehlers. Indes trifft den Patienten ein Mitverschulden, wenn er den Rechtsstreit (mit dem Ziel einer Verurteilung anstelle eines Vergleiches) aus Verbitterung in die Länge zieht (und sich damit eigenverantwortlich diesen Belastungen aussetzt), obwohl er mit Hilfe einer zumutbaren Willensanstrengung in der Lage gewesen wäre, auch ohne streitige Entscheidung des Gerichts die traumatisierenden Erfahrungen hinter sich zu lassen und sein Leben auf neue Füße zu stellen.

e) Behandlung einer Purtscher-Retinopathie

**OLG Frankfurt a. M., Urteil v. 30.12.2019 - 8 U 148/18**

**RID 21-03-151**

juris  
**BGB §§ 253, 611; ZPO § 231 II**

**Leitsatz:** Zumindest im November 2012 existierte keine anerkannte Methode zur Behandlung einer **Purtscher-Retinopathie**.

*BGH*, Beschl. v. 08.02.2021 - VI ZR 121/20 - wies die Nichtzulassungsbeschwerde zurück,

f) Keine Behandlungsverantwortung bei Besuch der Patientin in der Klinik

**OLG Schleswig-Holstein, Urteil v. 22.04.2020 - 4 U 114/17**

**RID 21-03-152**

juris  
**BGB §§ 280 I, 823 I**

**Besucht** eine Fachärztin für Allgemeinmedizin, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie eine Patientin in der **Klinik** ohne konsiliarärztliche Hinzuziehung, und geht sie, ebenso wie der Stationsarzt, von einer lebensbedrohlichen Lage aus, kommt ihr keine konkrete eigene fachärztliche **Behandlungsverantwortung** zu.

g) Hebammentätigkeit: Beziehung eines Arztes bei möglicher Uterusruptur

**OLG Karlsruhe, Urteil v. 03.02.2021 - 7 U 2/19**

**RID 21-03-153**

GesR 2021, 397

**BGB § 823; HebBO § 3**

Die **geburtshilflichen Kompetenzen** zur eigenverantwortlichen Hebammentätigkeit enden nach den etablierten Regeln der geburtshilflichen Zusammenarbeit jedenfalls beim Erkennen von schwerwiegenden Geburtsanomalien, die womöglich ein ärztliches Eingreifen erforderlich machen. Wenn ein starker Schmerz auftritt, die Patientin sich an den Bauch fasst und ihre Lage verändern muss, ist an eine **Uterusruptur** zu denken. Wenn man mit einer Uterusruptur rechnen muss, muss sofort ein Arzt hinzugezogen werden. Der u. U. gebotene Ultraschall und die u. U. gebotene Sectio könnten nur von einem Arzt angeordnet werden. Bei einem im Rahmen der Geburt nicht ungewöhnlichen Schmerzereignis ist das Hinzuziehen ärztlichen Personals nicht erforderlich, andererseits aber dann, wenn sich aus der Qualität des Schmerzereignisses Rückschlüsse auf das mögliche Vorliegen einer Uterusruptur ergeben im Hinblick auf die aus der Ruptur für das ungeborene Kind folgende Gefahr einer Behinderung oder Totgeburt.

h) Abweichende Farbgestaltung einer Zahnprothese

**OLG Dresden, Urteil v. 11.05.2021 - 4 U 1122/20**

**RID 21-03-154**

juris

**BGB §§ 253, 631**

**Leitsatz:** 1. Die von den vertraglichen Vereinbarungen abweichende Farbgestaltung einer Zahnprothese stellt lediglich einen **ästhetischen Mangel** dar. Die Zuerkennung eines **Schmerzensgelds** kommt hierfür auch dann nicht in Betracht, wenn der Patient wegen dieses Mangels den Austausch des Zahnersatzes begehrt.

2. Für **Verarbeitungsfehler eines Zahnlabors** gilt auch bei Eingliederung durch den Zahnarzt das werkvertragliche Gewährleistungsrecht.

### 3. Aufklärung

a) Operationsziel und wahrscheinlicher Verlauf der Operation

**OLG Koblenz, Urteil v. 17.03.2021 - 5 U 1651/19**

**RID 21-03-155**

juris

**BGB §§ 253, 630e**

**Leitsatz:** 1. Für eine ordnungsgemäße **Aufklärung** über Art und Tragweite des Eingriffs reicht es nicht aus, nur über das eigentliche **Operationsziel** (hier: Entfernung von Metastasen der Nebennieren und befallenen Lymphknoten) aufzuklären, wenn die Entfernung und Ligatur einer der Hauptschlagadern keinen nur unwesentlichen Zwischenschritt, sondern einen **wahrscheinlichen Verlauf der Operation** darstellt.

2. Auch wenn das **Risiko eines Eingriffs** im Promillebereich liegt, ist eine Aufklärung des Patienten darüber erforderlich, wenn das Risiko - angesichts einer ohnehin nur noch sehr begrenzten Lebenserwartung des Patienten - Bedeutung für die Entschliebung des Patienten für oder gegen den Eingriff haben kann.

3. Bei der Bemessung des **Schmerzensgeldes** kommt dem Umstand, dass die Lebensqualität des Patienten während der verbleibenden Lebenszeit durch die Folgen der Operation deutlich eingeschränkt, wenn nicht gar aufgehoben war, eine besondere Bedeutung zu trotz des Umstands, dass der Patient aufgrund seiner gravierenden Grunderkrankung nur noch eine **geringe Lebenserwartung** hatte.

b) Risiko von Nervenschäden: Dauerhafte Fußheberschwäche

**OLG Dresden, Urteil v. 15.06.2021 - 4 U 1786/20**

**RID 21-03-156**

juris  
**BGB § 630e**

**Leitsatz:** 1. Wird präoperativ nur allgemein über das **Risiko von Nervenschäden** aufgeklärt, ist hiervon eine **dauerhafte Fußheberschwäche** wegen einer Verletzung des nervus peroneus nicht umfasst.

2. Besteht bei einer **Knieoperation** das Risiko einer Verletzung des nervus peroneus, ist der Patient auch über das Risiko von **Lähmungen** aufzuklären. Nicht erforderlich ist hingegen, gesondert auf die Dauerhaftigkeit dieser Lähmung hinzuweisen.

c) Arthrose des Fingergrundgelenks: Arthrodese oder Fingergrundgelenksprothese

**OLG Köln, Urteil v. 28.04.2021 - 5 U 151/18**

**RID 21-03-157**

juris  
**BGB §§ 249, 253, 278, 280, 823 I**

**Leitsatz:** 1. Bei einer **Arthrose des Fingergrundgelenks** kann eine Arthrodese gegenüber der Implantation einer Fingergrundgelenksprothese eine echte **Behandlungsalternative** darstellen, über die der Patient aufzuklären ist. Im vertraulichen Arzt-Patienten-Gespräch muss erörtert und geklärt werden, welche mit den verschiedenen Operationsverfahren verbundenen Vor- und Nachteile für den Patienten in seiner konkreten Situation von Bedeutung sind.

2. Zum **Entscheidungskonflikt** des Patienten nach erhobenem Einwand der hypothetischen Einwilligung.

d) Revisionsoperation nach Brustvergrößerungsoperation: Wiederverwendung des Brustimplantats

**OLG Brandenburg, Beschluss v. 22.04.2021 - 12 U 124/20**

**RID 21-03-158**

juris  
**BGB §§ 253, 280, 630a**

Die Durchführung einer **Revisionsoperation** ist fehlerhaft, wenn sie unzureichend geplant ist. Eine Patientin ist vor Durchführung der Revisionsoperation nach einer Brustvergrößerungsoperation darüber zu **informieren**, dass beabsichtigt ist, das Brustimplantat wieder zu verwenden. Die Zuerkennung eines **Schmerzensgeldes** von 5.000 € für eine ohne hinreichende Einwilligung vorgenommene Schönheitsoperation entspricht den in der Rechtsprechung in vergleichbaren Fällen zuerkannten Schmerzensgeldern.

#### 4. Haftung für Schäden bei Transport im Rettungsdienst

**OLG Braunschweig, Beschluss v. 28.10.2020 - 9 U 27/20**

**RID 21-03-159**

juris  
**BGB §§ 280, 630a, 630h I, 839; GG Art. 34**

**Leitsatz:** 1. Erleidet eine Person beim **Transport** durch einen **Rettungsdienst**, der als öffentliche Aufgabe in kommunaler Trägerschaft steht, einen Schaden (hier: auf einer nach Radbruch umstürzenden Rolltrage), so kommen gegen den Träger allein Ansprüche aus **Amtshaftung** gem. § 839 BGB i.V.m. Art. 34 GG in Betracht.

2. Der bloße Transport einer Person im Rettungsdienst sowie die Vorbereitung zum Transport sind regelmäßig keine Bestandteile eines medizinischen Behandlungsgeschehens. Für die Anwendung arzt haftungsrechtlicher **Beweisregeln** ist insoweit kein Raum. Es sind keine Gründe dafür ersichtlich, denjenigen, der im Rahmen einer Notfallrettung zum Krankenhaus verbracht und dabei ausschließlich durch Umstände des Transports geschädigt wird, beweisrechtlich besser zu stellen, als beispielsweise denjenigen, der mithilfe eines Taxis zum Krankenhaus fährt und auf dieser Fahrt verunglückt. Der

Bruch eines Rades einer Rolltrage gehört ohnehin nicht zu den **Risiken**, die durch den Rettungsdienst und seine Mitarbeiter voll beherrscht werden können.

3. Der Betreiber eines Rettungsdienstes genügt seiner technischen **Verkehrssicherungspflicht**, wenn die Rolltrage des Fahrzeugs der Notfallrettung nach den Herstellervorgaben gewartet wird, ihre periodischen technischen Prüfungen eingehalten sind und die letzte gültige Prüfung zu keinen nicht abgeholten Beanstandungen geführt hat; weitergehende oder tiefgreifendere Maßnahmen, die über eine Sichtprüfung durch die diensthabenden Rettungssanitäter hinausgehen, insbesondere etwa vollständige Funktionsprüfungen vor jedem Einsatz, können nicht verlangt werden.

4. Bricht bei einem Rettungseinsatz ein Rad einer Rolltrage, rechtfertigt das nicht die Annahme eines **Beweises des ersten Anscheins**, dass der Bruch auf eine Verkehrssicherungspflicht in Form mangelhafter Prüfung oder Wartung zurückzuführen ist.

5. Die **Rüge der Beweisvereitelung** erfordert u.a. auch Vortrag dazu, welchen Beweis die rügende Partei mithilfe des vom Gegner inzwischen entsorgten Gegenstands hätte führen wollen, und auch, dass dies für den Gegner zum Zeitpunkt der Entsorgung erkennbar war.

## 5. Einsicht in die Behandlungsunterlagen

OLG Dresden, Beschluss v. 28.06.2021 - 4 W 386/21

RID 21-03-160

juris

GG Art. 103 I; ZPO §§ 142, 299

**Leitsatz:** 1. Der Grundsatz rechtlichen Gehörs gebietet es, dem Prozessbevollmächtigten einer Partei in einer Arzthaftungssache **Einsicht in die Behandlungsunterlagen** zu gewähren und Abschriften hieraus zu erteilen; die bloße Möglichkeit, die Akten auf der Geschäftsstelle einzusehen, reicht hierfür nicht aus.

2. Der Vorsitzende hat nach pflichtgemäßem Ermessen zu entscheiden, ob eine kostenpflichtige **Aktenübersendung in die Rechtsanwaltskanzlei** oder die **Erstellung von Ablichtungen** durch die Geschäftsstelle zu erfolgen hat. Bei von Dritten beigezogenen Unterlagen ist in die Abwägung einzustellen, dass insoweit ein amtliches Verwahrverhältnis besteht und die Unterlagen keinem unnötigen Beschädigungs- oder Verlustrisiko ausgesetzt werden dürfen.

Parallelverfahren:

OLG Dresden, Beschluss v. 28.06.2021 - 4 W 685/20

RID 21-03-161

juris

## 6. Pflicht des Gerichts zur Einholung eines Sachverständigengutachtens

OLG Dresden, Urteil v. 08.06.2021 - 4 U 2486/20

RID 21-03-162

juris

GG Art. 103 I; ZPO § 538

**Leitsatz:** 1. In Arzthaftungsverfahren besteht eine gesteigerte **Pflicht des Gerichts zur Sachverhaltsaufklärung**, die zur Klärung medizinischer Fragen in der Regel die Einholung eines **Sachverständigengutachtens** auch von Amts wegen gebietet.

2. Holt das Gericht ein solches Gutachten nicht ein, weil es maßgeblichen Vortrag einer Partei nicht zur Kenntnis nimmt und den Rechtsstreit auf eine nichtmedizinische Fragestellung verengt, liegt hierin eine **Verletzung des rechtlichen Gehörs** der Partei.

### Anhang I: BSG - Anhängige Revisionen Vertragsarztrecht

Stand: 10.08.2021. 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
<b>Honorarverteilung</b>				
Veröffentlichung von Beschlüssen des erweiterten Bewertungsausschusses im Internet	B 6 KA 8/20 R <b>Termin:</b> 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?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 22.05.2019 - L 5 KA 2830/18 -	19-03-1 NZB
Wachstumsmöglichkeit von Ärzten mit anteiligem Versorgungsauftrag	B 6 KA 12/19 R <b>Termin:</b> 15.07.2020	Verstößt eine Regelung des Honorarverteilungsmaßstabs einer Kassenärztlichen Vereinigung (hier: im Jahr 2013) gegen höherrangiges Recht, die Ärzten mit halben Versorgungsauftrag anders als Ärzten mit vollem Versorgungsauftrag Wachstumsmöglichkeiten über den Fachgruppendurchschnitt hinaus vollständig verwehrt?	<i>LSG Schleswig-Holstein</i> , Urt. v. 15.01.2019 - L 4 KA 57/16 -	19-02-08
Benachteiligung von Teilzeitärzten durch Honorarobergrenze	B 6 KA 4/20 R <b>Termin:</b> 15.07.2020	Verstößt eine Regelung im Rahmen des Honorarverteilungsmaßstabes einer Kassenärztlichen Vereinigung zum Regelleistungsvolumen gegen höherrangiges Recht, wenn sie die Honorierung der mit anteiligem Versorgungsauftrag zugelassenen Ärzte im Vergleich zu Ärzten mit vollem Versorgungsauftrag einschränkt?	<i>LSG Schleswig-Holstein</i> , Urt. v. 01.10.2019 - L 4 KA 55/17 -	20-02-1
	B 6 KA 5/20 R <b>Termin:</b> 15.07.2020	Verstößt eine Regelung des Honorarverteilungsmaßstabes einer Kassenärztlichen Vereinigung (hier: im Jahr 2013) gegen höherrangiges Recht, die Ärzten mit anteiligem Versorgungsauftrag anders als Ärzten mit vollem Versorgungsauftrag Wachstumsmöglichkeiten über den Fachgruppendurchschnitt hinaus einschränkt?	<i>LSG Schleswig-Holstein</i> , Urt. v. 01.10.2019 - L 4 KA 56/17 -	20-02-2
RLV: BAG mit Nuklearmedizinern und Radiologen	B 6 KA 30/19 R B 6 KA 31/19 R <b>Termin:</b> 25.11.2020	Verstößt die Entscheidung einer Kassenärztlichen Vereinigung bei der Festsetzung des Regelleistungsvolumens für eine radiologische Berufsausübungsgemeinschaft gegen höherrangiges Recht, wenn sie für Nuklearmediziner eine eigene Facharztgruppe bildet und bei den Fachärzten für Diagnostische Radiologie darauf abstellt, ob ein CT bzw. MRT vorgehalten wird? Zur Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten oder zur Annahme eines Härtefalls bei der Festsetzung des Regelleistungsvolumens für eine radiologische Berufsausübungsgemeinschaft.	<i>LSG Schleswig-Holstein</i> , Urt. v. 04.06.2019 - L 4 KA 41/16 - - L 4 KA 42/16 -	20-01-1 20-01-2
	B 6 KA 29/19 R <b>Termin:</b> 25.11.2020	Verstößt die Entscheidung einer Kassenärztlichen Vereinigung bei der Festsetzung des Regelleistungsvolumens für eine radiologische Berufsausübungsgemeinschaft gegen höherrangiges Recht, wenn sie für Nuklearmediziner eine eigene Facharztgruppe bildet und bei den Fachärzten für Diagnostische Radiologie darauf abstellt, ob ein CT bzw. MRT vorgehalten wird?	<i>LSG Schleswig-Holstein</i> , Urt. v. 04.06.2019 - L 4 KA 12/17 -	20-01-5
Konvergenzregelung: Ungleichbehandlung/Honorarsteigerung	B 6 KA 4/19 R <b>Termin:</b> 15.07.2020	Zu den Anforderungen an die Ausgestaltung einer Härtefallregelung eines Honorarverteilungsmaßstabs (hier: Konvergenzzahlungen im Zusammenhang mit den geänderten Vergütungsregelungen für Speziallaborleistungen des Abschnitts 32.3 EBM-Ä 2008) und den rechtlichen Grundlagen hierfür.	<i>LSG Hamburg</i> , Urt. v. 18.10.2018 - L 5 KA 33/17 -	19-01-9
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	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urt. v. 24.02.2021 - L 3 KA 89/17 -	21-02-2

		2008), ua der Frage, ob diese Erhöhung auch für ermächtigte Ambulanzen staatlich anerkannter Ausbildungsstätten für Psychotherapie gilt.		
Abschlagszahlungen: MVZ und selbstschuldnerische Bankbürgschaft	B 6 KA 10/21	Darf eine Kassenärztliche Vereinigung die Gewährung von Abschlagszahlungen auf das Honorar eines MVZ von der Vorlage einer selbstschuldnerischen Bankbürgschaft abhängig machen, wenn die Gesellschafter der MVZ-Trägergesellschaft nicht ausschließlich natürliche Personen sind?	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 07.10.2020 - L 12 KA 37/19 -	

**Arzt-/Psychotherapeutenregister**

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

Assistentengenehmigung während der Erziehung von Kindern	B 6 KA 15/20 R <b>Termin:</b> 14.07.2021	Dürfen Vertragsärzte einen Vertreter oder einen Assistenten während der Erziehung von Kindern beschäftigen, die das 14., aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben?	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urt. v. 28.10.2020 - L 3 KA 31/20 -	21-01-20
Belegarzt: Entfernung zwischen Wohnung und Praxis	B 6 KA 6/20 R <b>Termin:</b> 17.03.2021	Zur Berücksichtigung von ärztlichen Kooperationsformen bei der Bewertung der noch zulässigen Entfernung zwischen Wohnung und Praxis des Belegarztes und des Krankenhauses, um die unverzügliche und ordnungsgemäße Versorgung der Versicherten zu gewährleisten.	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 22.01.2020 - L 12 KA 10/19 -	20-02-12
Verzicht auf eine Dialysegenehmigung	B 6 KA 14/20 R	Zur Auslegung einer Erklärung als Verzicht auf die Genehmigung zur Durchführung von Versorgungsaufträgen nach der Anlage 9.1 des BMV-Ä (Dialysebehandlung) in einer Nebenbetriebsstätte.	<i>SG für das Saarland</i> , Urt. v. 22.07.2020 - S 2 KA 48/17 -	21-01-26
Nichtnutzung eines besonderen Versorgungsauftrags	B 6 KA 13/20 R	Bleibt eine Genehmigung zur Versorgung chronisch niereninsuffizienter Patienten nach Anlage 9.1 BMV-Ä zeitlich unbegrenzt bestehen und ist nutzbar, solange sie nicht förmlich durch die Genehmigungsbehörde aufgehoben wurde, oder kann sich der Versorgungsauftrag auch anderweitig (zum Beispiel durch jahrelange Nichtausführung oder bei fehlendem Nachweis über das Erfüllen von Qualitätsanforderungen) im Sinne von § 39 Absatz 2 SGB X erledigen?	<i>SG für das Saarland</i> , Urt. v. 22.07.2020 - S 2 KA 46/17 -	21-01-27
Vorbereitungsassistenten in MVZ	B 6 KA 1/19 R <b>Termin:</b> 12.02.2020	Dürfen in einem MVZ, in dem nur ein Vertragsarzt (als zahnärztlicher Leiter) und im Übrigen nur angestellte Zahnärzte tätig sind, mehr als ein Vorbereitungsassistent beschäftigt werden?	<i>SG Düsseldorf</i> , Urt. v. 05.12.2018 - S 2 KA 77/17 -	19-01-26

**Sachlich-rechnerische Berichtigung**

Fortbildungsverpflichtung: Wechsel des Fachgebiets während des Fünfjahreszeitraums	B 6 KA 9/20 R	Wie wirkt sich ein Zulassungsverzicht, verbunden mit einer Neuzulassung im gleichen KÄV-Bezirk für ein anderes Fachgebiet, auf die Möglichkeit aus, eine unter der alten Zulassung begangene Verletzung der Fortbildungspflicht zu sanktionieren?	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 16.01.2020 - L 12 KA 11/18 -	20-03-10 NZB
Jobsharing: Berechnung des Rückforderungsbetrags/Quartalspunktwert	B 6 KA 12/20 R <b>Termin:</b> 14.07.2021	Zur Berechnung des Rückforderungsbetrags bei einer sachlich-rechnerischen Honorarberichtigung wegen Überschreitung des Praxiseumfangs im Rahmen eines sogenannten Job-Sharings für die Quartale IV/04 bis III/09 unter Zugrundelegung des Quartalspunktwerts.	<i>LSG Hessen</i> , Urt. v. 27.05.2020 - L 4 KA 48/17 -	20-04-6
Zuschläge für Simultaneingriffe mit Haupteingriff der Kategorie 7	B 6 KA 8/21 R	Ist für die Abrechnung der Zuschlagsregelungen für die Gebührenordnungspositionen Nummer 31148 und Nummer 31828 des EBM-Ä für Simultaneingriffe bei einem Haupteingriff der Kategorie 7 die Überschreitung einer Schnitt-Naht-Zeit von 120 min nach Nummer 4 der Präambel 2.1 des Anhangs EBM-Ä maßgeblich?	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 21.04.2021 - L 12 KA 11/19 -	21-03-20
Angabe eines falschen Kostenträgers	B 6 KA 10/20 R <b>Termin:</b> 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	<i>LSG Saarland</i> , Urt. v. 24.06.2020 - L 3 KA 2/18 -	20-04-5

		angegeben worden ist?		
<b>Wirtschaftlichkeitsprüfung/Regress</b>				
Ausschlussfrist und Festsetzung einer Beratung	B 6 KA 6/21 R	Gilt die Ausschlussfrist des § 106 Absatz 2 SGB V (in der vom 1.1.2008 bis 31.12.2016 geltenden Fassung) auch für die Festsetzung einer Beratung gemäß § 106 Absatz 5a SGB V aF?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 28.04.2021 - L 5 KA 2670/18 -	21-03-24
Nichtbeachtung von Therapiehinweisen (Forsteo/Wirkstoff Teriparatid)	B 6 KA 23/19 R <b>Termin:</b> 11.09.2019	Darf wegen Nichtbeachtung von Therapiehinweisen (hier: zum Wirkstoff Teriparatid) ein Arzneikostenregress nach Einzelfallprüfung festgesetzt werden, wenn für denselben Zeitraum die Arzneimittelverordnungen auch im Rahmen einer Richtgrößenprüfung auf Wirtschaftlichkeit überprüft werden?	<i>LSG Schleswig-Holstein</i> , Urt. v. 20.02.2018 - L 4 KA 11/15 -	18-03-62 NZB
BAG mit MKG-Chirurgen	B 6 KA 2/19 R B 6 KA 3/19 R <b>Termin:</b> 13.05.2020	Zur Bildung der Vergleichsgruppe bei der statistischen Wirtschaftlichkeitsprüfung einer fachübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaft von Zahnärzten sowie Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen.	<i>SG Marburg</i> , 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 <b>Termin:</b> 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?	<i>LSG Hessen</i> , Urt. v. 12.02.2020 - L 4 KA 11/17 -	20-02-18
Rechtskraftwirkung eines Urteils/Klagefrist	B 6 KA 1/20 R <b>Termin:</b> 14.07.2021	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?	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 13.11.2019 - L 7 KA 40/17 -	20-01-27
<b>Zulassung und Ermächtigung</b>				
Bedarfsplanung für Pathologen	B 6 KA 3/20 R <b>Termin:</b> 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?	<i>SG Magdeburg</i> , Urt. v. 18.12.2019 - S 1 KA 10/15 -	20-03-29
Sonderbedarfszulassung: Zumutbare Wege/Anliegender Planungsbereich	B 6 KA 2/20 R <b>Termin:</b> 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?	<i>SG Marburg</i> , Urt. v. 15.01.2020 - S 12 KA 230/18 -	20-01-32
Sonderbedarf: Nachbesetzung einer Anstellung im Umfang eines Viertelversorgungsauftrags	B 6 KA 7/21 R	Hat ein Medizinisches Versorgungszentrum Anspruch auf Genehmigung der Anstellung einer Ärztin durch Sonderbedarfsfeststellung in einem Umfang von 10 Wochenarbeitsstunden (Anrechnungsfaktor 0,25)?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 28.04.2021 - L 5 KA 184/18 -	21-03-26
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?	<i>SG Magdeburg</i> , 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?	<i>SG Berlin</i> , 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	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , Urt. v. 19.11.2020	21-03-29 NZB

		Erteilung einer Ermächtigung für eine (weitere) Außenstelle einer PIA am Standort nicht notwendig ist (§ 118 Absatz 4 SGB V)?	- L 5 KA 17/19 -	
Qualifikation einer Fachabteilung einer Hochschulambulanz	B 6 KA 9/21 R	Zu den Voraussetzungen der Qualifikation einer Fachabteilung eines Krankenhauses (hier: Rheumatologie) als Hochschulambulanz im Sinne von § 117 Absatz 1 Satz 1 SGB V bei Vorliegen eines Kooperationsvertrages zwischen dem Krankenhaus und einer Universität	<b>LSG Bayern</b> , Urt. v. 21.04.2021 - L 12 KA 37/20 -	21-03-31
<b>Gesamtvergütung/Integrierte Versorgung/Aufsicht/GBA/KV/ Pädiatrische Spezialambulanz/Hausarztzentrierte Versorgung</b>				
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)	<b>LSG Sachsen</b> , Beschl. v. 17.01.2020 - L 1 KA 21/18 KL -	20-01-40 NZB
Verwaltungskostenumlage der KBV: Bestimmtheitsgebot	B 6 KA 5/21 R	Ist eine Satzungsbestimmung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), wonach von den Kassenärztlichen Vereinigungen eine Umlage „nach einem gegebenenfalls auch differenzierten Grundbeitrag“ erhoben werden kann, hinreichend bestimmt?	<b>LSG Berlin-Brandenburg</b> , Urt. v. 24.03.2021 - L 7 KA 56/17 -	21-02-31
Vertrag nach § 140a SGB V	B 6 A 1/20 R (Vormals: B 1 A 4/19 R) <b>Termin:</b> 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	<b>LSG Hessen</b> , Urt. v. 18.07.2019 - L 1 KR 644/18 KL -	20-01-128

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

**Sonstiges/Verfahrensrecht**

## Anhang II: BSG - Anhängige Revisionen Krankenversicherung

Stand: 10.08.2021. 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
<b>Ärztliche/Zahnärztliche Behandlung</b>				
Fußhebersystem zur Sicherung des Erfolges einer Krankenbehandlung/Neue Behandlungsmethode	B 3 KR 12/19 R <b>Termin:</b> 17.06.2021	Wie ist bei Hilfsmitteln, die mehreren Versorgungszielen im Sinne des § 33 Absatz 1 Satz 1 SGB V dienen, das vorrangige Versorgungsziel im Hinblick auf § 13 Absatz 3a Satz 9 SGB V zu ermitteln? Dient ein elektronisches Fußhebersystem bei neurologisch bedingter Fußheberschwäche (vorrangig) dem Versorgungsziel der Sicherung des Erfolgs der Krankenbehandlung (§ 33 Absatz 1 Satz 1 Variante 1 SGB V), steht es dann in einem untrennbaren Zusammenhang mit einer neuen Behandlungsmethode im Sinne des § 135 SGB V?	<i>LSG Rheinland-Pfalz,</i> Urt. v. 08.11.2018 - L 5 KR 21/18 -	19-01-98 NZB
Nichtärztliche Elektroepilation nach geschlechtsangleichender Behandlung	B 1 KR 4/20 R B 1 KR 6/20 R <b>Termin:</b> 17.12.2020  B 1 KR 19/20 R <b>Termin:</b> 17.12.2020	Ist eine Krankenkasse verpflichtet, nach einer geschlechtsangleichenden Behandlung bei Transsexualität die Kosten für eine Elektroepilation der grauen und weißen Barthaare durch eine Kosmetikerin/Elektrologin zu übernehmen, wenn die begehrte Leistung durch einen Vertragsarzt nicht erbracht wird?	<i>LSG Niedersachsen-Bremen,</i> Urt. v. 17.03.2020 - L 16 KR 462/19 - Urt. v. 17.03.2019 - L 16 KR 552/18 - <i>LSG Berlin-Brandenburg,</i> Urt. v. 10.10.2019 - L 1 KR 397/18 -	20-02-54  20-03-56 NZB 20-03-57 NZB
Geltung des Arztvorbehalts: Nadel-Epilationsbehandlung	B 1 KR 28/20 R <b>Termin:</b> 17.12.2020	Ist eine Krankenkasse verpflichtet, nach einer geschlechtsangleichenden Behandlung bei Mann-zu-Frau Transsexualität die Kosten für eine Elektroepilation der grauen und weißen Barthaare durch eine Kosmetikerin/Elektrologin zu übernehmen, wenn die begehrte Leistung durch einen Vertragsarzt nicht erbracht wird?	<i>LSG Berlin-Brandenburg,</i> Urt. v. 15.08.2019 - L 1 KR 558/16 -	19-04-50 NZB
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?	<i>LSG Bayern,</i> Urt. v. 19.08.2020 - L 20 KR 412/19 -	21-02-56 NZB
Implantologische Leistungen	B 1 KR 8/21 R <b>Termin:</b> 16.08.2021	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?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen,</i> Urt. v. 30.01.2020 - L 5 KR 544/18 -	21-02-61 NZB
<b>Kostenerstattung</b>				
Grundrechtsorientierte Auslegung des Leistungsrechts (Trainingsprogramm „Project Walk“ in den USA bei Querschnittslähmung)	B 1 KR 29/20 R <b>Termin:</b> 16.08.2021	Setzt ein Leistungsanspruch aufgrund grundrechtsorientierter Auslegung des Leistungsrechts voraus, dass für die Behandlung einer mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung wertungsmäßig vergleichbaren Einschränkung einer wesentlichen Körperfunktion ein zeitlicher Druck zur Verhinderung von deren Ausfall besteht, oder kommt ein Anspruch auch dann in Betracht, wenn die Körperfunktion bereits ausgefallen ist, durch die in Rede stehende Behandlung aber wieder hergestellt oder der bestehende Zustand gebessert werden soll?	<i>LSG Bayern,</i> Urt. v. 22.11.2018 - L 4 KR 585/16 -	19-02-75 NZB
Genehmigungsfiktion: 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?	<i>LSG Niedersachsen-Bremen,</i> Urt. v. 18.12.2020 - L 4 KR 427/17 -	21-02-62
Genehmigungsfiktion:	B 1 KR 6/21 R	Liegt eine den Kostenerstattungsanspruch nach § 13 Absatz 3a Satz 7 SGB V	<i>LSG Sachsen,</i>	21-02-68

Selbstbeschaffung		ausschließende vorfristige Selbstbeschaffung nur dann vor, wenn der Versicherte sich die Leistung vor Ablauf der Genehmigungsfiktionsfrist tatsächlich beschafft hat?	Urt. v. 02.06.2020 - -	NZB
Fingierte Genehmigung: Frist/Zurücknahme	B 3 KR 11/20 R <b>Termin:</b> 17.06.2021	Kann eine fingierte Genehmigung nach § 13 Absatz 3a SGB V durch § 45 SGB X zurückgenommen werden? Gilt die 5-Wochen-Frist von § 13 Absatz 3a Satz 1 letzter Halbsatz SGB V, wenn die gutachterliche Stellungnahme unterblieben ist?	<b>LSG Saarland</b> , Urt. v. 23.07.2019 - L 2 KR 39/18 -	20-03-75 NZB

### Stationäre Behandlung

Liposuktion	B 1 KR 25/20 R <b>Termin:</b> 25.03.2021	Hat eine Versicherte für in den Jahren 2016 und 2017 durchgeführte stationäre Liposuktionen gegen ihre Krankenkasse Anspruch auf Erstattung der Behandlungskosten?	<b>LSG Bayern</b> , Urt. v. 27.11.2018 - L 20 KR 525/17 -	20-04-69 NZB
	B 1 KR 20/21 R	Hat eine Versicherte Anspruch auf Kostenerstattung für stationäre Liposuktionen, die vor Inkrafttreten des Implantateregister-Errichtungsgesetzes durchgeführt wurden?	<b>LSG Rheinland-Pfalz</b> , Urt. v. 19.12.2019L - 5 KR 145/19 -	21-03-71 NZB
	B 1 KR 29/21 R	Welche Anforderungen stellt § 137c Absatz 3 SGB V ab dem 23.7.2015 an Leistungsansprüche auf sogenannte Potentialleistungen?	<b>LSG Nordrhein-Westfalen</b> , Urt. v. 27.11.2019 - L 11 KR 830/17 -	20-03-69 NZB
Mammaaufbauplastik: Besonderheit bei Jugendlichen	B 1 KR 3/21 R	Ist für das Vorliegen einer krankheitswerten Entstellung auch bei Jugendlichen in der Entwicklungsphase stets auf den bekleideten Zustand abzustellen?	<b>LSG Hamburg</b> , Urt. v. 24.01.2019 - L 1 KR 19/18 -	19-02-69 NZB

### Auslandskrankenbehandlung

#### Arzneimittel

Cannabinoide	B 1 KR 21/21 R	Zu den Anspruchsvoraussetzungen einer Versorgung mit Arzneimitteln mit den Wirkstoffen Dronabinol oder Nabilon nach § 31 Absatz 6 SGB V.	<b>LSG Baden-Württemberg</b> , Beschl. v. 18.12.2019 - L 11 KR 772/19 -	21-03-76 NZB
--------------	----------------	--	---	-----------------

#### 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?	<b>LSG Nordrhein-Westfalen</b> , Urt. v. 27.02.2020 - L 5 KR 675/19 -	20-02-76
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?	<b>LSG Berlin-Brandenburg</b> , 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 <b>Termin:</b> 26.03.2021	Hat eine Versicherte Anspruch auf häusliche Krankenpflege zum Verabreichen von Medikamenten, wenn sie in einer ambulanten Wohngruppe betreut wird?	<b>LSG Bayern</b> , 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?	<b>LSG Berlin-Brandenburg</b> , 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?	<b>LSG Schleswig-Holstein</b> , Urt. v. 22.08.2019 - L 5 KR 140/16 -	21-01-03 NZB

### Fahrkosten

#### Zuzahlung

### Rehabilitationsmaßnahmen

#### Krankenhauskosten

Ausgliederung von Leistungen:	B 1 KR 15/21 R	Gehören Leistungen, die von einer zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen	<b>LSG Baden-Württemberg</b> ,	21-03-116
-------------------------------	----------------	--	--------------------------------	-----------

Kooperationsvertrag für Strahlentherapie		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?	Urt. v. 11.12.2019 - L 5 KR 1936/17 -	NZB
Neue Behandlungsmethode: Transvaskuläre Aortenklappen-Implantation (TAVI)	B 1 KR 18/20 R <b>Termin:</b> 16.08.2021	Hat eine Krankenkasse die Kosten einer kathetergestützten transvaskulären Aortenklappen-Implantation (TAVI), die 2013 in einem Krankenhaus ohne Herzchirurgie durchgeführt wurde, zu übernehmen?	<b>LSG Hessen</b> , Urt. v. 30.04.2020 - L 8 KR 511/16 -	20-03-106
Mindestmenge: Widerlegung einer Prognose eines Krankenhauses	B 1 KR 16/20 R <b>Termin:</b> 25.03.2021	Welche Klageart ist gegen die Widerlegung der Prognose eines Krankenhauses für die Berechtigung zur Erbringung mindestmengenbelegter Leistungen statthaft? Welche Anforderungen sind an den Vortrag weiterer Umstände zur Begründung der berechtigten mengenmäßigen Erwartung und im Gegenzug, welche Anforderungen an die begründeten erheblichen Zweifel an der Richtigkeit einer vom Krankenhausträger übermittelten Prognose für die Berechtigung zur Erbringung mindestmengenbelegter Leistungen zu stellen?	<b>SG Berlin</b> , Urt. v. 05.03.2020 - S 56 KR 2033/19 -	20-03-105
Einleitung einer Abrechnungsprüfung	B 1 KR 19/21 R	Muss eine Krankenkasse zur Vermeidung eines Einwendungsausschlusses auch dann ein Prüfverfahren nach § 275 Absatz 1 Nummer 1 SGB V einleiten, wenn ein Leistungsanspruch des Versicherten wegen der bestandskräftigen Ablehnung des Antrags nach Einholung einer Stellungnahme des MDK nicht bestand und das Krankenhaus die beantragte Leistung (Schlauchmagenoperation) nach Abschluss des Widerspruchsverfahrens erbrachte?	<b>LSG Baden-Württemberg</b> , Urt. v. 30.03.2021 - L 11 KR 2846/19 -	21-02-99
Vorlagefrist für Krankenhausunterlagen: Materielle Ausschlussfrist?	B 1 KR 24/20 R B 1 KR 32/20 R <b>Termin:</b> 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: PrüfVVbg) der Sache nach eine materiell-rechtliche Ausschlussfrist und ist die Vereinbarung einer solchen Ausschlussfrist von der Ermächtigungsgrundlage des § 17c Absatz 2 KHG gedeckt?	<b>LSG Hessen</b> , Urt. v. 28.05.2020 - L 8 KR 221/18 -; Urt. v. 27.08.2020 - L 8 KR 41/19 - <b>LSG Nordrhein-Westfalen</b> , Urt. v. 10.12.2020 - L 16 KR 742/18	20-03-125 20-04-103 21-02-110
	B 1 KR 17/21 R	Enthält die Regelung des § 7 Absatz 2 Satz 3 und 4 der Prüfverfahrensvereinbarung - PrüfV vom 18.7.2014 der Sache nach eine materiell-rechtliche Ausschlussfrist?	<b>LSG Nordrhein-Westfalen</b> , Urt. v. 03.12.2020 - L 16 KR 505/17 -	21-03-100
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?	<b>LSG Rheinland-Pfalz</b> , 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?	<b>LSG Nordrhein-Westfalen</b> , 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?	<b>LSG Rheinland-Pfalz</b> , 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?	<b>LSG Baden-Württemberg</b> , Urt. v. 21.01.2020 - L 11 KR 1437/19 -	20-02-87 NZB
PrüfV 2014 und Behandlungsfälle im Jahr 2016	B 1 KR 27/21 R	Ist die PrüfV 2014 auch auf sachlich-rechnerische Prüfungen von Behandlungsfällen im Jahr 2016 anwendbar?	<b>LSG Nordrhein-Westfalen</b> , Urt. v. 30.04.2020 - L 10 KR 949/19	21-02-105 NZB

			-	
Nachträgliche Abrechnungskorrektur: Materielle Ausschlussfrist? (2014)	B 1 KR 34/20 R <b>Termin:</b> 18.05.2021 B 1 KR 39/20 R <b>Termin:</b> 18.05.2021	Schließt die Regelung des § 7 Absatz 5 Satz 2 der Prüfverfahrensvereinbarung - PrüfvV vom 18.7.2014 - eine nachträgliche Korrektur der Krankenhausabrechnung aus?	<b>LSG Bayern</b> , Urt. v. 13.08.2020 - L 4 KR 437/19 - <b>LSG Schleswig-Holstein</b> , Urt. v. 26.08.2020 - L 5 KR 13/19	20-04-104 21-01-131
Nachträgliche Korrektur der Krankenhausabrechnung (2016)	B 1 KR 37/20 R <b>Termin:</b> 18.05.2021	Schließt die Regelung des § 7 Absatz 5 Satz 2 der Prüfverfahrensvereinbarung - PrüfvV vom 3.2.2016 (PrüfvVbg) - eine nachträgliche Korrektur der Krankenhausabrechnung aus?	<b>LSG Bayern</b> , Urt. v. 10.09.2020 - L 4 KR 88/19 -	21-01-130
Fallzusammenführung: Verschiedene Hauptdiagnosegruppen	B 1 KR 10/20 R <b>Termin:</b> 27.10.2020	Steht ein zwischenzeitlicher anderweitiger Krankenhausaufenthalt der Zusammenführung der Falldaten zweier Krankenhausaufenthalte nach § 2 Absatz 2 der Fallpauschalenvereinbarung 2015 entgegen?	<b>LSG Bayern</b> , 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?	<b>LSG Hamburg</b> , Urt. v. 25.02.2021 - L 1 KR 114/19 -	21-02-114
Stationäre Notfallbehandlung vor Verlegung	B 1 KR 11/20 R <b>Termin:</b> 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 neurochirurgische Abteilung eines anderen Krankenhauses verlegt und dort noch am selben Tag operiert wird?	<b>LSG Saarland</b> , Urt. v. 23.07.2019 - L 2 KR 2/18 -	20-03-130 NZB
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?	<b>LSG Hamburg</b> , 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?	<b>LSG Baden-Württemberg</b> , 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?	<b>LSG Hamburg</b> , 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 10011 der Deutschen Kodierrichtlinien 2013 eine vorherige Gewährung des Patienten an den Respirator voraus?	<b>LSG Bayern</b> , Urt. v. 26.05.2020 - L 5 KR 273/17 -	20-03-143
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?	<b>LSG Sachsen</b> , 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?	<b>LSG Baden-Württemberg</b> , Urt. v. 23.07.2019 - L 11 KR 717/18 ZVW -	21-02-120
Geriatrische frührehabilitative	B 1 KR 21/20 R	Kann es sich auch dann um einen geriatrischen Patienten im Sinne des OPS 2011	<b>LSG Hamburg</b> ,	20-03-135

Komplexbehandlung und Lebensalter	<b>Termin:</b> 17.12.2020	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?	Urt. v. 28.05.2020 - L 1 KR 25/18 -	
Rückwirkende Änderung der Kodierungsvorschriften (Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung) u. Erstattungsanspruch	B 1 KR 31/20 R <b>Termin:</b> 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?	<b>LSG Berlin-Brandenburg</b> , Urt. v. 26.08.2020 - L 9 KR 462/17 -	20-04-108
Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung: Blutbank	B 1 KR 11/21 R <b>Termin:</b> 16.08.2021	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?	<b>LSG Baden-Württemberg</b> , Urt. v. 06.08.2019 - L 11 KR 1859/18 -	19-04-81 NZB
Aufwandspauschale: Erstattungsforderung der Krankenkasse	B 1 KR 27/20 R Erledigt 6/2021	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?	<b>LSG Berlin-Brandenburg</b> , 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) <b>Termin:</b> 16.08.2021	Ist eine als Landesverband gemäß § 207 Absatz 4 SGB V handelnde Krankenkasse befugt, in einem Gesamtvertrag die Kostenbeteiligung der einstrahlenden Krankenkassen an den ihr als Landesverband auferlegten Kosten des Sprechstundenbedarfes zu regeln?	<b>LSG Berlin-Brandenburg</b> , Urteil v. 30.08.2019 - L 9 KR 344/16 -	20-01-124
--	--	---	--	-----------

**Weitere Leistungserbringer/Arzneimittelhersteller**

Schiedsstelle: Jahrestherapiekosten der Vergleichstherapie (Nutzenbewertung Dimethylfumarat)	B 3 KR 3/20 R <b>Termin:</b> 12.08.2021	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 hinzugetretenen Arzneimittels zwischen den Beteiligten unstreitig sind?	<b>LSG Berlin-Brandenburg</b> , 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.	<b>LSG Rheinland-Pfalz</b> , Urt. v. 18.02.2021 - L 5 KR 161/18 -	21-02-127
Hörgeräteakustiker: Versorgungsanzeige	B 3 KR 8/19 R <b>Termin:</b> 12.08.2021	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?	<b>LSG Rheinland-Pfalz</b> , Urt. v. 27.06.2019 - L 4 KR 55/18 -	19-04-110
	B 3 KR 8/20 R <b>Termin:</b> 12.08.2021	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	<b>LSG Nordrhein-Westfalen</b> , Urt. v. 27.06.2019 - L 16 KR 541/18 -	21-01-155 NZB

		Versorgung zugegangen ist.		
Festbetragsfestsetzung für Einlagen	B 3 KR 4/20 R	Zur Festsetzung der einheitlichen Festbeträge für Hilfsmittel (hier: Einlagen) und zur entsprechenden Anwendung des § 35 Absatz 5 SGB V.	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 11.03.2020 - L 1 KR 178/17 KL -	20-02-114
Häusliche Krankenpflege: Fälligkeit einer Forderung nach beklagtem Schiedsspruch	B 3 KR 18/20 R	Kann eine vergütungsrechtliche Forderung für Leistungen der häuslichen Krankenpflege aufgrund eines Schiedsspruchs nach § 132a Absatz 2 Satz 6 SGB V (in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung) geltend gemacht werden, solange der Schiedsspruch noch nicht fertiggestellt ist oder während eines sich daran anschließenden gerichtlichen (Ersetzungs- bzw Feststellungs-)Verfahrens?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 16.10.2020 - L 4 KR 438/20 -	21-01-156
Krankentransportleistungen: Höhe der Entgelte	B 3 KR 13/20 R B 3 KR 14/20 R	Können landesrechtlich zugelassene private Anbieter von Krankentransportleistungen eine Preisvereinbarung gegen Krankenkassen gerichtlich durchsetzen im Fall des Scheiterns von Preisverhandlungen, wenn kein Schiedsverfahren vorgesehen ist?	<i>LSG Schleswig-Holstein</i> , Urt. v. 17.10.2019 - L 5 KR 112/16 - - L 5 KR 113/16 -	21-01-158 NZZ 20-04-125 NZZ

**Integrierte Versorgung**

**Krankenkassen**

Ablehnung der Elektronischen Gesundheitskarte	B 1 KR 7/20 R <b>Termin:</b> 20.01.2021	Können Versicherte die Verwendung der wegen ihrer Online-Funktion und der ihr zugrundeliegenden Telematik-Infrastruktur wirksam ablehnen?	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , Urt. v. 29.08.2019 - L 5 KR 303/18 -	20-03-125
	B 1 KR 15/20 R <b>Termin:</b> 20.01.2021	Können Versicherte die Verwendung der elektronischen Gesundheitskarte wegen ihrer Online-Funktion und der ihr zugrundeliegenden Telematik-Infrastruktur wirksam ablehnen?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 28.03.2019 - L 16 KR 676/16 -	20-03-155 NZZ
Spitzenverband Bund der Krankenkassen: Pauschale Aufwandsvergütung an BZgA	B 1 A 2/20 R <b>Termin:</b> 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?	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 22.01.2020 - L 1 KR 127/16 KL -	20-02-118 NZZ

**GBA**

Unmittelbare Klage gegen Nutzenbewertungsbeschluss des GBA	B 3 KR 11/19 R <b>Termin:</b> 10.09.2020	Zulässigkeit der Klage gegen einen Nutzenbewertungsbeschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA), wenn ein Erstattungsbetrag zwischen pharmazeutischen Unternehmen und dem GKV-Spitzenverband vereinbart wurde?	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 19.10.2018 - L 1 KR 558/15 KL -	19-01-158 NZZ
--	---	---	---	------------------

**Sonstiges**