

## Rechtsprechungsinformationsdienst 21-04

<b>REDAKTION</b>	<b>5</b>
<b>EDITORISCHE HINWEISE</b>	<b>5</b>
<b>A. VERTRAGSARZTRECHT</b>	<b>6</b>
<b>I. Honorarverteilung</b>	<b>6</b>
1. Keine Verpflichtung zur unbudgetierten Vergütung der anästhesiologischen Grundpauschalen	7
2. Zahlung von Abschlägen an MVZ: Vorlage einer selbstschuldnerischen Bankbürgschaft	7
3. Zahnärztliche Vergütung	7
a) Gleichbehandlung angestellter Zahnärzte bei der Honorarverteilung	7
b) Degression im Jahr 2019: Zeitanteilige (pro-rata-temporis) Punktmengengrenzen	8
<b>II. Sachlich-rechnerische Richtigstellung</b>	<b>8</b>
1. Zeitprofile: Hohe Patientenzahl und besondere Sprechstunden-/Praxisöffnungszeiten	9
2. Ausschluss der hausärztlichen Vorhaltepauschale neben Akupunktur unzulässig	9
3. Zahnmedizinischer Behandlungserfolg und Leistungslegende (Hautlappenplastik)	10
<b>III. Genehmigung/Disziplinarrecht/Notdienst</b>	<b>10</b>
1. Genehmigung zur Durchführung künstlicher Befruchtungen: Beratergremium/Bedarfsgerechtigkeit	11
2. Auslagerung von Praxisräumen	12
a) Gründe/Merkmal der „räumlichen Nähe“	12
b) Drittschutz gegen ausgelagerte Praxisräume/Räumliche Nähe	13
3. Notdienst	13
a) Widerruf der Genehmigung zur Teilnahme am Notdienst mangels Eignung	13
b) Keine Versicherungspflicht im (zahn-)ärztlichen Notdienst	14
<b>IV. Wirtschaftlichkeitsprüfung/Arzneikostenregress</b>	<b>14</b>
1. Arzneikostenregress	14
a) Substantiierungsanforderungen für Praxisbesonderheiten	14
b) Einzelfallprüfung: Darlegungsobliegenheiten	15
<b>V. Zulassungsrecht</b>	<b>15</b>
1. Zulassung	16
a) Nachfolgezulassung: Praxissubstrat u. Anordnung des Ausschreibungsverfahrens	16
b) Teilentsperrung	17
aa) Geltung der Nachrangregelung für MVZ	17
bb) Auswahlkriterien: Dauer der Eintragung in die Warteliste/Konzeptbewerbung	17
c) Belegarztzulassung: Lauf der Zehnjahresfrist und aufschiebende Wirkung von Rechtsbehelfen	18
2. Fortführungsfähigkeit der Praxis: Gründe für fehlendes Praxissubstrat unerheblich	19
3. Verlegung des Vertragsarztsitzes: Planungsbereich/Genehmigung einer Zweigpraxis	19
4. Defensive Konkurrentenklage: Anstellungsgenehmigung bei geändertem Schwerpunkt	20
5. Ermächtigungen	20
a) Fallzahlbegrenzung nicht zwingend (Anordnung der sofortigen Vollziehung)	20
b) Ermächtigung eines MVZ nach § 5 II Nr. 1 BMV-Ä	21
6. Fiktion der Widerspruchsrücknahme bei nicht rechtzeitiger Entrichtung der Gebühr rechtswidrig	21
<b>VI. Bundesmantelvertragspartner/Integrierte Versorgung/Aufsicht</b>	<b>22</b>
<b>VII. Bundessozialgericht (BSG)</b>	<b>23</b>
1. Wachstumsmöglichkeit von Ärzten mit anteiligem Versorgungsauftrag	23
2. Beratung als Maßnahme der Wirtschaftlichkeitsprüfung	23
3. Genehmigungsvorbehalte für humangen. Leistungen im EBM	23
<b>B. KRANKENVERSICHERUNGSRECHT</b>	<b>24</b>
<b>I. Vertrags(zahn)ärztliche Behandlung</b>	<b>24</b>
1. Ambulante PET/CT zum Primärstaging bei Prostatakarzinom	25
2. Extrakorporale Lipid-Apherese-Therapie: Nachweis der Progredienz	25
3. Periradikuläre Therapie nur durch Schmerztherapeuten	25

<b>II. Stationäre Behandlung</b>	<b>25</b>
1. Zweites Lipofilling der linken Brust	26
2. Stationäre Liposuktion	26
<b>III. Kostenerstattung</b>	<b>26</b>
1. Anerkennung der Berufsqualifikationen umfasst nicht vertrags(zahn)ärztliche Zulassung	27
2. Genehmigungsfiktion: Information über Einholung medizinischer Stellungnahme	27
3. Kein Kostenerstattungsanspruch bei Notfallbehandlung i.S.d. § 76 I 2 SGB V	27
4. Beweismaßstab für Kausalität	28
5. Unaufschiebbare Leistung aufgrund Fehlinformation der Krankenkasse	28
<b>IV. Arzneimittel</b>	<b>29</b>
1. Avastin® (Wirkstoff Bevacizumab) zur Behandlung des Glioblastoms	29
a) Off-Label-Use/Studienlage/Folgenabwägung	29
b) Folgenabwägung: Glaubhaftmachung einer Notstandssituation	29
2. Translarna® (Wirkstoff Ataluren) bei Duchenne-Muskeldystrophie	29
3. Fertigarzneimittel Lyrica® und Festbetragsarzneimittel Pregabalin Pfizer® (Wirkstoff Pregabalin)	30
4. Therapieoption ohne indische Flohsamenschalen	30
<b>V. Hilfsmittel/Heilmittel</b>	<b>31</b>
1. Handbike mit Elektromotor	31
2. Elektrorollstuhl trotz Sehbeeinträchtigungen	31
3. Steh- und Bewegungstrainer	31
4. Finger-Handprothese	32
5. Hörgeräte	32
a) Vollständiger Behinderungsausgleich/Versichertenerklärung/Hörgeräteakustiker	32
b) Ersatzbeschaffung eines Hörgeräts	32
6. Echthaarperücke bei Chemotherapie/Festbetrag	33
7. Kompressionsgerät des Typs „Lymphamat 300“	33
<b>VI. Rehabilitation/Häusliche Krankenpflege/Fahrkosten</b>	<b>33</b>
1. Häusliche Krankenpflege: Versorgung mit einem suprapubischen Katheter	34
2. Fahrkosten	34
a) Kein Erfordernis vorheriger Genehmigung für Krankentransportwagen	34
b) Krankentransport zur Schule in Begleitung einer medizinischen Fachkraft	35
<b>VII. Beziehungen zu Krankenhäusern</b>	<b>35</b>
1. Aufnahme in den Krankenhausplan: Geltung des fingierten Versorgungsvertrags	38
2. Mindestmengenprognose: Zeitlicher Bezugspunkt der Zeitangabe	38
3. Vergütungsanspruch/Fälligkeit	39
a) Stationäre Behandlung: Tod des Patienten vor Aufnahme auf Station oder Intensivstation	39
b) Notwendigkeit stationärer psychotherapeutischer Behandlung (S 5-Behandlung)	39
c) Operationen durch Nichtarzt	39
d) Neue Behandlungsmethode (Implantation von Lungencoils)	40
e) Off-Label-Use in Krankenhausbehandlung	40
f) Kooperationsvereinbarung: Operationsteam in Räumlichkeiten des anderen Krankenhauses	40
g) Keine regelhafte Zuweisung einer Dialysebehandlung zum ambulanten Bereich	41
h) Vergütungsanspruch erst nach Genehmigung der Vergütungsvereinbarung	41
i) Änderung der Krankenhausrechnung auf niedrigeren Betrag	41
4. Erstattung geleisteter Umsatzsteuer für Arzneimittel	41
5. Fallpauschalen	42
a) Umfang der Dokumentationspflicht (Diabetes mellitus I)	42
b) Neue Behandlungsmethode	42
aa) Wirbelsäulenoperation: Gabe von Diboterminalfa ohne einen LT-Cage	42
bb) Renale Denervation	43
c) Grundkrankheit Multiple Sklerose/Spastik als Symptom	43
d) Fallzusammenführung: Neuregelung ab 2019	43
e) Abrechnung einer Reoperation	43
f) Multimodale Schmerztherapie: Aufnahmeuntersuchung keine ärztliche Visite	44
g) Schmerzunterhaltende psychische Begleiterkrankung	44
h) Intensivmedizinische Komplexbehandlung	44
aa) Anwesenheit der Behandlungsleitung	44
bb) Ständige ärztliche Anwesenheit/Personalschlüssel	44
cc) 24-stündige Verfügbarkeit des Verfahrens Interventionelle Kardiologie mit Akut-PTCA	45
i) Beatmung	45
aa) Ende der maschinellen Beatmung	45
bb) Zielgerichtete Entwöhnungsbehandlung	45

j) Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Logopäd. Diagnostik keine Therapieeinheit	46
k) Gabe von Apherese-Thrombozytenkonzentraten	46
l) Hüftoperation: Kodierung der Nebendiagnosen	46
m) Infektion nach Eingriff als Nebendiagnose (Verdachtsdiagnose)	46
n) Kodierung einer Aortenklappenstenose bei angeborener bikuspidaler Aortenklappe	47
o) Kodierung der Diagnose „Akutes Nierenversagen“ bei Exsikkose	47
p) „Angeborene“ infektiöse oder parasitäre Krankheit	47
q) Hauptdiagnose-Kode: Lymphomerkkrankung (Non-Hodgkin-Lymphom/Phlegmone)	47
r) Rituximab als Zusatzentgelt im Off-Label-Use bei autoimmunologischem Schleimhautpemphigoid	48
<b>6. Aufwandspauschale</b>	<b>48</b>
a) Fehlende Angaben und Einschaltung des MDK	48
b) Entscheidend allein die fehlende Minderung des Abrechnungsbetrages	49
c) Kenntnis von fehlenden Abrechnungsvoraussetzungen/Strukturanalyse	49
d) Abgabe eines Anerkenntnisses	49
<b>VIII. Beziehungen zu Leistungserbringern und Arzneimittelherstellern</b>	<b>49</b>
<b>1. Apotheken</b>	<b>50</b>
a) Unvermeidbarer Verwurf bei unzulässiger Weiterverarbeitung	50
b) Abrechenbarkeit von Verwürfen zytostatikahaltiger Zubereitungen	51
c) Rückforderung von Umsatzsteuer auf Zytostatika: Ergänzende Vertragsauslegung	51
d) Werbeflyer einer Versandapotheke in Mitglieder magazin einer Krankenkasse	51
<b>2. Großhandel mit Arzneimitteln</b>	<b>52</b>
a) Keine Wirtschaftlichkeitsprüfung des Arzneimittelgroßhändlers (Kontrastmittel)	52
b) Open-house-Verfahren für Kontrastmittel	52
<b>3. Hilfsmittelunternehmen</b>	<b>53</b>
a) Hilfsmittelverzeichnis: Keine Berechtigung eines Vertriebsunternehmens zu Aufnahmeantrag	53
b) GBA: Erprobung einer Behandlungsmethode (Exoskelett)	53
<b>4. Häusliche Krankenpflege</b>	<b>53</b>
a) Genehmigung der vertragsärztlichen Verordnung	53
b) Unwirksamkeit eines Schiedsspruchs	54
c) Nichteinigung über Versorgungsvertrag: Zwingender Konfliktmechanismus	54
<b>IX. Krankenkassen</b>	<b>54</b>
<b>1. Ersatzbescheinigung für elektronische Gesundheitskarte/Telematikinfrastruktur</b>	<b>55</b>
<b>2. Direkte Kommunikation mit einem vertretenen Versicherten</b>	<b>56</b>
<b>X. Bundessozialgericht (BSG)</b>	<b>56</b>
<b>1. Nichtärztliche Elektroepilation nach geschlechtsangleichender Behandlung</b>	<b>56</b>
<b>2. Fingierte Genehmigung: Kein Sachleistungsanspruch</b>	<b>56</b>
<b>3. Beziehungen zu Krankenhäusern</b>	<b>57</b>
a) Kodierung einer geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung	57
b) Nachträgliche Geltendmachung eines Erstattungsanspruchs	57
<b>4. Elektronische Gesundheitskarte rechtmäßig</b>	<b>57</b>
<b>C. ENTSCHEIDUNGEN ANDERER GERICHTE</b>	<b>58</b>
<b>I. Ärztliches Berufsrecht</b>	<b>58</b>
<b>1. Widerruf/Ruhen/Wiedererteilung der Approbation/Berufserlaubnis</b>	<b>58</b>
a) Widerruf der Approbation: Verstoß gegen Hygienevorschriften/Maßgeblicher Zeitpunkt	58
b) Ruhen der Approbation	58
aa) Suchterkrankung (Opiode) eines Arztes (Anästhesist)	58
bb) Fehlende Eignung wegen einer Schizophrenie	59
<b>2. Berufspflichten: Verpflichtung des Arztes zur Aufklärung über 3D Mapping-Biopsie der Prostata</b>	<b>59</b>
<b>3. Strafrecht: Werbeverbot für Schwangerschaftsabbruch</b>	<b>59</b>
<b>II. Arzthaftung</b>	<b>59</b>
<b>1. Bundesgerichtshof (BGH)</b>	<b>59</b>
a) AGB-Kontrolle einer Patienteninformation	59
b) Berücksichtigung des übergangenen Vorbringens	60
<b>2. Behandlungsfehler</b>	<b>60</b>
a) Plausible Verdachtsdiagnose durch Hausarzt	60
b) Maßgeblicher Behandlungsstandard (transurethrale Prostataresektion)	60
c) Leitlinien einer Fachgesellschaften und medizinischer Standard/Dokumentation	60
d) Operation unter Narkose: Anscheinsbeweis	61
e) Neuer medizinischer Vortrag im Berufungsverfahren durch Vorlage eines Privatgutachtens	61
f) Erhöhtes Besiedlungsrisiko mit MRSA-Erreger	61
g) Aufbewahrungsdauer der Behandlungsdokumentation	61

h) Zahnärztliche Leistungen _____	62
aa) Allergietest nur bei konkreten Hinweisen auf Unverträglichkeiten oder Allergien _____	62
bb) Unzumutbarkeit einer Nachbesserung bei Unbrauchbarkeit _____	62
<b>3. Aufklärung _____</b>	<b>62</b>
a) Gebotene Grundaufklärung bei Gabe von Cytotec zur Geburtseinleitung (Off-Label-Use) _____	62
b) Aufklärung bei einer Leistenbruchoperation _____	63
c) Photorefraktive Keratektomie (PRK) _____	63
d) Verwendung von Implantaten mit Metall entgegen dem Wunsch der Patientin _____	63
<b>4. Auswahl des Sachverständigen bei Beteiligung mehrerer Facharztabteilungen _____</b>	<b>63</b>
<b>5. Amtshaftung und Leichenschau: Infektionsgefahr nach unzutreffender Todesbescheinigung _____</b>	<b>64</b>
<b>6. Selbständiges Beweisverfahren _____</b>	<b>64</b>
a) Gegenstand eines selbständigen Beweisverfahrens _____	64
b) Kein selbständiges Beweisverfahren bei pauschaler Behauptung _____	64
<b>7. Besorgnis der Befangenheit eines Sachverständigen _____</b>	<b>65</b>
a) Unvollständige Tatsachengrundlage/Mangelnde Sorgfalt _____	65
b) Unsachliche Reaktion _____	65
c) Duzen des Klinikarztes/Eidesstattliche Versicherung _____	65
 <b>ANHANG I: BSG - ANHÄNGIGE REVISIONEN VERTRAGSARZTRECHT _____</b>	 <b>66</b>
 <b>ANHANG II: BSG - ANHÄNGIGE REVISIONEN KRANKENVERSICHERUNG _____</b>	 <b>70</b>

## Redaktion

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

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

e-mail: pawlita@web.de;

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

Telefax: 0641/250 2801.

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

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

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

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

## Editorische Hinweise

Soweit nicht ausdrücklich "**rechtskräftig**" vermerkt ist, kann nicht davon ausgegangen werden, dass Rechtskraft der Entscheidung eingetreten ist. Ggf. muss bei dem jeweiligen Gericht nachgefragt werden; die Angaben beruhen auf [www.sozialgerichtsbarkeit.de](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 hinsichtlich der Abteilungen Vertragsarztrecht und Krankenversicherung (Leistungsrecht) ausgewertet. Diese Ausgabe berücksichtigt die bis zum 08.11.2021 eingestellten Entscheidungen.

## A. VERTRAGSARZTRECHT

### 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. Keine Verpflichtung zur unbudgetierten Vergütung der anästhesiologischen Grundpauschalen

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 17.02.2021 - L 11 KA 48/18

RID 21-04-1

juris  
SGB V § 87b

Es besteht keine Verpflichtung zur unbudgetierten Vergütung der **anästhesiologischen Grundpauschalen**.

Bei der Klägerin handelt es sich um eine anästhesiologische BAG. Streitig ist eine höhere Vergütung (Quartale I u. II/12) der Grundpauschalen für anästhesiologische Leistungen gemäß Abschn. 5.2 EBM im Zusammenhang mit ambulanten Operationen nach § 115b SGB V. *SG Düsseldorf*, Urt. v. 21.02.2018 - S 14 KA 16/13 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

## 2. Zahlung von Abschlägen an MVZ: Vorlage einer selbstschuldnerischen Bankbürgschaft

LSG Bayern, Urteil v. 07.10.2020 - L 12 KA 37/19

RID 21-04-2

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 10/21 R  
juris  
SGB V §§ 87b I, 95 II 6; GG Art. 3 I

Eine KV kann vor **Zahlung von Abschlägen** von einem MVZ in der Organisationsform einer juristischen Person des Privatrechts, deren Gesellschafter nicht ausschließlich natürliche Personen sind, eine selbstschuldnerische Bürgschaft einer Bank verlangen (Festhalten an LSG Bayern, Urt. v. 26.07.2017 - L 12 KA 17/15 - RID 18-01-6).

Die Kl. ist ein MVZ in der Rechtsform einer GmbH, dessen einzige Gesellschafterin ebf. eine GmbH ist. Sie beehrte erfolglos von der Bekl., an sie monatliche Abschlagszahlungen zu leisten, ohne die Leistung von der Beibringung einer selbstschuldnerischen Bürgschaft einer Bank abhängig zu machen. *SG München*, Urt. v. 21.05.2019 - S 20 KA 1091/13 - juris wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

## 3. Zahnärztliche Vergütung

### a) Gleichbehandlung angestellter Zahnärzte bei der Honorarverteilung

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 14.04.2021 - L 11 KA 12/20

RID 21-04-3

juris  
SGB V § 85 IV

Es ist nicht zu beanstanden, dass nach dem HVM bei der Honorarverteilung **angestellte Zahnärzte** gemäß § 32b Zahnärzte-ZV bei vollzeitiger Beschäftigung mit einer Quote von 100 % und damit genauso berücksichtigt werden wie Praxisinhaber mit gemäß der Entscheidung der Zulassungsgremien vollem Versorgungsauftrag.

Eine KZV ist nicht gehalten, **differenzierende Regelungen für Praxisbesonderheiten** im HVM vorzusehen. Dem steht bereits entgegen, dass Ausnahmeregelungen wegen der Homogenität des Behandlungsbedarfs in der Gruppe der Zahnärzte grundsätzlich nicht erforderlich sind (vgl. LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 03.09.2007 - L 11 KA 105/06 - RID 07-04-21, juris).

Der Vortrag, die behandelte Patientengruppe weise viele „**anerkannte Asylbewerber**“ auf, rechtfertigt bereits nicht die Annahme eines vom Regelfall abweichenden erhöhten Behandlungsbedarfs.

Der Kl. ist mit einem zertifizierten Schwerpunkt im Bereich der Behandlung von cranio-mandibulären Dysfunktionen zur vertragszahnärztlichen Versorgung zugelassen. Er beehrte ein weiteres Honorar für das Quartal IV/14 in Höhe von 6.501,41 €. *SG Münster*, Urt. v. 02.03.2020 - S 2 KA 1/18 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

## b) Degression im Jahr 2019: Zeitanteilige (pro-rata-temporis) Punktmengengrenzen

SG München, Urteil v. 23.06.2021 - S 38 KA 5004/21

RID 21-04-4

juris  
SGB V §§ 85 IVb, 87b

**Leitsatz:** 1. **Zeitanteilige (pro-rata-temporis) Punktmengengrenzen** (§ 85 Abs. 4b SGB V) kommen auch bei der Abschaffung der Degression zum 10.05.2019 zur Anwendung.

2. Unberücksichtigt zu bleiben hat, dass es sich bei den ersten beiden Quartalen eventuell um die **umsatzstärksten Quartale** handelt.

3. Wird eine Abrechnung für ein Quartal zeitlich nach der vorgegebenen Einreichungsfrist eingereicht, sind die Leistungen dem **Abrechnungsquartal** und nicht dem **Leistungsquartal** zuzuordnen.

4. Im Zusammenhang mit der **Degression** besteht rechtlich keine Veranlassung, Pauschalleistungen (BEMA-Nrn. 119, 120), für die quartalsweise Abschlagszahlungen gewährt werden, aufzuspalten.

Aufgrund der Degression wurde das Honorar der kl. BAG im Jahr 2019 um 138.978,72 € gekürzt. Zur Begründung wies die Bkl. auf die generell zur Degression ergangene Rspr. Der Gesetzgeber habe die Degression erst zum 10.05.2019 abgeschafft, sodass diese noch bis zu diesem Zeitpunkt gelte, was einem Zeitraum von 130 Tagen entspreche. Soweit der Kl. geltend gemacht habe, es entstehe eine Verzerrung, da die Quartale I u. II/19 erfahrungsgemäß am umsatzstärksten seien, sei dies nicht zu berücksichtigen. Ebf. nicht zu berücksichtigen sei, dass die BEMA-Nrn. 119 und 120 in die Degressionsberechnung mit einbezogen wurden. Denn eine Unterteilung einzelner BEMA-Ziffern könne nicht erfolgen. Der Gesetzgeber sei befugt, zu pauschalisieren, zu generalisieren und zu schematisieren. Das **SG** wies die Klage sowohl im Hauptantrag, als auch im Nebenantrag ab.

## II. Sachlich-rechnerische Richtigstellung

Nach BSG, Urt. v. 04.11.2021 - B 6 KA 9/20 R – endet das Recht (und die Pflicht) der KV zur **Honorarkürzung** wegen **fehlender Fortbildungsnachweise** auf der Grundlage des § 95d SGB V nicht mit dem **Wechsel des Fachgebietes** der Zulassung von der Anästhesie zur Allgemeinmedizin. Voraussetzung der Honorarkürzung ist, dass ein Vertragsarzt in der Zeit seiner Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung die geforderten Nachweise über die Fortbildung nicht vorlegt und in den ersten Quartalen nach Ablauf des Fünfjahreszeitraums Anspruch auf Honorar aus der vertragsärztlichen Tätigkeit hat. Weitere Voraussetzungen bestehen nicht, also insb. **nicht die Identität des Fachgebietes**, auf dem der Arzt tätig ist. Der Kl. war hier ohne Unterbrechung zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen; der Wechsel des Fachgebietes änderte daran nichts, auch wenn dieser hier rechtstechnisch durch den Verzicht auf die Zulassung als **Anästhesist** und die **neue Zulassung als Allgemeinmediziner** vollzogen wurde. Auch die Vorschriften über die Folgen einer Verletzung der Fortbildungspflicht bei angestellten Ärzten im MVZ führen zu keiner anderen Beurteilung. Die Situation des Klägers ist nicht mit derjenigen eines Arztes zu vergleichen, der als zugelassener Vertragsarzt seine Nachweispflicht nicht hinreichend erfüllt hat und danach in die Anstellung bei einem MVZ wechselt.

Nach BSG, Urt. 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 Bkl. 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 Bkl. 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 Bkl. 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 Abstufung 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 Tumorthherapie**“ voraussetzt, nicht berechnungsfähig, wenn zwar Bisphosphonate „intravasal“ (intravenös oder -arteriell) appliziert werden, die Zytostatika jedoch vom Patienten oral eingenommen werden. Für die **Auslegung** der in der **Onkologie-Vereinbarung** enthaltenen, von den Bundesmantelvertragspartnern vereinbarten Gebührenordnungspositionen (GOP) ist in erster Linie deren **Wortlaut** maßgebend. Eine analoge Anwendung kommt nicht in Betracht. Insofern gilt nichts Anderes als für die Auslegung der vom Bewertungsausschuss (BewA) beschlossenen GOP des EBM.

## 1. Zeitprofile: Hohe Patientenzahl und besondere Sprechstunden-/Praxisöffnungszeiten

LSG Hessen, Urteil v. 24.03.2021 - L 4 KA 46/17  
SGB V § 106d

RID 21-04-5

Die im Anhang 3 zum EBM 2005 festgelegten **Prüfzeiten** sind bundeseinheitliche Messgrößen, die für Vertragsärzte und KVen verbindlich sind. Die Angaben zum Zeitaufwand sind in einem gerichtlichen Verfahren nur eingeschränkt überprüfbar, der weite Gestaltungsspielraum des Bewertungsausschusses bei der Aufstellung des EBM als Rechtsnorm in Form von Normsetzungsverträgen ist zu beachten (Festhalten an LSG Hessen, Urt. v. 13.09.2017 - L 4 KA 65/14 - RID 17-04-14).

Auch die Neufassung von § 12 AbrechnPr-RL, wonach zusätzlich die Berücksichtigung der quartalsbezogenen Pauschalen und überdurchschnittlichen Fallzahl, fachlichen Spezialisierung etc. vorgesehen sind, rechtfertigt keine Neubewertung. Diese Kriterien können nicht bereits aus sich heraus die Plausibilität eines erheblichen Zeitumfangs begründen. Insb. eine **hohe Patientenzahl**, besondere Sprechstunden-/Praxisöffnungszeiten oder besondere Strukturen der Praxis können die Überschreitung der Zeitprofile nicht rechtfertigen, da maßgeblich der plausible Zeitaufwand gerade Gegenstand der Überprüfung ist.

Die Beschäftigung eines **Weiterbildungsassistenten** wird mit einem Umfang von 25 % der Quartalsprofilzeiten zutreffend erfasst.

Bei der implausiblen Überschreitung des Quartalsprofils kann der Vorwurf der **groben Fahrlässigkeit** auch auf die Sammelerklärung mit einem offensichtlich nicht erbringbaren Leistungsumfang zu beziehen sein. Die Falschabrechnung bezieht sich dann nicht auf eine einzelne Abrechnungsposition, sondern auf die Unrichtigkeit des gesamten Abrechnungsvolumens.

Die Beteiligten streiten über Rechtmäßigkeit der Honorarrückforderung aufgrund einer Plausibilitätsprüfung der Quartale I bis III/08 bezogen auf die Tätigkeit des Kl., eines Facharztes für Allgemeinmedizin, in Höhe von 70.813,85 €. **SG Marburg**, Urt. v. 21.07.2017 - S 12 KA 446/14 - hob den angefochtenen Bescheid insoweit auf, als er eine Honorarrückforderung aus der Plausibilitätsprüfung in Bezug auf das Quartal II/08, nämlich in anteiliger Höhe von 25.567,50 Euro, festgesetzt hatte und wies im Übrigen die Klage ab, das **LSG** wies auf Berufung der Bekl. die Klage insgesamt ab und die Berufung des Kl. zurück.

## 2. Ausschluss der hausärztlichen Vorhaltepauschale neben Akupunktur unzulässig

SG Dortmund, Urteil v. 03.07.2019 - S 52 KA 28/16

RID 21-04-6

juris

SGB V a.F. § 106a; BMV-Ä Anl. 5 § 6

Der Ausschluss der Berechnungsfähigkeit der **hausärztlichen Vorhaltepauschale** im Zshg. mit **Akupunkturleistungen** i.S. einer Stärkung der Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrages stellt keinen rechtfertigenden Sachgrund für die **Ungleichbehandlung** der

ärztliche Zusatzleistungen dar, denn diese Begründung müsste dem Grunde nach auch gegen eine Berechnungsfähigkeit der Vorhaltepauschale neben Leistungen der Chirotherapie, der Sportmedizin oder des Naturheilverfahrens gelten. Dies gilt insb. vor dem Hintergrund, dass im Hinblick auf die Finanzierungsmittel weder die genannten Zusatzleistungen noch die Akupunktur zum Regelleistungsvolumen, sondern zum qualitätsgebundenen Zusatzvolumen gehören. Aufgrund der dargelegten ungerechtfertigten Benachteiligung durch den Ausschluss der Berechnungsfähigkeit der Vorhaltepauschale allein im Zusammenhang mit Akupunkturleistungen hat der Bewertungsausschuss durch die Regelungen zur Ziff. 03040 EBM seinen Entscheidungsspielraum so erheblich überschritten, dass vorliegend eine Korrektur im Wege der gerichtlichen Überprüfung in diesem Fall angezeigt ist.

Die Beteiligten streiten über die Frage, ob neben der Abrechnung von Akupunkturleistungen (Ziff. 30790 u. 30791 EBM) auch die sog. hausärztliche Vorhaltepauschale (Ziff. 03040 EBM) abgerechnet werden kann. Der Kläger ist Facharzt für Allgemeinmedizin und besitzt eine Zusatzqualifikation für die Akupunktur-Schmerztherapie. Der Schwerpunkt seiner ärztlichen Tätigkeit liegt in der hausärztlichen Betreuung. Nach eigenen Angaben behandelt der Kl. daneben ca. 5% seiner Patienten schmerztherapeutisch. Das SG verpflichtete die Bekl., dem Kl. für die Quartale IV/13, II/14 und II/15 weiteres Honorar für die Geltendmachung der Ziff. 03040 neben der Geltendmachung der Ziff. 30790 und 30791 zu gewähren.

### 3. Zahnmedizinischer Behandlungserfolg und Leistungslegende (Hautlappenplastik)

SG München, Urteil v. 23.06.2021 - S 38 KA 5039/20

RID 21-04-7

juris  
SGB V § 87

**Leitsatz:** 1. Die Leistungen nach den GOÄ-Nrn. 2381/2382 (einfache **Hautlappenplastik**; schwierige Hautlappenplastik) sind nicht Bestandteil der **chirurgischen Leistungen**.

2. Erfolgt zusätzlich eine Maßnahme, die dem Leistungsziel der Hautlappenplastik ganz oder im Wesentlichen zuwiderläuft, deren beabsichtigter zahnmedizinischer **Behandlungserfolg** mehr oder weniger gefährdet bzw. diesen sogar aufhebt, dann ist auch in diesem Fall die **Leistungslegende als nicht erfüllt** anzusehen. Das Einbringen/Wiederentfernen von Drainagestreifen, was noch dazu an einer anderen Stelle erfolgt, gefährdet weder den beabsichtigten Behandlungserfolg der Hautlappenplastik, geschweige denn hebt diesen auf.

Die kl. BAG wandte sich gegen die sachlich-rechnerische Richtigstellung in 17 Behandlungsfällen, in denen neben den chirurgischen Leistungen nach den Bema-Nrn. 48, 56a und 58 die GOÄ-Nrn. 2381 bzw. 2382 in Ansatz gebracht wurden. Zur Begründung wurde ausgeführt, die Abrechnung der Hautlappenplastik nach den GOÄ-Nrn. 2381 bzw. 2382 sei nicht nachvollziehbar, da sog. Drainagestreifen eingebracht worden seien, welche zunächst einen Zugang zur Mundhöhle schaffen würden, dann aber wieder entfernt werden müssten. Dies konterkariere den Zweck des plastischen Verschlusses. Das SG hob den angefochtenen Bescheid auf.

### III. Genehmigung/Disziplinarrecht/Notdienst

Nach BSG, Urt. v. 04.11.2021 - **B 6 KA 13/20 R** - ist ein MVZ-Träger berechtigt, im Wege einer **Feststellungsklage** gegen die bekl. KV klären zu lassen, ob der Versorgungsauftrag nach der gescheiterten „Mitnahme“ nach I. bei der Beigel. zu 1. verblieben oder weggefallen ist. Im Hinblick auf die Besonderheiten der Zuteilung von Versorgungsaufträgen für **Dialyse** und die in der Dialyse-Vereinbarung vorgenommene Bedarfsplanung kommt hier dem **Konkurrenzschutz im Wettbewerb** miteinander stehender Anbieter im selben regionalen Umfeld eine größere Reichweite als im allgemeinen Bedarfsplanungsrecht zu. Entsprechend der Anfechtungsberechtigung für eine defensive Konkurrentenklage steht der Kl. hier die erforderliche Feststellungsberechtigung zu. Der Antrag ist jedoch nicht begründet. Der Versorgungsauftrag der Beigel. zu 1. hat sich nicht erledigt und auf ihn wurde auch nicht wirksam verzichtet. Soweit die Kl. mit dem Hilfsantrag die Feststellung begehrt, dass die beklagte KV verpflichtet ist, der Beigel. zu 1. einen Versorgungsantrag zu entziehen, fehlt der Kl. bereits die Berechtigung, von der KV zu verlangen, einen Versorgungsauftrag, den der Konkurrent tatsächlich oder vermeintlich nicht (vollständig) ausfüllt, diesem gegenüber zu widerrufen oder zu entziehen. Insoweit kommt es auf die materielle Rechtslage nicht an. Die KV ist zwar nach § 5 Abs. 7 Buchst. c Qualitätssicherungsvereinbarung Blutreinigung verpflichtet, die Zahl der **Versorgungsaufträge „anzupassen“**, wenn ein Dialysearzt aus der Praxis ausscheidet und die Nachbesetzung der Stelle nicht innerhalb von sechs Monaten nachgewiesen wird. Diese Anpassungspflicht obliegt der KV im Hinblick auf die Sicherung der Qualität der Versorgung und eine ausgewogene Planung der Standorte. Sie hat jedoch **keinen drittschützenden Charakter** zu Gunsten konkurrierender Anbieter. Nach BSG, Urt. v. 04.11.2021 - **B 6 KA 14/20 R** - hat das SG dem Feststellungsbegehren des kl. MVZ-Trägers zu Recht entsprochen. Auf die Genehmigung zur Führung einer Nebenbetriebsstätte in N. hat die damals aus Dres. S. und B. bestehende BAG verzichtet. Diese Genehmigung war der BAG Dres. S. und B. mit Hauptstandort in H. zugeordnet. Diese BAG hat der Bekl. den gewünschten Übergang der Nebenbetriebsstätten genehmigung auf die neue Einzelpraxis von Dr. S. in I. mitgeteilt. Die tatrichterliche Würdigung, nach der darin ein **Verzicht auf den Weiterbetrieb der Nebenbetriebsstätte** durch die Praxis mit Hauptsitz in H. liegt, ist nicht zu beanstanden. Dass die Absicht bestand, den Standort in N. durch die neue Einzelpraxis betreuen zu lassen, ändert nichts

daran, dass aus der allein der Praxis mit Hauptsitz in H. erteilten Genehmigung für eine Nebenbetriebsstätte mit Standort in N. nach dem Inhalt der Erklärung keine Rechte mehr hergeleitet werden sollten. Der Verzicht war auch nicht in dem Sinne bedingt, dass er nur für den Fall gelten sollte, dass Dr. S. die Genehmigung für N. „übernehmen“ könnte.

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 Entlastungsassistenz 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. Genehmigung zur Durchführung künstlicher Befruchtungen: Beratergremium/Bedarfsgerechtigkeit

SG München, Urteil v. 07.07.2021 - S 38 KA 621/17

RID 21-04-8

juris

SGB V §§ 27a I, 92 I 2 Nr. 9, 103 IIIa, 121a

**Leitsatz:** 1. Die **Mitwirkung** eines sog. **Beratergremiums** bei der Genehmigung nach § 121a SGB V ist dann rechtlich nicht zu beanstanden, wenn ein solches Gremium dem Entscheidungsträger nur beratend zur Seite steht, dessen Beurteilung von der zuständigen Behörde nicht ungeprüft übernommen wird und es sich somit um dessen ureigene Entscheidung handelt.

2. Eines **Ausschreibungs- oder Nachbesetzungsverfahrens** bei Genehmigungen nach § 121a SGB V, einem Verfahren „sui generis“, entsprechend § 103 Abs. 3a SGB V bedarf es nicht.

3. Die Regelung des § 121a SGB V verstößt nicht gegen die sog. Wesentlichkeitstheorie als Ausfluss des **Vorbehalts des Gesetzes** (Art. 20 GG). Es ist generell zulässig, wenn „Grundsätze für die Genehmigung nach § 121a SGB V zur Durchführung der künstlichen Befruchtung“ (zuletzt i.d.F.v. 01.05.2020) aufgestellt werden und sich der Entscheidungsträger daran orientiert. Hierbei handelt es sich um „gesetzesauslegende und norminterpretierende Verwaltungsvorschriften zum in § 121a Abs. 1, Abs. 2 SGB V enthaltenen unbestimmten Rechtsbegriff der „Bedarfsgerechtigkeit“ (vgl. LSG München, Urt. v. 03.03.2021 - L 12 KA 70/19).

4. **Sinn und Zweck** von § 121a SGB V zum Zeitpunkt der Einführung der Vorschrift im Jahr 1990 war, es solle einer Entwicklung vorgebeugt werden, die zu einem Absinken der Indikationsschwelle führe (BT-Drucks. 11/6760 zu Nr. 6). Diesem Aspekt wird heute zumindest nicht mehr die Bedeutung beizumessen sein, wie dies damals der Fall war (Einführung der Kryokonservierung in § 27a Abs. 4 SGB V als Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung; Förderung der Maßnahmen der künstlichen Befruchtung entsprechend der Bundesrichtlinie und der Landesrichtlinie).

5. Zum Kriterium der „**Bedarfsgerechtigkeit**“ gehört auch, dass die Einrichtung entsprechend leistungsfähig ist, damit ein hoher Qualitätsstandard (zu messen an der Erfolgsquote) erreicht wird. Dies ist in der Regel bei Einrichtungen der Fall, die eine ausreichend hohe Anzahl an Behandlungszyklen erbringen.

6. Es bestehen keine rechtlichen Bedenken, **Planungsbereiche** mit einem Radius von 80 km festzulegen.

7. Werden für die Ermittlung des Bedarfs **allgemeine Verhältniszahlen** zugrunde gelegt, müssen diese den **aktuellen Bedarf widerspiegeln**. Das Abstellen auf den Stichtag 31.12.1998 wird dem seither eingetretenen Zuwachs an Leistungen der künstlichen Befruchtung nicht gerecht.

8. Grundsätzlich ist bei Planungen für Einrichtungen der künstlichen Befruchtung darauf zu achten, dass diese **flächendeckend** (Art. 3 Abs. 2 Satz 2 der Verfassung des Freistaates Bayern) sind. Ergibt sich aber in einem Planungsraum ein Bedarf, in dem bereits eine gute Versorgung besteht, kann eine Genehmigung nach § 121a SGB V nicht deshalb abgelehnt werden, weil die Versorgung in anderen Regionen deutlich schlechter ist und an sich in erster Linie dort zusätzliche Versorgungsangebote zu schaffen wären.

Das **SG** verurteilte den Bekl., unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts erneut zu entscheiden, und wies im Übrigen die Klage ab.

## 2. Auslagerung von Praxisräumen

### a) Gründe/Merkmal der „räumlichen Nähe“

**LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 11.03.2021 - L 11 KA 50/18**

**RID 21-04-9**

*Revision anhängig: B 6 KA 12/21 R*

juris

Ärzte-ZV § 24 V

Besondere **Gründe für die Auslagerung von Praxisräumen** liegen vor, wenn am Vertragsarztsitz Räumlichkeiten für die erforderliche Ausweitung des Labors fehlen.

Das Merkmal der „**räumlichen Nähe**“ ist im Sinne eines **abstrakt-generellen Entfernungsmaßstabes** zu verstehen, bei dem weder Spezifika der jeweiligen Arztgruppe noch anderweitige Sicherstellungsaspekte eine Rolle spielen. Entscheidend ist vielmehr, dass es sich nach einem objektivierten Maßstab aus **Sicht der Versicherten** noch um eine **einheitliche Praxis** handelt. Das ist jedenfalls dann nicht mehr der Fall, wenn die Entfernung zwischen dem Vertragsarztsitz und der (beabsichtigten) Nebenbetriebsstätte der Praxis 9 km beträgt und für das Zurücklegen dieser Strecke mit dem privaten Kraftfahrzeug 15 bis 20 Minuten benötigt werden. Das folgt aus der grammatikalischen, systematischen, historischen und teleologischen Auslegung des Begriffs, die mit Art. 12 GG in Einklang steht.

Die Kl. ist eine überörtliche BAG, bestehend aus der MVZ E GbR, Düsseldorf, und der MVZ R GmbH, Pulheim, deren Geschäftsführer der Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe Dr. A ist. An den Standorten in Düsseldorf und Pulheim werden im „Institut für Zytologie“ Laborleistungen erbracht. Als interdisziplinäres Einsendelabor wird an weiteren Standorten ein vollständiges labordiagnostisches Spektrum angeboten. Die Kl. teilte der Bekl. mit, in Köln eine ausgelagerte Praxisstätte betreiben zu wollen. Sämtliche Leistungen am Patienten würden in den derzeitigen Praxen durchgeführt, die Sprechstundenzeiten seien gesichert und würden eingehalten. In der geplanten ausgelagerten Praxisstätte würden - durch fünf im Einzelnen benannte Ärzte - zytologische Leistungen nach bestimmten Gebührenordnungspositionen erbracht werden. **SG Düsseldorf**, Urt. v. 23.05.2028 - S 2 KA 188/17 - juris stellte fest, dass die Kl. eine ausgelagerte Praxisstätte am Standort S-Straße 79, Köln, betreiben dürfe, an der zusätzlich zu den weiteren Standorten der Kl. sämtliche zytologischen Leistungen sowie HPV-Untersuchungen und die Untersuchung von P16/Ki 67 sowie L1, für welche die Kl. eine Genehmigung besitzt, erbracht und abgerechnet werden dürfen. Das SG hatte unter Berücksichtigung der BSG-Rspr. zur früheren Residenzpflicht (BSG, Urt. v. 05.11.2003 - B 6 KA 2/03 - SozR 4-5520 § 24 Nr. 1 [30 Minuten zwischen Wohnsitz und Vertragsarztsitz]) bei einer Entfernung von ca. 10,5 bis 10,9 km und einer

Fahrzeit von ca. 11 min. bzw. 15 min. (je nach gewählter Strecke) keine Bedenken gegen die Annahme einer räumlichen Nähe. Das *LSG* wies die Klage ab.

## b) Drittschutz gegen ausgelagerte Praxisräume/Räumliche Nähe

**LSG Sachsen, Beschluss v. 19.07.2021 - L 1 KA 10/19 B ER**

**RID 21-04-10**

juris  
Ärzte-ZV § 24 V

**Leitsatz:** 1. Ein **ausgelagerter Praxisraum** befindet sich nur dann im Sinne des § 24 Abs. 5 Ärzte-ZV in „**räumlicher Nähe**“ zum Vertragsarztsitz, wenn die Entfernung wenige Kilometer beträgt. Mehr als 15 Kilometer sind keinesfalls „räumlich nah“.

2. Ein vertragsärztlicher Leistungserbringer kann durch eine **Untätigkeit** einer vertragsärztlichen Institution in seinen eigenen Rechten verletzt sein, wenn die von ihm beanstandete wettbewerbliche Tätigkeit eines Konkurrenten besonders schwerwiegend gegen nicht lediglich status- oder versorgungsneutrale Regelungen des Vertragsarztrechts verstößt.

Der **Ast.** ist Träger eines Krankenhauses für Psychiatrie und Neurologie und betreibt im Planungsbereich Nordsachsen ein MVZ für Gynäkologie, Radiologie, Psychiatrie und Neurologie (im Folgenden: **MVZ Z**). Die radiologische Praxis des MVZ Z befindet sich in unmittelbarer Nachbarschaft des Fachkrankenhauses des Ast. im Gebäude der **Y-Klinik X**, eines Allgemeinkrankenhauses, in X. Die **Beigel.**, eine GmbH, die zur Kliniken GmbH F gehört, betreibt mehrere MVZ, u.a. eines in W im Planungsbereich W-Stadt (im Folgenden: **MVZ U**). Dort wirken mehrere Fachärzte für Radiologie bzw. Diagnostische Radiologie an der Versorgung mit, u.a. bis 31.12.2019 die Fachärztin für Diagnostische Radiologie Dr. med. V. Diese ist zugleich als Oberärztin am Fachbereich Diagnostische Radiologie der Y-Klinik X beschäftigt. Dieser Fachbereich ist in demselben Gebäude untergebracht wie die Radiologie des MVZ Z. Die **Beigel.** beantragte am 29.10.2018 bei der Ag. die „Genehmigung zur Durchführung von **ausgelagerten Praxisräumen für Frau Dr. med. V**“ für radiologische Untersuchungen (MRT, CT, Röntgen) **in der Y-Klinik X** im Umfang von wöchentlich vier Stunden ab dem 10.10.2018 und legte eine Vereinbarung über die Mitnutzung medizinisch-technischer Großgeräte vom 13./19.09.2018 vor. Die Ag. teilte mit Schreiben vom 19.12.2018 mit, dass sie die Anzeige der ausgelagerten Praxisräume zur Kenntnis genommen habe. Die räumliche Nähe zur Betriebsstätte sei gegeben. Auf die Vorgaben der Zulassungsverordnung und des Sicherstellungsstatuts, wonach in ausgelagerten Praxisräumen keine Sprechstunden abgehalten werden dürften, werde hingewiesen. Im März 2019 bemerkte der Ast. im Krankenhausgebäude Hinweisschilder zum MVZ U Radiologie am Standort der Y-Klinik X. Auf das Angebot wurde auch im Internet hingewiesen. Am 15.03.2019 legte der Ast. bei der Ag. Widerspruch gegen etwa ergangene Genehmigungsbescheide für die Tätigkeit in der Nebenbetriebsstätte ein. Er forderte erfolglos, der **Beigel.** den Betrieb an der Y-Klinik X zu untersagen. **SG Dresden**, Beschl. v. 15.07.2019 - S 25 KA 92/19 ER - verpflichtete die Ag., der **Beigel.** bis zum rechtskräftigen Abschluss des Hauptsacheverfahrens, längstens bis zum fruchtlosen Ablauf der Frist für die Erhebung der Klage im Hauptsacheverfahren, die vertragsärztliche Erbringung und Abrechnung von Leistungen in den Räumen der Y-Klinik X zu untersagen, das **LSG** wies die Beschwerde der **Beigel.** zurück. Es führte u.a. aus, wenn die Ag. gegenüber der **Beigel.** nach dem Beschl. des SG die Untersagung ausgesprochen haben sollte, so sei mit dem Ende der Anstellungsgenehmigung der Dr. med. V zum 31.12.2019 diese gem. § 39 II SGB X erledigt, ebs. der Beschl. des SG. Zur Klärung der Frage, ob die der Entscheidung im einstweiligen Rechtsschutz zu Grunde liegende Rechtsauffassung des SG zutreffend sei, bestehe im Beschwerdeverfahren kein Anlass.

## 3. Notdienst

### a) Widerruf der Genehmigung zur Teilnahme am Notdienst mangels Eignung

**SG München, Beschluss v. 22.12.2020 - S 28 KA 236/20 ER**

**RID 21-04-11**

juris  
Ärzte-ZV § 21

Ist einem Vertragsarzt aufgrund eines kardiologischen Sachverständigengutachtens ein **hochgradig medizinisches Fehlverhalten** in einem **notärztlichen Behandlungsfall** vorzuhalten, welches die Patientin an ihrer Gesundheit gefährdet und ihre Überlebenschancen im weiteren Behandlungsverlauf drastisch reduziert hat, kann die Genehmigung zur Teilnahme am Notdienst mangels Eignung widerrufen und dessen sofortige Vollziehung angeordnet werden.

Das **SG** lehnte den Antrag auf Anordnung der aufschiebenden Wirkung des Widerspruchs des Ast. ab.

## b) Keine Versicherungspflicht im (zahn-)ärztlichen Notdienst

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 20.07.2021 - L 11 BA 3136/20

RID 21-04-12

Revision anhängig: B 12 R 9/21 R

juris

SGB V § 75; SGB IV § 7a

**Leitsatz:** Die **Einteilung eines Zahnarztes**, der nicht (mehr) zur vertragszahnärztlichen Versorgung zugelassen ist und auch nicht (mehr) über eine eigene Praxis verfügt, zum zahnärztlichen **Notdienst** durch die Kassenzahnärztliche Vereinigung erfolgt durch einen mitwirkungsbedürftigen Verwaltungsakt. Zahnärzte, die auf der Grundlage eines solchen Verwaltungsaktes für die Dauer des Notdienstes an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmen, sind weder in einen fremden Betrieb eingegliedert noch unterliegen sie Weisungen. Dies gilt auch dann, wenn der Notdienst in einem eigens hierzu von der Kassenzahnärztlichen Vereinigung eingerichteten **Notfalldienstzentrum** wahrgenommen wird.

*SG Stuttgart*, Ur. v. 08.09.2020 - S 7 BA 108/20 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

## IV. Wirtschaftlichkeitsprüfung/Arzneikostenregress

Nach BSG, Ur. 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, Ur. 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. Arzneikostenregress

#### a) Substantiierungsanforderungen für Praxisbesonderheiten

LSG Hessen, Urteil v. 24.02.2021 - L 4 KA 74/16

RID 21-04-13

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 17/21 B

SGB V § 106 a.F.

Für die erforderliche „**Darlegung**“ von **Praxisbesonderheiten** reicht es nicht aus, dass ein Arzt lediglich seine einzelnen Behandlungsfälle auflistet und sie einzeln mit Anführung von Diagnose sowie Behandlungs- und Ordnungsmaßnahmen erläutert. Denn es müssen **spezielle Strukturen**

**aufgezeigt** werden. Hierfür ist es notwendig, dass der Arzt seine Patientenschaft und deren Erkrankungen „systematisiert“. Dies kann z.B. in der Weise geschehen, dass er die bei ihm schwerpunktmäßig behandelten Erkrankungen aufzählt und mitteilt, welcher Prozentsatz von seinen Patienten ihnen jeweils zuzuordnen ist und welcher Aufwand an Behandlung bzw. Arzneien durchschnittlich für die Therapie einer solchen Erkrankung erforderlich ist.

Der bloße Hinweis auf den Charakter als „**Landarztpraxis**“ und der Vortrag, er sei gezwungen, Teile der fachärztlichen Versorgung für oft weit entfernt liegende Facharztpraxen mit zu übernehmen, sind unsubstantiiert.

Die Beteiligten streiten um die Festsetzung eines Regresses (40.641,99 €) gegenüber dem Kl., einem Facharzt für Allgemeinmedizin, wegen der Überschreitung des Richtgrößenvolumens für Arzneimittelverordnungen 2010. *SG Marburg*, Urt. v. 19.10.2016 - S 16 KA 326/14 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

## b) Einzelfallprüfung: Darlegungsobliegenheiten

**LSG Hessen, Urteil v. 24.03.2021 - L 4 KA 20/17**

**RID 21-04-14**

**SGB V § 106 a.F.**

Bei einer **Einzelfallprüfung** sind die in der konkreten Verordnung liegenden Umstände, die den **Vorwurf der Unwirtschaftlichkeit widerlegen** sollen, ebf. spätestens gegenüber dem Beschwerdeausschuss geltend zu machen. Der bis zum Beschluss des Beschwerdeausschusses erforderliche Grad der Substantiierung des Vortrages ist dabei eine Frage des Einzelfalls; so mag bei einfach gelagerten Sachverhalten die Vorlage der Dokumentation des betreffenden Behandlungsfalls mit einer kurzen Erläuterung zu den die Wirtschaftlichkeit begründenden Umständen hinreichend sein. In der Regel ist vom Vertragsarzt aber ein aufbereitender, systematisierender Vortrag gefordert, der den Bekl. in die Lage versetzt, die Auswirkungen dieses Vortrages auf die Prüfung zu erfassen.

Die Beteiligten streiten über einen Arzneikostenregress (Medikamente Berodual, Symbicort, Elontril und Instanyl Nasenspray) für die Quartale II/11 bis III/12 in einem Umfang von 26.148,34 € nach Einzelfallprüfung. *SG Marburg*, Gerichtsbb. v. 18.04.2017 - S 16 KA 548/14 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

## V. Zulassungsrecht

Nach BSG, Urt. v. 04.11.2021 - **B 6 KA 16/20 R** - ist Voraussetzung einer Ermächtigung nach § 31 I 2 Ärzte-ZV nicht, dass die **Psychotherapeutin geflüchtete traumatisierte Personen** auch schon vor der Übernahme der Behandlungskosten dieser Personen durch eine Krankenkasse nach § 264 II SGB V, also in den ersten 15 bzw. (heute) 18 Monaten ihres Aufenthalts in Deutschland behandelt hat. Auch wenn der Gesetzgeber durch die Ergänzung des § 31 I-ZV im Jahr 2015 Therapieabbrüche durch einen Wechsel zu zugelassenen Therapeuten mit Einsetzen des Leistungsanspruchs nach § 2 AsylbLG verhindern wollte, ergibt sich daraus keine die Ermächtigung einschränkende Voraussetzung. Der Tatbestand des § 31 I 2 Ärzte-ZV ist nicht auf die Vermeidung von Therapieabbrüchen verengt. Nach dem Wortlaut soll **generell einem Mangel an fachlich befähigten Psychotherapeuten** zur Traumabehandlung geflüchteter Menschen abgeholfen werden. Viele dieser Menschen haben einen akuten Behandlungsbedarf, und der Verweis auf die Inanspruchnahme zugelassener Therapeuten hätte die Wartezeiten auf einen Behandlungsplatz, die schon unabhängig von den Bedarfen geflüchteter Menschen verbreitet als lang bewertet werden, weiter erhöht. Insoweit hat die Wendung von den „Therapieabbrüchen“ auch eine sachliche und nicht nur eine personelle Komponente. Ohne die Erweiterung des Kreises der Behandler über die schon zugelassenen Therapeuten hinaus hätten viele zu lange auf die Weiterführung der begonnenen Traumabehandlung warten müssen, was ihrer Integration entgegen stehen würde. Eine unzulässige **Ungleichbehandlung** zwischen traumatisierten geflüchteten Menschen und Versicherten, die aus anderen Gründen psychotherapeutisch behandlungsbedürftig sind, liegt darin nicht. Die Folgen von Traumatisierungen bilden ein zulässiges Differenzierungskriterium; auch in anderen Leistungsbereichen stellt der Gesetzgeber für Personen, die Opfer von Gewalttaten geworden sind, ein besonderes Angebot bereit, das sich nicht auf die Inanspruchnahme der zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Psychotherapeuten beschränkt (u.a. in Traumaambulanzen nach § 37 SGB XIV). § 31 I 2 Ärzte-ZV hält sich auch in der vom Senat für richtig gehaltenen Auslegung im **Rahmen der Ermächtigung** des § 98 I u. II 2 Nr. 11 SGB V. Das in Nr. 11 angesprochene Rechtsinstitut der Ermächtigung ist nicht auf konkret bedarfsabhängige Entscheidungen begrenzt und auch nicht auf Entscheidungen, die im Ermessen der Zulassungsgremien stehen. Die Ergänzungsfunktion der Ermächtigung wird auch dann gewahrt, wenn der Ordnungsgeber seinerseits abstrakt-generell eine Bedarfslage definiert und die Zulassungsgremien von der Prüfung freistellt, ob und in welchem Umfang konkret ein Bedarf gegeben ist. Das ist hier durch die doppelte Beschränkung auf die Gesundheitsstörung (Trauma nach Flucht) und den Status (Bezug nach § 2 AsylbLG) geschehen. Dass damit generell eine zweite Versorgungsschiene neben der Zulassung eröffnet würde, was ohne spezielle gesetzliche Regelung allein über den Tatbestand der Ermächtigung in Nr. 11 nicht zulässig wäre, ist für den Senat nicht erkennbar.

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** - SozR 4-2500 § 103 Nr. 32 ist die Einbeziehung der „**kleinen Arztgruppen**“ in die **Bedarfsplanung** nicht zu beanstanden (BSG, Urt. v. 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 BedarfspIRL a.F. in dieser Konstellation entsprechend anwendbar war, kann dahingestellt bleiben. Denn die Praxisvorgängerin hat die Erteilung einer Regelzulassung nicht beantragt und ihr Zulassungsstatus hat sich auch nicht kraft Gesetzes geändert. Dass insoweit eine entsprechende **statusbegründende Entscheidung** durch die Zulassungsgremien **erforderlich** ist, folgt bereits daraus, dass § 37 I 2 BedarfspIRL - anders als § 26 BedarfspIRL - den Konflikt der Bevorrechtigung mit anderen Zulassungen (z.B. Sonderbedarfszulassung für Belegärzte, Jobsharing) nicht regelt. Zudem kann die Umwandlung einer Sonderbedarfszulassung in eine Regelzulassung nicht gegen den Willen eines Psychotherapeuten erfolgen, sodass ein **Antrag oder mindestens das ausdrückliche Einverständnis** sowie eine daraufhin ergehende statusbegründende Entscheidung des Zulassungsausschusses notwendig sind. An einer solchen Entscheidung hat es bezogen auf die Praxisvorgängerin der Kl. gefehlt. Im Übrigen konnte der Kl. nur eine Zulassung mit den Beschränkungen erteilt werden, die der Zulassungsausschuss bei seiner Entscheidung über die Nachbesetzung im Rahmen des Ausschreibungsverfahrens nach § 103 IIIa SGB V festgelegt hat.

## 1. Zulassung

### a) Nachfolgelassung: Praxissubstrat u. Anordnung des Ausschreibungsverfahrens

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 02.12.2020 - L 11 KA 46/19

RID 21-04-15

juris

SGB V § 103 IIIa

Der Beschwerdeausschuss kann nach **bestandskräftiger Anordnung der Durchführung des Ausschreibungsverfahrens** durch den Zulassungsausschuss eine Zulassung nicht mehr mit der Begründung ablehnen, dass die Voraussetzungen für die Durchführung des Nachbesetzungsverfahrens von vornherein nicht gegeben waren bzw. **kein Praxissubstrat** mehr vorhanden sei (BSG, Urt. v. 12.02.2020 - B 6 KA 19/18 R - SozR 4-2500 § 103 Nr. 29 Rn. 20, 33). Der Einwand, dass der Zulassungsausschuss nach § 103 Abs. 3a SGB V das Praxissubstrat maßgeblich unter Versorgungsgesichtspunkten betrachte, ist unbeachtlich.



Für die Beurteilung der Frage, ob die **Voraussetzungen einer „Fortführung“ der Praxis** gegeben sind, kommt dem zeitlichen Abstand zwischen der Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit durch den Vorgänger und dem Zeitpunkt der Antragstellung erhebliche Bedeutung zu. Eine generelle Festlegung, nach welcher Zeitspanne eine fortführungsfähige Praxis nicht mehr existiert, hat das BSG nicht getroffen, sondern dies von der Bewertung der gesamten Umstände des Einzelfalles abhängig gemacht. In Rspr. und Literatur findet sich als kürzester Zeitraum für die Annahme eines Wegfalls der Fortführungsfähigkeit die Angabe von sechs Monaten.

Die Kl. zu 1) u. 2) begehren die Zulassung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung als Fachärzte für Innere Medizin - Schwerpunkt Nephrologie - für den von der Beigel. zu 7) ausgeschriebenen Vertragsarztsitz des Beigel. zu 8). Der Zulassungsausschuss stimmte dem Antrag auf Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens zu (bestandskräftiger Beschluss v. 26.07.2016). Der Zulassungsausschuss beschloss, dass die Zulassung des Beigel. zu 8) mit Ablauf des 25.10.2016 durch Verzicht ende und der Kl. zu 1) als Facharzt für Innere Medizin, Schwerpunkt Nephrologie, zugelassen werde. Darüber hinaus lehnte er u.a. die Anträge des Kl. zu 2) und des Beigel. zu 11) ab. Dagegen erhob u.a. der Kl. zu 2), die Beigel. zu 10) und der Beigel. zu 11) Widerspruch. Der Bkl. ging nicht mehr von einem übergabefähigen Praxissubstrat analog der Bestimmung des § 103 IV SGB V aus und lehnte die Zulassungsanträge der Kl. zu 1) und 2) und des Beigel. zu 11) sowie der Frau Dr. K ab. Mit weiterem Beschl. verwarf er den Widerspruch der Beigel. zu 10) als unzulässig. Dieser Beschluss war streitgegenständlich in einem weiteren Verfahren vor dem Senat (Urt v. 02.12.2020 - L 11 KA 21/18). **SG Gelsenkirchen**, Urt. v. 08.05.2019 - S 16 KA 1/17 - wies die Klage ab, das **LSG** verpflichtete den Bkl., die Widersprüche der Kl. unter Berücksichtigung der Rechtsauffassung des Senates neu zu bescheiden.

## b) Teilentsperrung

### aa) Geltung der Nachrangregelung für MVZ

**SG München, Urteil v. 27.07.2021 - S 43 KA 10/21**

**RID 21-04-16**

**SGB V § 103 IVc 3 u. 4**

§ 103 Abs. 4c Satz 3 SGB V ist entsprechend auch für **Auswahlverfahren** nach **Entsperren** des Planungsbereich anzuwenden (vgl. SG München, Urt. v. 27.07.2020 - S 28 KA 438/19 - juris, RID 20-04-22).

Ein MVZ mit der Rechtsform einer GmbH als Kapitalgesellschaft kann gegenüber einem ärztlichen Bewerber nur **nachrangig** berücksichtigt werden. Ein Auswahlverfahren besteht dann nicht.

Der **Bestandsschutz** nach § 103 Abs. 4c Satz 4 SGB V entfällt, wenn am 31.12.2011 die Mehrheit der Geschäftsanteile und der Stimmrechte noch bei den Ärzten lag. Damit erfüllt die Regelung ihren Zweck, die Übernahme von Vertragsarztsitzen durch Kapitalgesellschaften als Gesellschafter von MVZ-Trägern entgegenzuwirken. Diese sind daran gehindert, den Nachrang der von ihnen betriebenen MVZ gem. § 103 Abs. 4c Satz 3 SGB V zu umgehen, indem sie eine MVZ-GmbH kaufen, die sich bis zum 31.12.2011 mehrheitlich in Ärztehand befand (vgl. LSG Sachsen, Urt. v. 13.03.2019 - L 1 KA 17/18 - juris, RID 19-04-30).

Nach Entsperrung für einen halben rheumatologischen Versorgungsauftrag bewarb sich das kl. MVZ erfolglos mit dem Antrag auf Genehmigung der Beschäftigung der Beigel. zu 9). Zugelassen wurde der Beigel. zu 8). Das **SG** wies die Klage ab.

### bb) Auswahlkriterien: Dauer der Eintragung in die Warteliste/Konzeptbewerbung

**SG München, Beschluss v. 18.06.2021 - S 38 KA 92/21 ER**

**RID 21-04-17**

**juris**

**SGB V §§ 92 I II Nr. 9, 95 II 7 bis 9, 103 III, IV 5 Nr. 9**

**Leitsatz:** 1. Bei dem **Auswahlkriterium „Dauer der Eintragung in die Warteliste“** in § 103 Abs. 4 S. 5 SGB V (n.F.) handelt es sich um ein rein **formales Kriterium**, das nur dann im Rahmen einer Auswahlentscheidung entscheidungserheblich ist, wenn sich aus den übrigen Kriterien kein eindeutiger Vorrang für einen der Bewerber ergibt.

2. § 103 Abs. 4 S. 5 Nr. 9 SGB V gilt sowohl für „arztlose“ **Konzeptbewerbungen** als auch für Konzeptbewerbungen, bei denen eine Nennung der Ärzte erfolgt.

3. Das **Konzept** liegt grundsätzlich in der Kombination aus bereits bestehendem besonderen Versorgungsangebot und der zu diesem noch hinzutretenden Ergänzung durch weitere Ärzte. Somit ist

von einer **Ergänzung** des besonderen Versorgungsangebots im Sinne des § 103 Abs. 4 S. 5 Nr. 9 SGB V nur dann auszugehen, wenn die Ergänzung zu einer weiteren konzeptionellen Verbesserung des bestehenden besonderen Versorgungsangebotes führt.

4. Die Konstellation, wonach neben einem Arzt/Ärzten aus ein- und demselben Fachgebiet ein **Anästhesist**/Anästhesisten tätig ist/sind, stellt kein nach dem Willen des Gesetzgebers berücksichtigungsfähiges Versorgungsangebot dar (vgl. BSG, Urt. v. 06.02.2008 - B 6 KA 5/07 R = SozR 4-2500 § 140a Nr. 2).

Der Zulassungsausschuss ließ nach Teilentsperrung (Fachgebiet Augenheilkunde) durch den Landesausschuss die Ast. zur vertragsärztlichen Tätigkeit mit einem vollen Versorgungsauftrag zu und lehnte den Antrag der beigel. KV-übergreifenden BAG auf Genehmigung zur Beschäftigung von Frau K. mit weiteren 10 Wochenstunden (0,25) und Herrn M. mit 30 Wochenstunden (0,75) ab. Der Widerspruch der Beigel. blieb erfolglos. Hierüber ist ein Klageverfahren anhängig (S 38 KA 11/21). Das **SG** wies im Rahmen einer Interessenabwägung den Antrag auf Anordnung des Sofortvollzugs der mit Bescheid des Berufungsausschusses erteilten Zulassung zur vertragsärztlichen Tätigkeit mit einem vollen Versorgungsauftrag als Fachärztin für Augenheilkunde zurück.

### c) Belegarztzulassung: Lauf der Zehnjahresfrist und aufschiebende Wirkung von Rechtsbehelfen

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 14.07.2021 - L 3 KA 19/19

RID 21-04-18

juris

SGB V § 103 VII 3; SGB X § 32

Bei der **Zehnjahresfrist** des § 103 VII 3 SGB V handelt es sich um eine Bestimmung, nach der eine Belastung (hier: die in der Bindung der vertragsärztlichen Zulassung an die belegärztliche Tätigkeit liegende Beschränkung der Zulassung) zu einem bestimmten Zeitpunkt endet, also um eine **Befristung** i.S.v. § 32 II Nr. 1 SGB X. Macht der Zulassungsausschuss den Fristbeginn demgegenüber von der Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit aufgrund der Zulassung abhängig, handelt es sich um eine **Bedingung** i.S.v. § 32 II Nr. 2 SGB X, weil der Eintritt des Laufs der Frist von dem ungewissen Eintritt eines zukünftigen Ereignisses abhängt. Derartige Nebenbestimmungen sind gesondert anfechtbar und erwachsen in Bestandskraft, sofern eine Anfechtung unterbleibt (vgl. BSG, Urt. v. 20.03.2013 - B 6 KA 26/12 R - SozR 4-2500 § 116 Nr. 8 m.w.N.).

Die Zehnjahresfrist beginnt nicht bereits mit der Erteilung der Zulassung zu laufen; maßgebend hierfür ist vielmehr die tatsächliche Ausübung bzw. die **Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit**. Die Zehnjahresfrist beginnt bei Einlegung von Rechtsbehelfen wegen deren aufschiebender Wirkung jedenfalls dann nicht zu laufen, wenn die vertragsärztliche Tätigkeit aufgrund der Belegarztzulassung nicht bereits vor der Einlegung der Rechtsbehelfe aufgenommen wurde. Dabei unterscheiden sich die Zeitpunkte der Aufnahme der **Belegarztstätigkeit** und der Aufnahme der **vertragsärztlichen Tätigkeit** aufgrund einer Sonderzulassung nach § 103 VII 3 SGB V im Ergebnis nicht, weil die belegärztliche Tätigkeit Teil der vertragsärztlichen Versorgung ist (vgl. BSG, Urt. v. 17.03.2021 - B 6 KA 6/20 R - SozR 4, juris), sie mithin stets eine vertragsärztliche Tätigkeit voraussetzt (§ 121 II SGB V) und die Zulassung nach § 103 VII 3 SGB V ihrerseits (i.S. einer Akzessorietät) an die Ausübung der belegärztlichen Tätigkeit geknüpft ist.

Der Kl. ist Facharzt für HNO-Heilkunde. Mit Beschl. v. 13.02.2008 erteilte ihm der Zulassungsausschuss eine Zulassung, beschränkt auf die Dauer der belegärztlichen Tätigkeit. Der Beschl. enthält dazu u.a. folgende Nebenbestimmung: „Die zeitliche Beschränkung der Zulassung auf die Dauer der belegärztlichen Tätigkeit nach 1. entfällt bei Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen nach § 103 Abs. 3 SGB V, spätestens jedoch nach Ablauf von 10 Jahren, gerechnet ab Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit des Antragstellers als Facharzt für HNO-Heilkunde in freier Praxis in P. (§ 103 Abs. 7 SGB V).“ Gegen die Zulassung des Klägers erhoben Ärzte sowie die beigel. KV erfolglos Widerspruch. Dagegen wurde Klage erhoben. Eine vom Kl. beantragte Anordnung der sofortigen Vollziehung lehnte der Bekl. ab. Das gerichtl. Eilverfahren blieb erfolglos. Mit Wirkung zum 01.01.2010 erteilte der Zulassungsausschuss dem Kl. eine Zulassung im Rahmen einer Jobsharing-BAG. SG Hannover, Urt. v. 09.11.2011 - S 24 KA 199/15 - wies die Drittanfechtungsklagen ab, die von zwei Ärzten eingelegte Berufung wies das LSG, Urt. v. 05.03.2014 - L 3 KA 31/12 - zurück. Nach Antrag des Kl. stellte der Zulassungsausschuss im Juli 2014 fest, dass die Jobsharing-Zulassung zum Ablauf des 04.03.2014 geendet hätte. Ferner stellte er fest, dass die statusbegründende Belegarztzulassung ab dem 05.03.2014 ihre Wirkung entfalte und die zehnjährige Bindung der Zulassung an eine belegärztliche Tätigkeit sich daher ebf. ab dem 05.03.2014 berechne. Der Widerspruch war erfolglos. **SG Hannover**, Urt. v. 27.02.2019 - S 24 KA 199/15 -

stellte fest, dass sich die zehnjährige Bindung der Sonderzulassung an die belegärztliche Tätigkeit ab dem 14.02.2008 berechnet und diese Bindung seit dem 14.02. 2018 beendet ist, das *LSG* wies die Klage ab.

## 2. Fortführungsfähigkeit der Praxis: Gründe für fehlendes Praxissubstrat unerheblich

**SG Marburg, Gerichtsbescheid v. 08.10.2021 - S 12 KA 77/21**

**RID 21-04-19**

juris

**SGB V § 103 IIIa 1 bis 3**

**Leitsatz:** 1. Fehlt es an der **Fortführungsfähigkeit** der Praxis aufgrund geringer Honorarumsätze und Fallzahlen (hier: ein bis zehn Fälle einer humangenetischen Praxis im Quartal bei Durchschnittsfallzahlen von 213 bis 260 Fällen), weshalb diese nicht zur Nachbesetzung ausgeschrieben wird, so ist es unerheblich, ob der Vertragsarzt nie beabsichtigt hat, den Versorgungsauftrag tatsächlich auszufüllen, oder lediglich äußere Umstände wie die Coronakrise einen Praxisaufbau verhindert haben. Maßgeblich für ein Nachbesetzungsverfahren ist allein der Umstand, ob **objektiv** ein nennenswertes **Praxissubstrat** vorliegt.

2. Bei einem fehlenden Praxissubstrat kommt es auch nicht darauf an, ob der Planungsbereich erneut geöffnet bzw. **teilentsperrt** wird. Versorgungsgesichtspunkten wird gerade durch die Teilöffnung entsprochen.

Der Kl. wurde nach Entsperrung des Planungsbereichs als Facharzt für Humangenetik zum 01.10.2019 für einen halben Versorgungsauftrag zugelassen. Der Kl. erklärte mit Datum v. 28.10.2020 den Verzicht auf seine Zulassung mit Wirkung zum 01.02.2021 unter dem Vorbehalt einer Nachfolgeregelung und beantragte die Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens. Die Praxisübernahme sollte durch die MVZ GmbH erfolgen. Der bekl. Zulassungsausschuss lehnte mit Beschl. vom 26.01.2021 den Antrag als unzulässig ab. Zur Begründung führte er u.a. aus, der Kl. habe im Quartal IV/19 drei, in den Quartalen I und II/20 keine Behandlungsfälle abgerechnet. Die Fachgruppe habe in diesen Quartalen durchschnittlich 213, 232 und 244 Fälle abgerechnet. Da für den Vertragsarztsitz des Kl. seit Beginn der Tätigkeitsaufnahme ab dem Quartal IV/19 nicht bzw. in nur äußerst geringen Maß abgerechnet worden sei, liege aufgrund von fehlendem Praxissubstrat schon keine Antragsberechtigung für die Durchführung des Nachbesetzungsverfahrens vor. Das *SG* wies die Klage ab.

## 3. Verlegung des Vertragsarztsitzes: Planungsbereich/Genehmigung einer Zweigpraxis

**LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 14.04.2021 - L 11 KA 62/19**

**RID 21-04-20**

juris

**Ärzte-ZV § 24 VII 1**

Bei einer Sitzverlegung ist maßgeblich für die Betrachtung der Versorgungslage grundsätzlich der **Planungsbereich**. Entscheidungen über Sitzverlegungen bleiben selbst in sehr großen Planungsbereichen (z.B. Berlin, Hamburg und München) an dem Ziel einer möglichst gleichmäßigen Versorgung ausgerichtet. Der Gesetzgeber hat dabei keine numerisch absolut gleichmäßige Versorgung in einer Stadt vorgeschrieben, er will aber verhindern, dass innerhalb eines insgesamt überversorgten großen Planungsbereichs Teilbereiche mit einem deutlich geringeren Versorgungsgrad oder sogar Unterversorgung entstehen (BSG, Urt. v. 03.08.2016 - B 6 KA 31/15 R - BSGE 122, 35 = SozR 4-5520 § 24 Nr. 13, juris Rn. 27).

Aus der bestandskräftigen **Genehmigung einer Zweigpraxis** können in tatsächlicher Hinsicht **Rückschlüsse** auf die **Versorgungssituation** am Ort des bisherigen Vertragsarztsitzes gezogen werden. Denn rein tatsächlich führt die Genehmigung der Zweigpraxis dazu, dass sich die Versorgung am bisherigen Vertragsarztsitz im genehmigten Umfang verringert.

Der 1964 geb. Beigel. zu 1) ist Facharzt für Orthopädie und seit Juli 2017 (noch) mit einem hälftigen Versorgungsauftrag in Duisburg zugelassen. Er ist in einer BAG mit Frau A (ab 2018 Versorgungsauftrag von 0,5) tätig. In der Praxis ist zudem als angestellte Ärztin Dr. K (0,5) und seit Januar 2021 als angestellter Arzt Dr. B beschäftigt. Der Beigel. beantragte im Oktober 2017 erfolgreich die Verlegung seines Vertragsarztsitzes. Der Zulassungsausschuss stellte zudem fest, dass sich die BAG aufgrund der Verlegung des Vertragsarztsitzes in eine überörtliche BAG ändere. Die KV genehmigte eine Zweigpraxis am geplanten Standort der Verlegung. *SG Duisburg*, Urt. v. 18.08.2019 - S 19 KA 6/18 - wies die Klage der KV ab, das *LSG* die Berufung zurück.

#### 4. Defensive Konkurrentenklage: Anstellungsgenehmigung bei geändertem Schwerpunkt

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 09.09.2020 - L 11 KA 22/18

RID 21-04-21

juris  
SGB V a.F. § 103 IVb

Ein Vertragsarzt ist nicht berechtigt, die einem anderen Vertragsarzt erteilte **Genehmigung einer Anstellungsnachfolge anzufechten**, auch wenn er in demselben räumlichen Bereich die gleichen Leistungen wie der andere Vertragsarzt anbietet. Mit der Anstellungsgenehmigung wird dem anderen Vertragsarzt weder die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung eröffnet noch erweitert. Die Anstellungsgenehmigung ist gegenüber der dem Kl. erteilten vertragsärztlichen Zulassung nicht nachrangig. Dies gilt auch dann, wenn infolge der genehmigten Anstellung eine punktuelle **Veränderung des Schwerpunktes des fachinternistischen Leistungsangebotes** erfolgt ist.

Der Kl. ist als fachärztlich tätiger Internist mit dem Schwerpunkt Kardiologie zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Die Beigel. zu 8), eine hausärztlich tätige Internistin mit dem Schwerpunkt Onkologie/Internistische Hämatologie übt ihre vertragsärztliche Tätigkeit als Mitglied einer in W ansässigen BAG aus. Der Zulassungsausschuss genehmigte der Beigel. zu 8) zunächst ab dem 01.07.2012 die Anstellung von K, einem fachärztlich tätigen Internisten (ohne Schwerpunktbezeichnung), der zuvor auf seine Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung zugunsten seiner Anstellung verzichtet hatte. Nach Ausscheiden von K genehmigte der Zulassungsausschuss zum 01.01.2013 die Anstellung von S, einer fachärztlich tätigen Internistin mit dem Schwerpunkt Hämatologie und Internistische Onkologie. Auf Antrag der Beigeladenen zu 8) genehmigte Zulassungsausschuss sodann die Reduzierung der Anstellung von S auf den Faktor 0,5 und erteilte eine weitere **Anstellungsgenehmigung** zum 01.02.2015 im Umfang von 0,5 **für L**, einer fachärztlich tätigen Internistin mit dem Schwerpunkt Kardiologie. Diese war bis 31.01.2021 bei der Beigeladenen zu 8) als angestellte Ärztin tätig. Gegen die Anstellungsgenehmigung von L erhob der Kl. erfolglos Widerspruch. **SG Dortmund**, Urt. v. 17.01.2018 - S 16 KA 115/15 - juris wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück. **BSG**, Beschl. v. 11.08.2021 - B 6 KA 3/21 B - juris verwarf die Nichtzulassungsbeschwerde als unzulässig.

#### 5. Ermächtigungen

##### a) Fallzahlbegrenzung nicht zwingend (Anordnung der sofortigen Vollziehung)

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 23.08.2021 - L 11 KA 23/20 B ER

RID 21-04-22

juris  
SGB V § 116; Ärzte-ZV § 31a

Eine **Fallzahlbegrenzung** ist nur eine Möglichkeit, der vorrangigen Bedarfsdeckung durch niedergelassene Vertragsärzte Rechnung zu tragen. Der Vorrangstellung der niedergelassenen Leistungserbringer kann auch durch **Beschränkung des Leistungsumfanges** auf bestimmte Krankheitsbilder und einen sog. **Facharztfilter** Rechnung getragen werden.

Neben dem Umstand, dass die Klage voraussichtlich ohne Erfolg bleiben wird, streitet bei einer **Interessenabwägung** für das **Vollzugsinteresse** der Umstand, dass durch die Möglichkeit zur ambulanten Behandlung durch eine ermächtigte Ärztin mit hoher Wahrscheinlichkeit eine Verbesserung der Versorgungssituation bzw. Versorgungskontinuität und damit der Versorgungsqualität erreicht wird.

Der Ast. ist Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin und zur vertragsärztlichen Tätigkeit zugelassen. Er ist zur Durchführung und Abrechnung von endokrinologischen und diabetischen Untersuchungen bei Kindern (Kapitel 13 EBM, Leistungen der Inneren Medizin) und zur Teilnahme am Vertrag über ein strukturiertes Behandlungsprogramm (DMP) nach § 137f SGB V zur Verbesserung der Qualität der ambulanten Versorgung von Typ 1-Diabetikern (nachfolgend: DMP-Vertrag) berechtigt. Die Beigel. zu 8) ist Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzbezeichnung Kinder-Endokrinologie und Diabetologie und Leitende Oberärztin der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin. Gegen ihre Erneuerung der Ermächtigung hat der Ast. Klage erhoben. **SG Duisburg**, Beschl. v. 03.06.2020 - S 19 KA 3/20 ER - lehnte den Antrag, die Anordnung der sofortigen Vollziehung der Erneuerung der Ermächtigung der Beigel. zu 8) aufzuheben, ab, das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

## b) Ermächtigung eines MVZ nach § 5 II Nr. 1 BMV-Ä

**SG Köln, Urteil v. 23.11.2020 - S 40 KA 8/19**

**RID 21-04-23**

juris = MedR 2021, 849

**SGB V §§ 95 I, 98 II Nr. 11; Ärzte-ZV § 31; BMV-Ä § 5 II Nr. 1**

Ein **MVZ** kann zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung im Bereich der **zytologischen Diagnostik von Krebserkrankungen** nach § 5 II Nr. 1 BMV-Ä **ermächtigt** werden, weil es sich um eine „ärztlich geleitete Einrichtung“ im Sinne der Vorschrift handelt.

Auch **systematische Argumente** sprechen nicht gegen die Erteilung einer Ermächtigung an eine bereits zugelassene Einrichtung. Zwar mag in der Vergangenheit für die Tätigkeit von ärztlich geleiteten Einrichtungen grundsätzlich zwischen einer Ermächtigung und einer Zulassung unterschieden worden sein. Dies rührt historisch von der persönlichen Zulassung einzelner Ärzte zur vertragsärztlichen Versorgung her. Bei einer zugelassenen ärztlich geleiteten Einrichtung in Form eines MVZ handelt es sich indes ähnlich wie bei einem Krankenhaus um eine übergeordnete Organisationseinheit. Bei ihm ist die Teilnahme an der ärztlichen Versorgung dennoch auf die Anzahl der zugelassenen Ärzte beschränkt. Daneben bleibt daher weiterhin Raum für eine Ermächtigung. Eine Vorschrift, die die Erteilung einer bedarfsunabhängigen Ermächtigung an ein MVZ verbietet, ist nicht bekannt.

Die Kl. ist ein MVZ für Pathologie und Zytodiagnostik in Form einer GmbH in L. Sie ist als Nebenbetriebsstätte des MVZ Institut für Labormedizin und klinische Genetik SS zugelassen. Die Kl. führt jährlich mehr als 6.000 zytologischen Untersuchungen durch, die die bei ihr angestellten Fachärzte ausführen. Ihr Antrag, zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung im Bereich der zytologischen Diagnostik von Krebserkrankungen nach § 5 II Nr. 1 des BMV-Ä ermächtigt zu werden, blieb erfolglos. Das **SG** verpflichtete den Bekl. zur Neubescheidung.

## 6. Fiktion der Widerspruchsrücknahme bei nicht rechtzeitiger Entrichtung der Gebühr rechtswidrig

**SG Gotha, Urteil v. 03.02.2021 - S 2 KA 2702/18**

**RID 21-04-24**

*Sprungrevision anhängig: B 6 KA 11/21 R*

juris

**SGB V §§ 97 III, 98 II Nr. 3; Ärzte-ZV § 45 I 1; SGG § 84 I**

Die gem. § 46 I Ärzte-ZV den Berufungsausschüssen auferlegte Verpflichtung zur **Erhebung einer Gebühr** bei Einlegung des Widerspruchs beruht auf der bundesgesetzlichen Vorgabe in § 98 II Nr. 4 SGB V, einer ausreichenden Ermächtigungsgrundlage.

Die eine **Fiktion der Widerspruchsrücknahme** statuierende Regelung gem. § 45 I 1 Ärzte-ZV (keine Entrichtung der Widerspruchsgebühr innerhalb der gesetzten Frist) ist mit höherrangigem Recht nicht vereinbar. Die §§ 83 ff. SGG regeln abschließend die Prozessvoraussetzungen, d.h. nach welchen verfahrensrechtlichen Vorgaben das Vorverfahren als Klagevoraussetzung (§ 78 I 1 SGG) durchzuführen ist. Einen Vorbehalt zugunsten des Bundesgesetzgebers, die Sachurteilsvoraussetzungen für die sozialgerichtliche Klage durch untergesetzliches Recht abweichend zu regeln, enthalten weder die Verfahrensregelungen gem. §§ 83 ff. SGG noch § 98 II Nr. 3 SGB V, vielmehr verweist diese Norm unmittelbar und ohne eine Einschränkung auf § 84 I SGG und regelt damit abschließend die Verfahrensvoraussetzungen des sozialgerichtlichen Widerspruchsverfahrens. § 45 I 1 Ärzte-ZV schafft eine vom Gesetz in den §§ 83 ff. SGG nicht vorgesehene Erschwerung des Zugangs zu den Sozialgerichten und ist daher rechtswidrig.

Die Kl. betreibt ein MVZ. Sie beschäftigte die seit April 2017 angestellte Ärztin Frau B., Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, die zuvor auf ihre Zulassung zugunsten der Anstellung verzichtet hatte. Frau B. war seit Mai 2017 arbeitsunfähig erkrankt, woraufhin mehrere, nahtlos aneinander anschließende und genehmigte Vertretungen durch Frau Dipl. med. U. folgten. Frau B. teilte der Kl. im September 2017 mit, dass sie ihre ärztliche Tätigkeit krankheitsbedingt werde nicht mehr weiterführen können. Daraufhin beantragte die Kl. beim Zulassungsausschuss die Erteilung einer Genehmigung zur Nachfolgeanstellung von Frau Dipl. med. U. und im Dezember 2017 die Verlegung der Anstellung von Frau B. in eine andere Filiale in N. Der Zulassungsausschuss fasste hierzu am 09.01.2018 insgesamt vier Beschlüsse: Er gab dem Antrag auf Verlegung der Anstellung von Frau B. an einen anderen Standort in N statt und stellte auf der Grundlage einer Mitteilung der Kl. vom 15.11.2017 fest, dass die Genehmigung zur Beschäftigung der angestellten Ärztin, Frau B. in der Filiale in N am 09.01.2018 endete, dass die Kl. kein Recht zur Nachbesetzung des Sitzes auf dem Fachgebiet der

Frauenheilkunde in der Filiale N habe und der Versorgungsauftrag zur Anstellung einer Ärztin zum 09.01.2018 ersatzlos ohne Nachfolger ende. Ferner lehnte er den Antrag auf Anstellung von Frau Dipl. med. U. ab. Hiergegen legte die Kl. Widersprüche ein. Der Bekl. wies die Widersprüche verbunden mit der Feststellung zurück, dass diese gem. § 45 Ärzte-ZV als zurückgenommen gelten, weil die Verwaltungsgebühren nicht innerhalb der gesetzten Frist bis zum 05.04.2018 eingezahlt worden seien. Die Kl. nahm die Klage betreffend die - genehmigte - Verlegung der Anstellung zurück. Das **SG** verurteilte den Bekl. zur Neubescheidung.

## VI. Bundesmantelvertragspartner/Integrierte Versorgung/Aufsicht

Nach BSG, Urt. v. 04.11.2021 - **B 6 A 2/20 R** – kann eine KV eine **Aufsichtsklage** gegen ein **Rundschreiben des Bundesversicherungsamtes** (BVA; heute: Bundesamt für Soziale Sicherung), mit welchem dieses die bundesunmittelbaren Krankenkassen im Hinblick auf die bevorstehenden Gesamtvertragsverhandlungen mit den KVen für das Jahr 2019 um Beachtung von Rechtshinweisen gebeten hat, nicht zulässig erheben. Allerdings steht der Zulässigkeit der Aufsichtsklage nicht entgegen, dass sich die Klägerin gegen eine Maßnahme des BVA und damit einer staatlichen Behörde wendet, die **nicht ihre Aufsichtsbehörde** ist. Der Senat hält an seiner Rechtsprechung fest, wonach sich eine KV gegen die Verfügung einer Aufsichtsbehörde wenden kann, die zwar nicht ihre Aufsichtsbehörde ist, aber im konkreten Fall eine Maßnahme getroffen hat, die gegenüber der KV wie eine Aufsichtsmaßnahme wirkt. Dies ist aber hinsichtlich des angefochtenen Rundschreibens des BVA gerade nicht der Fall. Denn die Klägerin kann nicht geltend machen, dass das Rundschreiben unmittelbar in ihren Aufgabenbereich, mit den Krankenkassen Vergütungsverträge abzuschließen, eingreift. Es handelt sich vielmehr allein um ein **präventives Informationsschreiben**, mit welchem das BVA seine Auffassung zur Rechtslage darstellt, verbunden mit der Bitte, bei den anstehenden künftigen Vertragsverhandlungen diese Rechtsauffassung zu beachten. Dies beinhaltet keine „Anordnung“ i.S. des § 54 III SGG, weil dem Schreiben keine rechtliche Verbindlichkeit zukommt. Die Wirkung des Rundschreibens erschöpft sich vielmehr in allgemeinen rechtlichen Hinweisen und Empfehlungen, deren Umsetzung jedoch nicht zwingend vorgeschrieben wird und an deren Nichtbeachtung auch keine unmittelbaren aufsichtsrechtlichen Konsequenzen geknüpft sind. Das Rundschreiben begründet weder eine entsprechende Verpflichtung der Krankenkassen, die erteilten rechtlichen Hinweise umzusetzen, noch die Möglichkeit ihrer Durchsetzung durch die Aufsichtsbehörde. Erst im Laufe der Verhandlungen der Gesamtvertragspartner stellt sich vielmehr heraus, ob die Krankenkassen der Ansicht ihrer Aufsichtsbehörde folgen wollen - sie vielleicht sogar als Stärkung ihrer Verhandlungsposition gegenüber der KV begrüßen - oder ob sie in den Vertragsverhandlungen einen abweichenden Rechtsstandpunkt vertreten werden. Wenn die angegriffene Maßnahme mangels verbindlicher Anordnung aber schon nicht in die Rechtssphäre der Krankenkassen eingreift, die der Aufsicht des BVA unterlagen, kann erst recht kein Eingriff in die Rechtssphäre der klagenden KV als Drittbetroffene vorliegen.

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.

## VII. Bundessozialgericht (BSG)

### 1. Wachstumsmöglichkeit von Ärzten mit anteiligem Versorgungsauftrag

**BSG, Urteil v. 15.07.2020 - B 6 KA 12/19 R**

**RID 21-04-25**

BSGE 130, 290 = SozR 4-2500 § 87b Nr. 26 = ZMGR 2020, 357 = NZS 2021, 182 = MedR 2021, 270

**Leitsatz:** Eine **Vergütungsobergrenze**, die ausschließlich für Vertragsärzte mit **anteiligem Versorgungsauftrag** und in Teilzeit angestellte Ärzte gilt, verletzt den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit.

**Parallelverfahren:**

**BSG, Urteil v. 15.07.2020 - B 6 KA 4/20 R**

**RID 21-04-26**

juris

### 2. Beratung als Maßnahme der Wirtschaftlichkeitsprüfung

**BSG, Beschluss v. 14.07.2021 - B 6 KA 18/20 B**

**RID 21-04-27**

juris

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Saarland*, Urt. v. 24.06.2020 - L 3 KA 1/18 - wird zurückgewiesen.

BSG, Urt. v. 05.06.2013 - B 6 KA 40/12 R - SozR 4-2500 § 106 Nr. 41 juris Rn. 10 hat bereits entschieden, dass eine **Beratung** als Maßnahme der Wirtschaftlichkeitsprüfung **selbstständig anfechtbar** ist. Dies trifft zumindest auf die Festsetzung einer Beratung zu, mit welcher jedenfalls eine Beurteilung des Ordnungsverhaltens des Vertragsarztes erfolgt. Die Maßnahme der „Beratung“, der sich der Vertragsarzt unterziehen muss, kann u.U. auch nur in der **Kenntnisnahme des Festsetzungsbescheides** bestehen (vgl. BSG aaO.). In einer solchen Konstellation bleibt für einen eigenständigen Realakt „Beratung“ kein Raum.

### 3. Genehmigungsvorbehalte für humangen. Leistungen im EBM

**BSG, Beschluss v. 27.01.2021 - B 6 A 1/19 R**

**RID 21-04-28**

juris

Die **aufsichtsrechtlichen Befugnisse des BMG** gemäß § 87 VI SGB V sind auf eine **Rechtskontrolle** beschränkt. Das Ministerium ist nicht berechtigt, die Beschlüsse der Bewertungsausschüsse unabhängig von einem Rechtsverstoß allein aus - fachaufsichtlichen - Zweckmäßigkeitserwägungen heraus zu beanstanden.

Für **Genehmigungsvorbehalte bei humangenetischen** Leistungen, die nicht von der generellen Befugnis des Bewertungsausschusses zum Erlass des Bewertungsmaßstabs (§ 87 I 1 i.V.m. II 1 SGB V) umfasst sind, kann sich der Bewertungsausschuss auf § 82 I SGB V stützen.

Die Einführung von **Genehmigungsvorbehalten** in den EBM steht mit dem **SGB V** sowie den weiteren Sozialgesetzbüchern in Einklang.

## B. KRANKENVERSICHERUNGSRECHT

### I. Vertrags(zahn)ärztliche Behandlung

Nach BSG, Urt. v. 10.11.2021 - B 1 KR 7/21 R - sind medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft nach § 27a Abs. 1 Nr. 4 SGB V nur dann der Krankenbehandlung und damit den Leistungen der Krankenversicherung zuzurechnen, wenn ausschließlich Ei- und Samenzellen der Ehegatten verwendet werden (**homologe Insemination**). Die von der Kl. begehrte Behandlung unter Verwendung von Spendersamen (**heterologe Insemination**) wird hiervon nicht erfasst. Gegen diese Regelung bestehen **keine verfassungsrechtlichen Bedenken**. Aus dem Schutz von Ehe und Familie nach Art. 6 GG folgt keine Pflicht des Gesetzgebers, die Entstehung einer Familie durch medizinische Maßnahmen der künstlichen Befruchtung mit den Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung zu fördern. Die Vorschrift verstößt auch nicht gegen das Gleichbehandlungsgebot des Art. 3 Abs. 1 GG. Die Gewährung von Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung unterliegt einer weitreichenden Einschätzungsprärogative des Gesetzgebers. Die Ungleichbehandlung von Ehepaaren, die über zur Fortpflanzung taugliche Ei- und Samenzellen verfügen gegenüber Ehepaaren, bei denen dies nicht der Fall ist, ist gerechtfertigt. Der Versicherungsfall des § 27a SGB V geht von einer grundsätzlich bestehenden Zeugungsfähigkeit des Ehepaars aus. Zwar erkennt die Vorschrift als soziale Komponente die Erfüllung des Kinderwunsches innerhalb einer bestehenden Ehe als Behandlungsziel an. Sie knüpft darüber hinaus jedoch den Leistungsanspruch an eine krankheitsähnliche Komponente, nämlich an das individuelle Unvermögen auf natürlichem Weg gemeinsam Kinder zu zeugen bei eingeschränkter, aber nicht aufgehobener Zeugungsfähigkeit. Entscheidet sich der Gesetzgeber im Rahmen der im Wesentlichen auf die Krankenbehandlung ausgerichteten gesetzlichen Krankenversicherung, eine nur unterstützende Kinderwunschbehandlung mittels künstlicher Befruchtung zu fördern (homologe Insemination), liegt ein hinreichender sachlicher Grund hierfür darin begründet, dass er die individuelle krankheitsähnliche Komponente gleichberechtigt neben die soziale Komponente stellt. Der Gesetzgeber ist aufgrund seines weiten Gestaltungsermessens zudem bei **verschiedengeschlechtlichen Ehepaaren**, bei denen die Zeugungsfähigkeit aufgehoben ist, auch mit Blick auf die krankheitsähnliche Komponente nicht verpflichtet, neben der unterstützenden Kinderwunschbehandlung eine ersetzende in Gestalt einer heterologen Insemination anzubieten. Indem die in gleichgeschlechtlicher Ehe lebende Kl. sich darauf beruft, dass auch ihr der Kinderwunsch erfüllt werden müsse, bezieht sich dies nur auf die soziale Komponente der Norm. Sie begehrt dafür nicht (nur) die Überwindung einer krankheitsähnlichen Situation, sondern die Kompensation einer - in der von ihr gewählten Eheform - nicht bestehenden Zeugungsfähigkeit. Zu einer anderen Bewertung zwingt auch nicht die Einführung der gleichgeschlechtlichen Ehe. Der Gesetzgeber wollte hiermit die gleichgeschlechtliche Ehe nur an die gemischtgeschlechtliche Ehe angleichen. Aus diesem Anliegen folgt nicht die Pflicht, die zeugungsbiologischen Grenzen einer solchen Ehe mit Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung auszugleichen. Das Erfordernis einer homologen Insemination verstößt schließlich nicht gegen das Diskriminierungsverbot nach Art. 3 Abs. 3 GG. Es knüpft nämlich nicht an die Gleich- oder Verschiedengeschlechtlichkeit der Ehe an, sondern an die **Behandlungsmethode**. Dies betrifft nicht nur gleichgeschlechtliche Ehepaare, sondern ebenso absolut Zeugungsunfähige und - von dem Erfordernis der Ehe nach § 27a Abs. 1 Nr. 3 SGB V einmal abgesehen - auch Alleinstehende. Nach BSG, Urt. v. 16.08.2021 - **B 1 KR 8/21 R** - hat die Kl. keinen Anspruch auf Erstattung der Kosten für selbst beschaffte Zahnimplantate. § 28 Abs. 2 Satz 9 SGB V verlangt für die **Versorgung mit Zahnimplantaten** eine medizinische **Gesamtbehandlung** im Sinne eines über die bloße Wiederherstellung der Kaufunktion hinausgehenden Behandlungszieles. Die implantologischen Leistungen erfolgten hier dagegen ausschließlich zur Sanierung des Restgebisses im Oberkiefer. Es verstößt nicht gegen den allgemeinen **Gleichheitssatz**, dass Versicherte nur bei einer aus human- und zahnmedizinischen Bestandteilen bestehenden Gesamtbehandlung in der gesetzlichen Krankenversicherung Anspruch auf implantologische Leistungen haben. Der Gesetzgeber kann aufgrund seiner im Krankenversicherungsrecht bestehenden Einschätzungsprärogative willkürfrei implantologische Leistungen auf Versicherte beschränken, die im Gesichtsbereich in besonders schweren Fällen humanmedizinischen (vornehmlich rekonstruktiven) Behandlungsbedarf haben.

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** - SozR 4-2500 § 15 Nr. 3 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 unselbstständiger Hilfeleistungen anderer Personen zur Behandlung bereit ist.



## 1. Ambulante PET/CT zum Primärstaging bei Prostatakarzinom

LSG Sachsen, Urteil v. 27.01.2021 - L 1 KR 280/16

RID 21-04-29

<sup>juris</sup>  
SGB V §§ 2 I 3, Ia, 13 III, 116b, 135 I

**Leitsatz:** 1. Die ambulante **Positronenemissionstomographie/Computertomographie** (PET/CT) zum Primärstaging bei Prostatakarzinom war 2015 nicht in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung einbezogen und konnte auch nicht wegen Systemversagens beansprucht werden.

2. Am Ausschluss der ambulanten PET/CT zum Primärstaging bei Prostatakarzinom aus der vertragsärztlichen Versorgung hat sich durch den Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 21.12.2017 zur **Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung** (ASV-RL) nichts geändert.

3. Das bloße **Risiko einer Metastasierung** reicht nicht aus, um von einer lebensbedrohlichen Erkrankung im Sinne des § 2 Abs. 1a SGB V ausgehen zu können.

*SG Leipzig*, Gerichtsbb. v. 10.08.2016 - S 8 KR 501/15 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

## 2. Extrakorporale Lipid-Apherese-Therapie: Nachweis der Progredienz

SG Aachen, Beschluss v. 12.02.2021 - S 14 KR 29/21 ER

RID 21-04-30

<sup>juris</sup>  
SGB V §§ 27 I 2 Nr. 1 u. 5, 92 I 2 Nr. 5, 135 I; SGG § 86b II

Die formal-juristischen Anforderungen an die geforderten **Nachweise der Progredienz** nach § 3 II der Anlage I der Richtlinie des GBA zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung (MVV-RL) dürfen nicht überspannt werden.

Das *SG* verpflichtete die Ag. vorläufig, die Ast. bis zur etwaigen Bestandskraft einer ablehnenden Entscheidung über den Widerspruch vom 27.01.2021 - längstens für fünf Monate - mit der begehrten wöchentlichen extrakorporalen Lipid-Apherese-Therapie zu versorgen, und wies im Übrigen den Antrag (Versorgung für ein Jahr) ab.

## 3. Periradikuläre Therapie nur durch Schmerztherapeuten

SG Hamburg, Gerichtsbescheid v. 27.09.2021 - S 50 KR 2235/20

RID 21-04-31

<sup>juris</sup>  
SGB V §§ 13 III, 135 II

Kann noch an den Tagen der Untersuchungen und Behandlungen der jeweilige Antrag bei der Krankenkasse gestellt werden, so liegt keine **Unaufschiebbarkeit** i.S.d. § 13 III SGB V vor.

Eine **periradikuläre Therapie** dürfen nur Ärzte erbringen, die die Voraussetzungen nach der „Qualitätsvereinbarung zur **schmerztherapeutischen Versorgung** chronisch schmerzkranker Patienten gemäß § 135 Abs. 2 SGB V“ erfüllen oder auf Überweisung eines Facharztes (Schmerztherapeut), der diese Voraussetzung erfüllt oder die Zusatzweiterbildung „Schmerztherapie“ nach der Weiterbildungsordnung besitzt.

Das *SG* wies die Klage ab.

## II. Stationäre Behandlung

Nach BSG, Urt. v. 25.03.2021 - *B I 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 entsprechen. 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. Zweites Lipofilling der linken Brust

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 11.10.2021 - L 4 KR 417/20

RID 21-04-32

juris  
SGB V §§ 27, 39

Eine Versicherte hat einen Anspruch auf ein zweites **Lipofilling** der linken Brust zum Ausgleich einer Volumenasymmetrie, wenn die notwendige erste Operation den Zustand nur geringfügig gebessert hat. Die Frage, ob eine operative Nachkorrektur erforderlich ist, fällt demnach vornehmlich in den **Entscheidungsbereich der behandelnden Ärzte** (vgl. dazu auch LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 28.10.2020 - L 4 KR 147/18 -). Dies gilt auch für die Frage, ob ein Lipotransfer einer Silikonimplantation vorzuziehen ist.

*SG Oldenburg*, Urt. v. 17.08.2020 - S 62 KR 1032/18 - verurteilte die Bekl., die Kosten für die Korrektur-Operation der linken Brust mittels Lipofilling zu übernehmen, das **LSG** wies die Berufung zurück.

## 2. Stationäre Liposuktion

SG Hildesheim, Urteil v. 14.02.2020 - S 40 KR 314/15

RID 21-04-33

juris  
SGB V §§ 39, 137c

Der Anspruch auf Versorgung mit einer **stationären Liposuktion** ist nicht deshalb ausgeschlossen, weil es sich um eine noch nicht etablierte Behandlungsmethode handelt. Nach BSG, Urt. v. 28.05.2019 - B 1 KR 32/18 R - SozR 4-2500 § 137c Nr. 13 wurde die dieser Rspr. zugrundeliegende Norm des § 137c SGB V geändert. Entgegen der bisherigen BSG-Rspr. besteht ein Anspruch auf eine Behandlung, soweit diese stationär in einem Krankenhaus erfolgt und das Potenzial einer erforderlichen Behandlungsalternative bietet. Dabei reicht es aus, wenn der Therapiemaßnahmenvorschlag Eingang in eine S1-Leitlinie gefunden hat.

Das **SG** verurteilte die Bekl., der Kl. stationäre Liposuktion als Sachleistung zu gewähren.

## III. Kostenerstattung

Nach BSG, Urt. v. 16.08.2021 - **B I KR 29/20 R** - besteht kein Anspruch auf Erstattung der Kosten für die Teilnahme an dem **Trainingsprogramm „Project Walk“** in Carlsbad, Kalifornien (USA) vom 27.2.2014 bis 31.5.2015. Die Voraussetzungen der **Genehmigungsfiktion** nach § 13 Abs. 3a SGB V sind nicht erfüllt. Die Kl. war nach den bindenden Feststellungen des **LSG** schon vor Ablauf der Entscheidungsfrist auf die Selbstbeschaffung der beantragten Leistung vorfestgelegt (vgl. dazu bereits BSG v. 27.10.2020 - B 1 KR 3/20 R - BSGE 131, 94 = SozR 4-2500 § 13 Nr. 55; BSG vom 25.03.2021 - B 1 KR 22/20 R). Der Anspruch ergibt sich auch nicht aus § 18 Abs. 1 Satz 1 SGB V. Das **LSG** hat ohne Rechtsfehler festgestellt, dass die von der Klägerin in den USA im „Project Walk“ in Anspruch genommene Behandlung jedenfalls zum damaligen Zeitpunkt **nicht dem allgemein anerkannten Stand der Wissenschaft** entsprach. Die Voraussetzungen des § 2 Abs. 1a SGB V bzw. einer **grundrechtsorientierten Auslegung** des Leistungsrechts der GKV lagen ebfl. nicht vor. Die Kl. leidet nicht an einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlichen Erkrankung. Die bei ihr vorliegende **Querschnittslähmung** in Form einer inkompletten Tetraparese ist mit einer solchen Erkrankung auch nicht wertungsmäßig vergleichbar. Die wertungsmäßige Vergleichbarkeit einer Erkrankung mit einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlichen Erkrankung erfordert eine **notstandsähnliche Extremsituation**, wie sie auch für eine nahe Lebensgefahr typisch ist. Kennzeichnend dafür ist neben der Schwere der Erkrankung ein erheblicher Zeitdruck für einen bestehenden akuten Behandlungsbedarf. Dies ergibt sich aus der bisherigen Rspr des BVerfG und des Senats zur verfassungsrechtlichen Modifikation des Leistungsrechts der gesetzlichen Krankenversicherung und aus den Gesetzesmaterialien zu § 2 Abs. 1a SGB V. An der erforderlichen individuellen Notlage fehlte es vorliegend. Die Verletzungsfolgen in Form der Querschnittslähmung waren bei der Klägerin bereits acht Jahre vor Beginn der streitigen Therapie eingetreten. Dass eine weitere erhebliche Verschlimmerung drohte oder für die Therapie lediglich ein enges therapeutisches Zeitfenster bestand, hat das **LSG** nicht festgestellt und ist auch nicht ersichtlich. Der Kostenerstattungsanspruch scheidet zudem auch an der fehlenden Einhaltung des **Arztvorbehalts** nach § 15 SGB V. Dieser ist auch im Anwendungsbereich des § 2 Abs. 1a SGB V und im Rahmen einer Auslandsbehandlung nach § 18 Abs. 1 Satz 1 SGB V zu beachten. Dies war nach den bindenden Feststellungen des **LSG** nicht der Fall.

Nach BSG, Urt. 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 131, 94 = 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. Anerkennung der Berufsqualifikationen umfasst nicht vertrags(zahn)ärztliche Zulassung

LSG Hessen, Urteil v. 15.07.2021 - L 8 KR 222/20

RID 21-04-34

*Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 77/21 B*

juris

SGB V § 76 I 1; EGRL 36/2005 Art. 6

**Leitsatz:** 1. Die **Richtlinie 2005/36/EG** dient der gegenseitigen Anerkennung von **Berufsqualifikationen**, nicht jedoch der Harmonisierung der Rechtsvorschriften der Mitgliedsstaaten auf dem Gebiet der Krankenversicherung.

2. Die **Zulassung zur kassenärztlichen Versorgung** wird vom Regelungsgehalt der Richtlinie 2005/36/EG nicht umfasst.

Der Kl. reichte bei der der Bekl. einen Heil- und Kostenplan der Zahnärztin Dr. C. bezüglich einer Kronenbehandlung ein, für die diese den Festzuschuss i.H.v. 657,89 € bewilligte. Der Kl. übersandte der Bekl. eine Information der Zahnarzt-Praxis D auf dem von einem namentlich nicht benannten Zahnarzt mit 25 Jahren Berufserfahrung u.a. angegeben wird, nicht selber direkt mit den gesetzlichen Krankenkassen abrechnen zu können. Die Patienten sollten daher mit einem bereits genehmigten Heil- und Kostenplan eines anderen Zahnarztes zu ihm kommen. Weiter heißt es darin wörtlich: „Sie werden dann von mir aufgeklärt, dass ich nicht direkt mit den gesetzlichen Krankenkassen abrechne... Die Kasse zahlt dann den Festzuschuss direkt an den Patienten“. Nach Mitteilung des Kl., dass es sich bei dem Zahnarzt um Dr. E., einen in Italien niedergelassenen Zahnarzt, handele, teilte die Bekl. diesem mit, dass sie eine Vorgehensweise in der beschriebenen Form nicht akzeptieren könne. Nach der durchgeführten Behandlung bei Dr. E. lehnte die Bekl. eine Kostenerstattung in Höhe des Festzuschusses ab. *SG Frankfurt a. M.*, Urt. v. 07.07.2020 - S 34 KR 590/16 - juris wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

## 2. Genehmigungsfiktion: Information über Einholung medizinischer Stellungnahme

SG Dortmund, Teilurteil v. 28.06.2021 - S 65 KR 4406/19 WA

RID 21-04-35

juris

SGB V §§ 13 IIIa, 278 I, 283a I

**Leitsatz:** 1. Der sich aus § 13 Abs. 3a Satz 2 SGB V ergebenden **Informationspflicht** ist nur Genüge getan, wenn sich für den Versicherten mit hinreichender Sicherheit der Schluss ziehen lässt, dass eine medizinische Stellungnahme eingeholt wird.

2. Als eine **mittelbare Information** durch Dritte im Sinne der Rechtsprechung des BSG, Urt. v. 26.02.2019 - B 1 KR 21/17 R - KHE 2019/15 ist es auch anzusehen, wenn anstelle des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) der Sozialmedizinische Dienst (SMD) einen Versicherten auffordert, sich zum Zwecke einer Untersuchung in seinen Räumlichkeiten einzufinden.

Die Beteiligten streiten über die Erstattung von Kosten für eine bei der Kl. vorgenommene Liposuktion im Bereich der unteren Extremitäten. Das *SG* verurteilte die Bekl., an die Kl. 3.542,89 € zu zahlen.

## 3. Kein Kostenerstattungsanspruch bei Notfallbehandlung i.S.d. § 76 I 2 SGB V

LSG Bayern, Urteil v. 07.09.2021 - L 20 KR 286/19

RID 21-04-36

*Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 95/21 B*

juris

SGB V §§ 13 III, 76 I 2

**Leitsatz:** 1. Der für einen Kostenerstattungsanspruch nach § 13 Abs. 3 Satz 1 Alternative 1 SGB V erforderliche Zusammenhang von Systemversagen (hier: Unaufschiebbarkeit) und durch die Selbstbeschaffung entstandener Kostenlast des Versicherten ist im **Vollbeweis** nachzuweisen. Ein Anlass für eine Absenkung des Beweismaßstabs auf den der (hinreichenden) Wahrscheinlichkeit besteht nicht.

2. Eine Absenkung des Regelbeweismaßstabs des Vollbeweises auf den Beweismaßstab der (hinreichenden) Wahrscheinlichkeit bei **Zusammenhangs-/Kausalitätsfragen** kommt nur dann in Betracht, wenn die Beurteilung der Kausalitätsfrage von der Beantwortung naturwissenschaftlich-medizinischer Fragen mit den darin enthaltenen, aufgrund der wesensimmanent begrenzten

Erkenntnismöglichkeiten dieser Wissenschaften letztlich nicht endgültig aufklärbaren Unsicherheiten abhängt.

3. Zum Begriff der rechtlich **wesentlichen Mitursache**.

4. Eine **Notfallbehandlung** i.S.d. § 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V schließt einen Kostenerstattungsanspruch nach § 13 Abs. 3 SGB V aus.

5. Allein die Äußerung von Bedenken gegen die Unparteilichkeit eines Richters und das bloße Kokettieren mit Befangenheitsgründen stellt keinen **Befangenheitsantrag** dar.

*SG Nürnberg*, Gerichtsbb. v. 22.02.2019 - S 18 KR 556/18 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

#### 4. Beweismaßstab für Kausalität

**LSG Bayern, Urteil v. 07.09.2021 - L 20 KR 256/18**

**RID 21-04-37**

juris  
SGB V § 13 III

**Leitsatz:** 1. Der für einen Kostenerstattungsanspruch nach § 13 Abs. 3 Satz 1 Alternative 2 SGB V erforderliche **Zusammenhang** von Systemversagen (hier: rechtswidrige Leistungsablehnung) und durch die Selbstbeschaffung entstandener Kostenlast des Versicherten ist im **Vollbeweis** nachzuweisen. Ein Anlass für eine Absenkung des Beweismaßstabs auf den der (hinreichenden) Wahrscheinlichkeit besteht nicht.

2. Eine **Absenkung des Regelbeweismaßstabs** des Vollbeweises auf den Beweismaßstab der (hinreichenden) Wahrscheinlichkeit bei Zusammenhangs-/Kausalitätsfragen kommt nur dann in Betracht, wenn die Beurteilung der Kausalitätsfrage von der Beantwortung naturwissenschaftlich-medizinischer Fragen mit den dabei enthaltenen, aufgrund der wesensimmanent begrenzten Erkenntnismöglichkeiten dieser Wissenschaften letztlich nicht endgültig aufklärbaren Unsicherheiten abhängt.

*SG Würzburg*, Ur. v. 19.01.2018 - S 17 KR 584/15 - verurteilte die Bekl., der Kl. die Kosten für die am 21.07.2015 durchgeführte Schlauchmagenoperation in Höhe von 9.443,84 € zu erstatten, und wies im Übrigen die Klage als unbegründet ab. Das *LSG* wies auf die Berufung der Bekl. hin die Klage ab.

#### 5. Unaufschiebbarer Leistung aufgrund Fehlinformation der Krankenkasse

**SG Darmstadt, Urteil v. 05.07.2021 - S 13 KR 462/20**

**RID 21-04-38**

juris  
SGB V § 13 III 1; SGB I § 14

**Leitsatz:** 1. Trotz objektiv bestehender Versorgungsmöglichkeit kann dennoch im Einzelfall von einer **unaufschiebbaren Leistung** im Sinne des § 13 Abs. 3 S. 1 1. Var. SGB V auszugehen sein, die die Krankenkasse nicht rechtzeitig erbringen konnte, wenn eine **Fehlinformation der Krankenkasse** dazu geführt hat, dass der Versicherte die objektiv verfügbare Leistung subjektiv für nicht verfügbar hält und sie deshalb nicht in Anspruch nimmt.

2. Ein Sozialleistungsträger muss nicht nur ausdrücklich gestellte Fragen beantworten, sondern auch im Sinne einer sog. **Spontanberatung** auf naheliegende Möglichkeiten zur Realisierung von Leistungsansprüchen hinweisen.

Das *SG* verurteilte die Bekl., dem Kl. die Kosten für eine MRT-Untersuchung in Höhe von 349,73 € zu erstatten.

## IV. Arzneimittel

### 1. Avastin® (Wirkstoff Bevacizumab) zur Behandlung des Glioblastoms

#### a) Off-Label-Use/Studienlage/Folgenabwägung

LSG Schleswig-Holstein, Beschluss v. 08.09.2021 - L 10 KR 94/21 B ER

RID 21-04-39

juris  
SGB V § 2 Ia

Nach den Grundsätzen zum **Off-Label-Use** bestehen für die Therapie mit dem Arzneimittel Bevacizumab (Avastin) zur Behandlung des Glioblastoms keine hinreichenden Erfolgsaussichten.

Die **Studienlage** bzgl. einer Therapie mit dem Arzneimittel Bevacizumab hat sich seit der Beurteilung des Ständigen Ausschusses für Humanarzneimittel der EMA ersichtlich geändert.

Angesichts der Komplexität der Studienlage zur Anwendung von Bevacizumab bei Glioblastomen sowie der durch die BSG-Rspr. sich bei der Anwendung von § 2 Ia SGB V stellenden rechtlichen Fragen ist eine der drohenden Grundrechtsverletzung entsprechende Klärung der Sach- und Rechtslage im Eilverfahren nicht möglich. Im Rahmen der **Folgenabwägung** ist das Interesse der Ast. an der Kostenübernahme des Fertigarzneimittels Bevacizumab zur Behandlung bzw. Vermeidung der Verschlechterung des Krankheitsbildes bzw. Allgemeinzustandes schwerer als das Interesse der Ag., vorläufig nicht mit teuren Leistungen für nicht anerkannte Behandlungsmethoden in Anspruch genommen zu werden.

*SG Lübeck*, Beschl. v. 21.06.2021 - S 14 KR 10016/21 ER - verpflichtete die Ag., der Ast. bis zum rechtskräftigem Abschluss des Hauptsacheverfahrens vorläufig die Therapie mit dem Arzneimittel Bevacizumab (Avastin) zur Behandlung des Glioblastoms nach Verordnung der behandelnden Ärzte als Sachleistung zu gewähren. Das *LSG* wies die Beschwerde zurück.

#### b) Folgenabwägung: Glaubhaftmachung einer Notstandssituation

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 05.08.2021 - L 5 KR 556/21 B ER

RID 21-04-40

juris  
SGB V § 2 Ia

Im einstweiligen Anordnungsverfahren besteht im Rahmen einer **Folgenabwägung** ein Anspruch auf Behandlung mit **Avastin (Bevacizumab)** nach § 2 Ia SGB V, wenn eine Notstandssituation glaubhaft gemacht wird. Dies ist der Fall, wenn ein Tumor eine erhebliche Ödembildung aufweist und hieraus unmittelbar schwerwiegende neurologische Beeinträchtigungen drohen.

*SG Köln*, Beschl. v. 17.06.2021 - S 12 KR 1005/21 ER - juris verpflichtete die Ag. vorläufig bis zur rechtskräftigen Entscheidung in der Hauptsache, der Ast. die Kosten für die Behandlung mit sechs Gaben des Arzneimittels Avastin (Bevacizumab) als Sachleistung zu gewähren, das *LSG* wies die Beschwerde der Ag. mit der Maßgabe zurück, dass der Tenor wie folgt gefasst wird: „Die Ag. wird verpflichtet, der Ast. bis zu einer rechtskräftigen Entscheidung in der Hauptsache sechs Gaben des Arzneimittels Bevacizumab (Avastin) zur Behandlung des Glioblastomsrezidivs nach jeweiliger ärztlicher Verordnung als Sachleistung zu gewähren.“

### 2. Translarna® (Wirkstoff Ataluren) bei Duchenne-Muskeldystrophie

LSG Rheinland-Pfalz, Urteil v. 04.02.2021 - L 5 KR 211/20

RID 21-04-41

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 35/21 R  
juris  
SGB V § 2 Ia

Bei der **Duchenne-Muskeldystrophie** handelt es sich um eine lebensbedrohliche oder regelmäßig tödliche Erkrankung i.S.d. § 2 Ia 1 SGB V (BVerfG, Beschl. v. 06.12.2005 - 1 BvR 347/98 - juris Rn. 20; vgl. auch LSG Saarland, Beschl. v. 04.07.2019 - L 2 KR 6/19 B ER - juris Rn. 29, RID 19-03-101).

Zur Behandlung der Duchenne-Muskeldystrophie mit Nonsense-Mutation steht in dem beim Kl. vorliegenden Krankheitsstadium nach Verlust der Gehfähigkeit keine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung zur Verfügung. **Translarna** ist arzneimittelrechtlich nur zur Behandlung bei gehfähigen Patienten im Alter ab zwei Jahren zugelassen. Die Medikation des

nicht mehr gehfähigen Kl. mit Translarna verspricht eine auf Indizien gestützte, nicht ganz fernliegende Aussicht auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Verlauf seiner Erkrankung. Dem Anspruch auf die Behandlung mit Translarna steht nicht entgegen, dass § 2 Ia SGB V keinen Anspruch auf Fertigarzneimittel für eine Indikation begründet, für die eine **Genehmigung in einem Zulassungsverfahren** nach VO (EG) Nr. 726/2004 abzulehnen war (vgl. BSG, Urt. v. 13.12.2016 - B 1 KR 10/16 R - BSGE 122, 181 = SozR 4-2500 § 2 Nr. 6; BSG, Urt. v. 11.09.2018 - B 1 KR 36/17 R - GesR 2019, 38). Denn vorliegend liegt jedenfalls insofern ein abweichender Sachverhalt vor, als die Ablehnung der Zulassungserweiterung im Oktober 2019 nicht auf einer aussagekräftigen **Studienlage**, sondern auf **methodischen Problemen** beruhte und sich seither neuere Hinweise auf eine positive Auswirkung der Medikation mit Translarna auch nach Verlust der Gehfähigkeit gezeigt haben, welche zu der 2020 veröffentlichten Expertenempfehlung geführt haben.

*SG Mainz*, Gerichtsbb. v. 19.11.2020 - L 5 KR 211/20 - wies die Klage ab, das *LSG* verurteilte die Bekl., den Kl. mit dem Arzneimittel Translarna (Wirkstoff Ataluren) zu versorgen und die diesbezügliche Kostenübernahme zu erklären.

### 3. Fertigarzneimittel Lyrica® und Festbetragsarzneimittel Pregabalin Pfizer® (Wirkstoff Pregabalin)

*SG Altenburg*, Urteil v. 25.03.2021 - S 4 KR 512/19

RID 21-04-42

<sup>juris</sup>  
SGB V §§ 2 II 1, 13 III, 31 I, 35

Es ist denkgesetzlich nicht nachvollziehbar, warum bei einer **identischen Zusammensetzung** des Fertigarzneimittels Lyrica® (Wirkstoff Pregabalin) und des **Festbetragsarzneimittels** Pregabalin Pfizer® (Wirkstoff Pregabalin) das Festbetragsarzneimittel Pregabalin Pfizer® (Wirkstoff Pregabalin) eine Allergie auslösen sollte, das Fertigarzneimittel Lyrica® (Wirkstoff Pregabalin) hingegen keine. Aus medizinischer Sicht ergibt sich daher denkgesetzlich kein Grund, warum zwei identische Arzneimittel (Medikamente) bei einer Versicherten unterschiedliche Wirkungen haben sollen, sodass mit dem Festbetragsarzneimittel in jedem Fall medizinisch ausreichend behandelt werden kann.

Das *SG* wies die Klage ab.

### 4. Therapieoption ohne indische Flohsamenschalen

*LSG Hamburg*, Urteil v. 12.08.2021 - L 1 KR 113/20 ZVW

RID 21-04-43

<sup>juris</sup>  
SGB V § 31; SGB II § 21 V u. VI

Sowohl für einen hier nach Ansicht des BSG (das **indische Flohsamenschalen** ausschließl. als Nahrungsergänzungsmittel einstuft) allein in Betracht kommenden **Mehrbedarf für kostenaufwändige Ernährung** aus medizinischen Gründen nach § 21 V SGB II als auch für einen unabweisbaren, **besonderen Bedarf** nach § 21 VI SGB II (der u.a. bei Arzneimitteln in Betracht kommt, zu denen nach den Ausführungen des Sachverständigen die Flohsamenschalen auch gehören können) ist die Notwendigkeit der Versorgung mit den indischen Flohsamenschalen Anerkennungsvoraussetzung. Daran fehlt es, weil eine Therapie grundsätzlich auch ohne indische Flohsamenschalen möglich ist, da es ausschließl. auf die Anreicherung der Nahrung mit Ballaststoffen ankommt.

*SG Hamburg*, Gerichtsbb. v. 18.12.2014 - S 28 KR 1936/13 - wies die Klage ab, *LSG Hamburg*, Urt. v. 14.10.2015 - L 1 KR 4/15 - RID 15-04-98 die Berufung zurück. *BSG*, Beschl. v. 05.07.2016 - B 1 KR 18/16 B - <sup>juris</sup> wies die Sache zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das *LSG* zurück. Das *LSG* wies die Berufung erneut zurück.

## V. Hilfsmittel/Heilmittel

### 1. Handbike mit Elektromotor

LSG Hessen, Urteil v. 05.08.2021 - L 1 KR 65/20

RID 21-04-44

juris  
SGB V § 33 I

Ein Versicherter ist nicht im Hinblick auf das Wirtschaftlichkeitsgebot auf den von der Krankenkasse **angebotenen Elektrorollstuhl** zu verweisen, den er nur nutzen kann, wenn er von einer Pflegekraft entsprechend umgesetzt wird. Er ist mit einem **motorisierten Handbike** zu versorgen, wenn er mit diesem, nicht aber mit dem Elektrorollstuhl, Bordsteinkanten und andere Hindernisse überwinden kann.

*SG Gießen*, Urt. v. 13.02.2020 - S 5 KR 186/16 - juris verurteilte die Bekl., den Kl. mit einem Handbike mit zuschaltbarem Elektroantrieb Typ „dynagil AP“ in Höhe von 9.882,57 € zu versorgen, das *LSG* wies unter Abänderung des Tenors die Berufung im Übrigen zurück.

### 2. Elektrorollstuhl trotz Sehbeeinträchtigungen

LSG Niedersachsen-Bremen, Beschluss v. 04.10.2021 - L 16 KR 423/20

RID 21-04-45

juris  
SGB V §§ 27, 33 I

**Sehbeeinträchtigungen** sind kein genereller Grund, eine Verkehrstauglichkeit bei Elektrorollstühlen abzulehnen. Auch bei **Einschränkung der Sehfähigkeit zu 100 %** kann einem Versicherten die sachgerechte Bedienung eines **Elektrorollstuhls** möglich sein, insb. nach einem Langstocktraining und einer Orientierungs- und Mobilitätsschulung, die auch gerade z.T. mit einem E-Rollstuhl erfolgte und die ihn dazu befähigt, bekannte und erarbeitete Wege inkl. der Überquerung einer Hauptstraße mit dem E-Rollstuhl zu bewältigen.

*SG Lüneburg*, Urt. v. 10.09.2020 - S 16 KR 80/19 - verurteilte die Bekl. zur Versorgung des Kl. mit einem Elektrorollstuhl, das *LSG* wies die Berufung zurück.

### 3. Steh- und Bewegungstrainer

SG Karlsruhe, Urteil v. 17.01.2020 - S 3 KR 1730/18

RID 21-04-46

juris  
SGB V §§ 27, 33, 135 I

Der Einsatz eines **Steh- und Bewegungstrainers** stellt **keine neue Behandlungsmethode** i.S.d. § 135 I SGB V dar, wenn das mit dessen Einsatz verfolgte Konzept in einer Kombination der unterstützten Vertikalisierung und des fremdkraftbetriebenen Beintrainings besteht. Keines dieser Konzepte ist in diesem Sinne neu, sondern gehört zum Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung. So sind im Hilfsmittelverzeichnis für die Vertikalisierung in Produktgruppe 28 (Stehhilfen) Stehständer als Hilfsmittel gelistet.

Eine wesentliche **Änderung oder Erweiterung dieser Behandlungsmethoden**, die einer Empfehlung des GBA bedarf, liegt nur dann vor, wenn gerade die Kombination der Vertikalisierung und des Beintrainings eine neue Wirkungsweise darstellt oder bisher nicht erforschte Risiken für den Versicherten nach sich ziehen, was hier nicht der Fall ist.

Ein solches Hilfsmittel dient neben der Sicherung des Erfolgs der Krankenbehandlung auch dem **Ausgleich einer Behinderung**. Das Hilfsmittel ermöglicht die Ausübung der beeinträchtigten Körperfunktion „Stehen“, wenn der Versicherte entsprechend der Schilderungen seiner Kinderärztin weder sitzend noch stehend in der Lage ist, selbst eine aufrechte Position einzunehmen und der Stehtrainer die einzige Möglichkeit hierfür und für das Muskulaturtraining in aufrechter Position ist.

Das *SG* verurteilte die Bekl., den Kl. für 12 Monate mit einem Bewegungstrainer der Marke X als Leihgerät zu versorgen.

## 4. Finger-Handprothese

LSG Hessen, Urteil v. 23.09.2021 - L 8 KR 477/20

RID 21-04-47

juris  
SGB V § 33 I 1

Die Versorgung mit einer **Finger-Handprothese** aus Silikon kann im Wege des unmittelbaren Behinderungsausgleichs **geeignet** sein, die Wiederherstellung bzw. Verbesserung der beeinträchtigten Körperfunktion zu bewirken.

*SG Frankfurt a. M.*, Urt. v. 08.12.2020 - S 18 KR 633/13 - juris wies die Klage ab, das *LSG* verurteilte die Bekl., die Kl. mit einer Finger-Handprothese aus Silikon auf der Grundlage der ärztlichen Verordnung von Dr. D. vom 19.02.2013 zu versorgen.

## 5. Hörgeräte

### a) Vollständiger Behinderungsausgleich/Versichertenerklärung/Hörgeräteakustiker

LSG Sachsen-Anhalt, Urteil v. 24.06.2021 - L 6 KR 43/18

RID 21-04-48

juris  
SGB V §§ 2 I 3, 13 III, IIIa, 33 I

**Leitsatz:** 1. Ein möglichst vollständiger (unmittelbarer) **Behinderungsausgleich** ist bei Menschen mit Hörbehinderungen erst dann erreicht, wenn im Rahmen des Möglichen auch das Hören und Verstehen bei störenden Umgebungsgeräuschen sowie in der Kommunikation mit mehreren Personen eröffnet ist und ihnen die dazu nach dem aktuellen Stand des medizinischen und technischen Fortschritts jeweils erforderlichen Geräte zur Verfügung gestellt werden.

2. Dieser gesetzlich geschuldete Versorgungsanspruch ist nicht mittels einer von der Krankenkasse vorgefertigten **Versichertenerklärung** beschränkbar.

3. Eine solche Versichertenerklärung schließt nicht von vornherein eine **Kausalität** zwischen Leistungsablehnung und Kostenbelastung aus.

4. Wenn eine **Krankenkasse** in dem von ihr initiierten Versorgungsablauf dem Hörgeräteakustiker praktisch die - grundsätzlich von ihr (ggf. auch unter Einbindung des Medizinischen Dienstes) geschuldete - gesamte Bedarfsfeststellung, Versorgung und Abrechnung quasi als ihrem **Repräsentanten überantwortet**, ist ihr dessen Versäumnis in Bezug auf die nach § 30 Sätze 1 und 2 HilfsM-RL bestehende **Dokumentationspflicht** organisatorisch zuzurechnen (vgl. BSG, Urt v. 30.10.2014 - B 5 R 8/14 R - BSGE 117, 192 = SozR 4-1500 § 163 Nr. 7, juris Rn. 42).

*SG Halle*, Urt. v. 21.02.2018 - S 25 KR 209/14 - wies die Klage ab, das *LSG* verurteilte die Bekl., der Kl. 800 € für die Anschaffung des Hörgerätesystems ReSound Alera 5 zu erstatten.

Die **Versichertenerklärung** hatte folgenden Wortlaut: „Obwohl ich über die Möglichkeiten einer aufzahlungsfreien Hörsystemversorgung aufgeklärt worden bin, wünsche ich ausdrücklich die Versorgung mit einem die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung übersteigenden Hörsystem. Die daraus entstehenden Mehrkosten habe ich selbst zu tragen. Die von mir persönlich zu tragende Aufzahlung ist insbesondere durch subjektive Faktoren (Klang etc.), Ästhetik (Größe, Design etc.) und ein automatisches Einstellen der unterschiedlichen Hörsituationen bedingt. Ich habe mich beruflich bedingt für ein die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung übersteigendes Hörsystem entschieden, das folgende besondere Merkmale aufweist: automatisches Einstellen der unterschiedlichen Hörsituationen.“

### b) Ersatzbeschaffung eines Hörgeräts

SG Speyer, Urteil v. 19.02.2021 - S 19 KR 679/19

RID 21-04-49

juris  
SGB V §§ 13 III, 33

Solange die Versorgungsnotwendigkeit hinsichtlich eines Hilfsmittels zum Behinderungsausgleich gegeben ist, kann einem Anspruch auf **Ersatzbeschaffung** nach § 33 I 4 SGB V der Umstand nicht entgegenstehen, dass bereits zuvor ein Ersatz gewährt wurde. § 33 I SGB V enthält keine zeitliche oder zahlenmäßige Beschränkung des Anspruchs auf Versorgung mit den medizinisch notwendigen Hilfsmitteln. § 12 I SGB V kann nicht hilfsweise zu einer derartigen Begrenzung herangezogen werden.

Das *SG* verurteilte den Bekl., dem Kl. die Kosten für die Ersatzbeschaffung des im Jahr 2018 verlorenen Hörgerätes in Höhe von 708,50 € zu erstatten.



## 6. Echthaarperücke bei Chemotherapie/Festbetrag

LSG Hamburg, Urteil v. 25.06.2021 - L 1 KR 162/19

RID 21-04-50

juris  
SGB V §§ 13 III, 33

Zumindest im Falle einer **Langzeittherapie** (hier: Chemotherapie) ist regelmäßig von der Erforderlichkeit einer **Echthaarperücke** auszugehen. Zudem resultiert dies auch aus dem Wirtschaftlichkeitsgebot i.V.m. der deutlich längeren Haltbarkeit einer Echthaarperücke (vgl. LSG Sachsen, Urt. v. 15.08.2019 - L 9 KR 728/17 -; SG Dresden, Gerichtsbb. v. 18.02.2021 - S 18 KR 304/18 - RID 21-02-89). Allerdings ist der Anspruch auf Versorgung mit einer Echthaarperücke regelmäßig durch die Gewährung des dafür ausgehandelten **Festbetrages** erfüllt (LSG Hamburg, Beschl. v. 24.02.2020 - L 1 KR 79/19 -).

*SG Hamburg*, Gerichtsbb. v. 02.12.2019 - S 30 KR 2772/18 - gab der Klage statt, das *LSG* verurteilte die Bekl., die Kl. von Kosten in Höhe von 529,55 € gegenüber dem Hilfsmittellieferanten freizustellen, und wies im Übrigen die Berufung zurück.

## 7. Kompressionsgerät des Typs „Lymphamat 300“

SG Neuruppin, Gerichtsbescheid v. 18.08.2021 - S 20 KR 237/19

RID 21-04-51

juris  
SGB V §§ 27, 33 I

Auf die Versorgung mit einem **Kompressionsgerät des Typs „Lymphamat 300“** mit zwei Beinmanschetten **zur alleinigen Anwendung** bei Erkrankungen der Lymphgefäße und Lymphknoten und nicht als ergänzende Maßnahme zusätzlich zu der komplexen physikalischen Entstauungstherapie besteht kein Anspruch.

Das *SG* wies die Klage ab.

## VI. Rehabilitation/Häusliche Krankenpflege/Fahrkosten

Nach BSG, Urt. v. 12.08.2021 - **B 3 KR 8/20 R** – kann die Auslegung eines Versorgungsvertrags (hier: „Vertrag zur Komplettversorgung mit Hörsystemen“ zwischen dem Verband der Ersatzkassen und der Bundesinnung der **Hörgeräteakustiker** vom 01.11.2013) ergeben, dass bei einer ansonsten ordnungsgemäßen Versorgung Anspruch auf deren Vergütung auch dann besteht, wenn der Hörgeräteakustiker die Abgabe der vertraglich vorgesehenen **Versorgungsanzeige** vor der Anpassung im Einzelfall **versäumt** hat.

Nach BSG, Urt. v. 26.03.2021 - **B 3 KR 14/19 R** - haben die Krankenkassen **ambulante Leistungen der Behandlungssicherungs- und Pflegeleistungen** 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 vermitteln, 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.

## 1. Häusliche Krankenpflege: Versorgung mit einem suprapubischen Katheter

**SG Stuttgart, Urteil v. 23.06.2021 - S 15 KR 636/20**

**RID 21-04-52**

juris = PflR 2021, 593

**SGB V §§ 13 III, 37**

Ein Anspruch auf **Kostenerstattung** gem. § 13 III SGB V kann neben § 37 IV SGB V zur Anwendung kommen (vgl. BSG, Urt. v. 07.05.2020 - B 3 KR 4/19 R - Die Leistungen Beilage 2020, 308).

Bei der Versorgung mit einem **suprapubischen Katheter** handelt es sich dann **nicht** um eine **einfachste Maßnahme** der Behandlungspflege, wenn ein wundhafter Harnwegsinfekt mit der Gefahr einer Entzündung besteht.

Das **SG** verurteilte die Bekl., der Kl. 495,93 € für die häusliche Krankenpflege in der Zeit vom 16.09.2019 bis 31.12.2019 in Form der zweimal wöchentlichen Versorgung mit einem suprapubischen Katheter zu erstatten.

## 2. Fahrkosten

### a) Kein Erfordernis vorheriger Genehmigung für Krankentransportwagen

**SG Karlsruhe, Urteil v. 25.09.2021 - S 9 KR 145/21**

**RID 21-04-53**

juris = ASR 2021, 224

**SGB V §§ 60, 61, 92; KrTRL §§ 6, 7, 8**

**Leitsatz:** 1. Unter **Fahrtkosten** sind die Kosten der Fahrt mit einem privaten Kraftfahrzeug ebenso zu verstehen wie die Kosten bei Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel, von Taxen, Mietwagen, Krankenwagen oder Rettungsfahrzeugen. Ein **Krankenwagen** ist immer dann **erforderlich**, wenn der Versicherte aufgrund seiner Erkrankung während der Fahrt eine fachliche Betreuung oder die besondere Ausstattung eines Krankenwagens benötigt.

2. Das Erfordernis, für Krankentransporte zur ambulanten Behandlung eine vorherige Genehmigung der Krankenkasse einzuholen, ist durch die nach § 60 Abs. 1 S. 5 SGB V für bestimmte Personengruppen vorgesehene **Genehmigungsfiktion** eingeschränkt worden, um den bürokratischen Aufwand für alle Beteiligten zu reduzieren.

3. Nach wortlautgerechter und systematischer Auslegung schließt § 60 Abs. 2 SGB V die Kosten für Krankentransporte in Kosten für Fahrten mit ein. Die Regelungen zur Genehmigungsfiktion sind damit auch für Fahrten mit einem Krankenwagen anwendbar.

4. Dass dem die Regelungen der **Krankentransport-Richtlinie entgegenstehen**, ist unbeachtlich. Die Auslegung von Bundesrecht hat sich nicht an untergesetzlichen Normen zu orientieren, sondern umgekehrt.

5. Wenn eine Genehmigung bei unterstelltem vorherigen Antrag unstrittig hätte erteilt werden müssen, dann ist das Berufen der **Krankenkasse** auf das Antragserfordernis des § 60 Abs. 1 S. 4 SGB V bei Versicherten, die zur Antragsstellung außerstande waren, **rechtsmissbräuchlich**.

Das **SG** verurteilte die Bekl. zur Übernahme der Fahrkosten.

## b) Krankentransport zur Schule in Begleitung einer medizinischen Fachkraft

LSG Sachsen, Urteil v. 21.04.2021 - L 1 KR 539/17

RID 21-04-54

juris

SGB V §§ 13 IIIa, 37 II, 60 I 1

**Leitsatz:** 1. Weil der Anspruch aus § 13 Abs. 3a SGB V auf **Kostenerstattung** oder Kostenfreistellung gerichtet ist, scheidet er aus, wenn der Versicherte die beantragte Leistung als Naturalleistung (hier: nach § 43 SGB I) erhalten hat.

2. Leistungen der **speziellen Krankenbeobachtung** können **während einer Fahrt** nicht beansprucht werden, weil Transportmittel keine „geeigneten Orte“ im Sinne von § 37 Abs. 2 Satz 1 SGB V sind.

3. § 60 SGB V begründet keinen Anspruch auf Übernahme von **Fahrkosten zur Schule**.

4. Eine Krankenkasse schuldet auch dann nicht nach § 60 SGB V die Übernahme von Fahrkosten zur **Schule**, wenn dort an den versicherten Schüler **Leistungen der häuslichen Krankenpflege** erbracht werden.

5. Die Rechtsfolgen des § 14 SGB IX löst nicht jeder bei einem Rehabilitationsträger gestellte **Leistungsantrag** aus, sondern nur ein auf Leistungen zur Teilhabe gerichteter Antrag.

6. Die **kurativen Leistungen** der gesetzlichen Krankenversicherung unterfallen nicht § 14 SGB IX.

7. Eine **Krankenkasse** bleibt auch nach einem bei einem anderen Rehabilitationsträger gestellten Antrag auf Teilhabeleistungen weiterhin für kurative Leistungen an den Antragsteller **zuständig**.

8. Eine Krankenkasse wird durch einen bei ihr gestellten Antrag auf kurative Leistungen nicht nach § 14 SGB IX für daneben in Betracht kommende **Teilhabeleistungen** **zuständig**.

9. Die **Behandlungssicherungspflege** nach § 37 Abs. 2 SGB V ist nicht der medizinischen Rehabilitation zuzuordnen, sondern hat kurativen Charakter.

*SG Leipzig*, UrT. v. 26.04.2017 - S 3 KR 358/14 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

## VII. Beziehungen zu Krankenhäusern

Nach BSG, UrT. v. 10.11.2021 - **B I KR 36/20 R** - scheidet die Aufrechnung der Krankenkasse nicht an einem **landesrechtlichen Aufrechnungsverbot**. Maßgeblich sind allein die Regelungen der PrüfvV 2014. Die Krankenkasse führte eine Abrechnungsprüfung in Bezug auf einen konkreten Behandlungsfall nach der PrüfvV 2014 durch, die auch die sachlich-rechnerische Prüfung hinsichtlich der Voraussetzungen des OPS-Codes 8-98f umfasste. Die **PrüfvV 2014** galt im **Jahr 2016** auch für **sachlich-rechnerische Prüfungen**. Die Anfügung des § 275 I c 4 SGB V zum 01.01.2016 hatte zur Folge, dass sich der Anwendungsbereich der PrüfvV 2014 ab diesem Zeitpunkt auf sachlich-rechnerische Prüfungen erweiterte. Die Krankenkasse durfte bei der Prüfung auch Erkenntnisse aus einer **abstrakten Strukturprüfung** verwerten, an der das Krankenhaus freiwillig mitgewirkt hatte. Dies gilt jedenfalls dann, wenn - wie hier - der konkrete Prüfauftrag für den einzelnen Behandlungsfall die Prüfung derjenigen Strukturmerkmale mit umfasste, die auch Gegenstand der abstrakten Strukturprüfung waren. Dass es für solche abstrakten Strukturprüfungen im Jahr 2016 an einer rechtlichen Grundlage fehlte, ist unerheblich. Die PrüfvV 2014 bezieht sich umfassend auf alle Abrechnungsprüfungen nach § 275 I c SGB V in Bezug auf konkrete Abrechnungsfälle. Die PrüfvV 2014 enthält keine Regelung dahingehend, dass die Krankenkasse der Auffassung des MDK folgen muss oder ausschließlich Erkenntnisse aus dessen gutachtlicher Stellungnahme verwerten darf. Aus anderen Quellen stammende Erkenntnisse sind in Abrechnungsprüfungen nach der PrüfvV 2014 verwertbar. Würden Gesichtspunkte, die zwar thematisch zum Prüfauftrag gehören, durch den MDK aber nicht bewertet wurden, aus der Anwendbarkeit der PrüfvV und insbesondere der Geltung ihrer Fristen ausgeklammert, widerspräche dies der intendierten Beschleunigung und Konzentration der Prüfverfahren. Das in § 11 V des in Hamburg geltenden Landesvertrags nach § 112 SGB V geregelte Aufrechnungsverbot ist mit § 9 PrüfvV 2014 unvereinbar und daher insoweit nichtig. Denn Landesverträge nach § 112 I SGB V dürfen die allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung ausschließlich innerhalb der bundesgesetzlichen Grenzen regeln. Ob die Krankenkasse nach den Vorgaben der PrüfvV 2014 hier **zur Aufrechnung berechtigt** war und insbesondere die dort geregelten Fristen eingehalten hat, konnte der Senat auf Grundlage der Feststellungen des LSG nicht entscheiden. Die Berechtigung zur Aufrechnung setzt insb. voraus, dass das Prüfverfahren vor April 2018 noch nicht durch Mitteilung einer **abschließenden Entscheidung durch die Krankenkasse** abgeschlossen war (vgl. § 8 PrüfvV 2014). Aus einer solchen Entscheidung muss klar zum Ausdruck kommen, dass die Krankenkasse die Prüfung als abgeschlossen ansieht und auf den weiteren Lauf der für die abschließende Entscheidung geltenden Neun-Monats-Frist nach § 8 Satz 3 PrüfvV 2014 verzichtet. Nicht ausreichend ist hierfür für sich genommen etwa die Übersendung eines im Prüfverfahren nach der PrüfvV eingeholten MDK-Gutachtens oder die Zahlung auf eine im Prüfverfahren korrigierte Rechnung des Krankenhauses. Die Berechtigung zur Aufrechnung setzt ferner voraus, dass zum Zeitpunkt der Mitteilung der abschließenden Entscheidung über die hier streitige Rechnerische Kürzung durch die Krankenkasse die **Neun-Monats-Frist** noch nicht abgelaufen war, die sich hier um die Zeit zwischen Prüfanzeige und Übermittlung des korrigierten Datensatzes verlängert. Das LSG wird die entsprechenden Feststellungen zu treffen haben. Nach BSG, UrT. v. 10.11.2021 - **B I KR 22/21 R** - hat das LSG ohne Rechtsfehler entschieden, dass dem Krankenhaus der strittige Vergütungsanspruch wegen der Behandlung des Versicherten vom 16.02. bis 25.05.2016 zustand. Die Krankenkasse konnte daher nicht mit einem entsprechenden Erstattungsanspruch gegenüber anderweitigen Vergütungsansprüchen aufrechnen. Das LSG durfte sich hierbei insbesondere auf das vom SG eingeholte Sachverständigengutachten und das anschließend vorgelegte MDK-Gutachten stützen. Die Verwertung der den

Gutachtern zur Verfügung gestellten **Unterlagen** ist nicht ausgeschlossen. Dies gilt auch für das Schreiben des den Versicherten einweisenden Psychiaters. Das Krankenhaus hat dieses Schreiben im MDK-Prüfverfahren zwar nicht vorgelegt. Die **Unterlagenanforderung** des MDK bezog sich aber auch nicht auf dieses Schreiben. Wie der Senat bereits entschieden hat, enthält § 7 II 2 bis 4 PrüfV 2014 eine materielle Präklusionsregelung. Ihrer Art nach konkret bezeichnete Unterlagen, die der MDK im Rahmen eines ordnungsgemäßen Prüfverfahrens angefordert, das Krankenhaus aber nicht innerhalb der Frist von vier Wochen vorgelegt hat, dürfen auch in einem späteren Gerichtsverfahren nicht mehr zur Begründung des Vergütungsanspruchs berücksichtigt werden. § 7 II 2 PrüfV 2014 bezieht sich auf die Anforderung von Unterlagen, die der MDK zumindest ihrer Art nach konkret bezeichnet hat. Das Krankenhaus muss nicht von sich aus weitere Unterlagen übermitteln, die für die Stützung seines Vergütungsanspruchs relevant sein können. Die PrüfV 2014 enthält hierfür - anders als die PrüfV 2016 - keine Regelung. Auch Sinn und Zweck gebieten dies nicht. Der Streitstoff für die Überprüfung der Abrechnung des Behandlungsfalles soll vollständig gebündelt und deren Abschluss insgesamt beschleunigt werden. Hierbei ist es Aufgabe des MDK, die prüfrelevanten Begründungselemente durch die Unterlagenauswahl selbst einzuzugrenzen. Nur die nicht fristgemäße Vorlage ihrer Art nach konkret bezeichneter Unterlagen rechtfertigt die nicht unerhebliche Sanktionsfolge. Ansonsten müsste das Krankenhaus zur Vermeidung von Rechtsnachteilen dem MDK immer sämtliche Unterlagen zur Verfügung stellen. Welche Unterlagen durch den MDK ihrer Art nach jeweils konkret bezeichnet wurden, bestimmt sich nach den Grundsätzen über die Auslegung von Willenserklärungen. Dabei ist nicht allein auf die schriftliche, insbesondere formularmäßige Bezeichnung bestimmter Unterlagen (z.B. „Aufnahmebefund“, „Anamnese“ oder „Assessment“) abzustellen. Es sind auch ergänzende Umstände zu berücksichtigen. Im Hinblick auf die einschneidenden Folgen einer unterlassenen Unterlagenübersendung muss die **Bezeichnung der Unterlagen aber präzise und klar** sein; Unklarheiten oder Zweifel gehen zulasten des Verwenders der Bezeichnung, d.h. des MDK und letztlich der Krankenkasse. Nach diesen Maßstäben gehörte das Schreiben des einweisenden Psychiaters nicht zu den angeforderten Unterlagen. Fordert der MDK beim Krankenhaus Untersuchungsberichte, Anamnesen oder Assessments an, darf dieses davon ausgehen, dass damit zunächst einmal die vom Krankenhaus selbst erhobenen Befunde, Anamnesen und Assessments gemeint sind. Hält der MDK darüber hinaus für seine Beurteilung auch einen Fremdbefund (etwa des einweisenden Arztes) für notwendig, muss er dies eindeutig zum Ausdruck bringen. Nach BSG, Urt. v. 10.11.2021 - B 1 KR 16/21 R - war die hausärztliche Krankenhauseinweisung wegen **nicht fristgerechter Vorlage als Beweismittel präkludiert**. Das LSG hätte ohne deren Berücksichtigung über den Vergütungsanspruch des Krankenhauses entscheiden müssen. Ebenso wie die entsprechenden Regelungen der PrüfV 2014 enthält § 7 II 4 bis 9 PrüfV 2016 eine materielle Präklusionsregelung. Nach § 7 II 3 bis 5 PrüfV 2016 trifft das Krankenhaus darüber hinaus (insofern abweichend von der PrüfV 2014) die **Obliegenheit**, die aus seiner Sicht zur Erfüllung des konkreten Prüfauftrags erforderlichen **Unterlagen zu ergänzen**. An diese Obliegenheit dürfen jedoch keine übersteigerten Anforderungen gestellt werden. Mehr als eine cursorische Durchsicht der nicht angeforderten Behandlungsunterlagen daraufhin, ob diese für die Erfüllung des Prüfauftrags ersichtlich relevant sein können, kann vom Krankenhaus regelmäßig nicht erwartet werden. Der genaue Umfang der Mitwirkungsobliegenheit des Krankenhauses hängt auch vom Umfang und der Konkretisierung des jeweiligen Prüfauftrags ab. Bei einem umfassenden Prüfauftrag im Sinne einer „Vollprüfung“ ist für das Krankenhaus regelmäßig nur schwer abzuschätzen, welche Unterlagen prüfrelevant sein könnten. Es müsste dann zum Ausschluss einer Präklusion regelmäßig sämtliche Behandlungsunterlagen übersenden. Das widerspräche dem Ziel eines effizienten und schlanken Prüfverfahrens und würde die Verantwortung für die Festlegung des Prüfumfanges und der Prüftiefe vom MDK auf das Krankenhaus abwälzen. Bei Prüfaufträgen, die punktuell auf einzelne konkrete Fragestellungen beschränkt sind, kann vom Krankenhaus ggf. auch eine genauere Durchsicht der hierfür in Betracht kommenden Unterlagen verlangt werden. Die Voraussetzungen der Präklusion lagen danach hier hinsichtlich der Krankenhauseinweisung der Hausärztin des Versicherten vor. Der Prüfauftrag des MDK war auf die Prüfung der Notwendigkeit der stationären Krankenhausaufnahme beschränkt. Die Relevanz der Krankenhauseinweisung für diesen Prüfauftrag war für das Krankenhaus auch bei cursorischer Durchsicht der Behandlungsunterlagen ohne weiteres erkennbar. Das LSG muss nunmehr feststellen, ob die Voraussetzungen des streitigen Vergütungsanspruchs ohne Berücksichtigung der präkludierten Krankenhauseinweisung nachweisbar sind. Nach BSG, Urt. v. 10.11.2021 - **B 1 KR 9/21 R** - regelt, wie der Senat bereits entschieden hat, § 7 II 2 bis 4 PrüfV 2014 eine **materielle Präklusion**. Sofern das Krankenhaus hier die **Frist zur Vorlage der angeforderten Unterlagen** versäumt und dies zu vertreten haben sollte, sind die vom SMD ihrer Art nach konkret angeforderten Unterlagen als Beweismittel präkludiert. Der SMD hat Unterlagen ihrer Art nach konkret bezeichnet. Nach § 7 II 3 PrüfV 2014 hatte das Krankenhaus die Unterlagen innerhalb von vier Wochen nach Zugang der Unterlagenanforderung an den SMD zu übermitteln. Das LSG hat nicht festgestellt, wann dem Krankenhaus die Prüfanzeige des SMD mit der Unterlagenanforderung zugeht. Es steht deshalb auch nicht fest, ob die beim SMD eingegangenen Unterlagen fristgerecht eingegangen sind und damit Grundlage für die Begründung des Vergütungsanspruchs sein können. Das LSG wird die entsprechenden Feststellungen zu treffen haben. Nach BSG, Urt. v. 10.11.2021 - B 1 KR 43/20 R - regelt, wie der Senat bereits entschieden hat, § 7 II 2 bis 4 PrüfV 2014 eine **materielle Präklusion**. Deren Voraussetzungen liegen nach den bindenden Feststellungen des LSG hier vor. § 7 II PrüfV 2014 ist zeitlich und auch sachlich anwendbar, soweit der Prüfauftrag der Krankenkasse auf eine Überprüfung der Wirtschaftlichkeit der Krankenhausbehandlung gerichtet war. Dass der auf eine „Vollprüfung“ gerichtete Prüfauftrag auch die Prüfung der **sachlich-rechnerischen Richtigkeit** der Abrechnung umfasste, schließt die Anwendbarkeit der PrüfV 2014 **im Jahr 2015** nicht insgesamt aus, sondern nur insoweit, als die Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit der Abrechnung betroffen ist. Es ist nicht feststellbar, dass das Krankenhaus dem SMD die angeforderten Unterlagen fristgerecht übermittelt hat. Die **Unerweislichkeit** geht zulasten des Krankenhauses. Zutreffend ist das LSG dabei davon ausgegangen, dass es für die Fristwahrung bei der hier erfolgten postalischen Übersendung auf den Zugang der Unterlagen beim SMD ankommt. § 7 Abs. 2 Satz 4 PrüfV 2014 ist zwar verfassungskonform dahingehend auszulegen, dass die Präklusionswirkung nicht eintritt, wenn das Krankenhaus die **Versäumung** der Frist zur Vorlage der Unterlagen **nicht zu vertreten** hat. Dies ist vorliegend aber jedenfalls nicht nachweisbar. Zwar kann sich der Bürger in Fristsachen grundsätzlich auf die üblichen Postlaufzeiten verlassen. Allerdings konnte das Krankenhaus nach den vom LSG getroffenen Feststellungen weder zum Zeitpunkt der Absendung der fraglichen Unterlagen substantiiert vortragen noch eine - ausgehend von „normalen“ Postlaufzeiten - rechtzeitige Absendung belegen. Die Unerweislichkeit geht auch insoweit zulasten des Krankenhauses. Das LSG muss nunmehr feststellen, ob und ggf. in welcher Höhe sich der streitige Vergütungsanspruch unter Außerachtlassung der präkludierten Unterlagen nachweisen lässt.

Nach BSG, Urt. v. 16.08.2021 - **B 1 KR 18/20 R** - verstieß die Durchführung einer **transvaskulären Aortenklappen-Implantation (TAVI) in einem Krankenhaus ohne herzchirurgische Fachabteilung** im Jahr 2013 gegen das allgemeine **Qualitätsgebot**. Dieses stellt auch Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität der Behandlung. Dies ergibt sich auch aus § 135a Abs. 1 Satz 2 SGB V. Danach müssen nicht nur die Leistungen als solche dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen, sondern sie müssen auch in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden. Konkretisiert werden die Mindestanforderungen an die Struktur- und Prozessqualität nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V in der hier noch maßgeblichen Fassung in erster Linie durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA). Mindestanforderungen an die Struktur- und Prozessqualität, die von der großen Mehrheit der einschlägigen Fachleute aufgrund des Standes der medizinischen Erkenntnisse befürwortet werden, sind **vom Krankenhaus auch ohne verpflichtende Vorgabe des GBA oder durch Normenverträge zu beachten**. Anderenfalls handelt es sich um eine ungeeignete Versorgung, die nicht im Rechtssinne „**erforderlich**“ ist. Hierfür kann das Krankenhaus auch innerhalb seines Versorgungsauftrags keine Vergütung beanspruchen. Ist der Nutzen einer Methode im Grundsatz zwar anerkannt, fehlt es hinsichtlich der Einzelheiten der Leistungserbringung aber noch an verbindlichen rechtlichen Vorgaben und einem allgemeinen wissenschaftlichen Konsens, gebieten es das Qualitäts- und das Wirtschaftlichkeitsgebot, den Weg des gesicherten Nutzens zu gehen und Gesundheitsgefahren für die Versicherten soweit wie möglich auszuschließen. Danach entsprach die Durchführung der TAVI im Krankenhaus der Klägerin im Jahr 2013 nicht dem Qualitätsgebot. Es existierten keine rechtlich verbindlichen Vorgaben über die bei der Durchführung von TAVI-Behandlungen zu beachtenden Anforderungen an die Strukturqualität. Diese sind mit der MHI-RL des GBA erst im Jahr 2015 in Kraft getreten. Die Durchführung der **TAVI in einer Klinik ohne herzchirurgische Abteilung** entsprach nach den Feststellungen des LSG im Jahr 2013 nicht dem anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse. Es gab jedenfalls keinen breiten fachlichen Konsens darüber, dass TAVI-Leistungen auch in Krankenhäusern ohne herzchirurgische Fachabteilung erbracht werden konnten. Einen solchen **breiten fachlichen Konsens** gab es auch nicht für das von der Klägerin praktizierte Kooperationsmodell. Zudem handelte es sich bei der TAVI im Jahr 2013 noch um eine relativ **neue und hochkomplexe Behandlungsmethode**. Auch aus diesem Grund war es geboten, im Interesse des Versichertenschutzes den „sicheren“ Weg zu wählen und die TAVI-Behandlung **spezialisierten Krankenhäusern vorzubehalten**, in denen beide Fachabteilungen vorhanden waren. Die Klägerin kann sich auch nicht auf die Übergangsregelung in § 9 Satz 1 MHI-RL berufen. Die MHI-RL ist erst am 25.7.2015 in Kraft getreten und regelt die Leistungserbringung insgesamt erst ab diesem Tag. Eine rückwirkende Geltung ist nicht angeordnet. Sie lässt sich auch nicht dem Regelungszweck des § 9 MHI-RL entnehmen. Nach BSG, Urt. v. 16.08.2021 - **B 1 KR 11/21 R** - hat das Krankenhaus Anspruch auf die hier von der Krankenkasse bezahlte, aber bestrittene Fallpauschale DRG A13F. Das Krankenhaus kodierte zu Recht OPS (2016) 8-98f.11, der diese Fallpauschale ansteuert. Entgegen der Auffassung der Krankenkasse erfüllte das Krankenhaus auch die **Strukturvoraussetzung der Verfügbarkeit einer Blutbank** im Sinne des OPS (2016) 8-98f. Lässt sich - wie hier - kein eindeutiges fachliches Verständnis des verwendeten Wortes ermitteln, ist aufgrund des Vorrangs der engen Wortauslegung dann der Begriffskern des Wortes maßgeblich, wie er sich nach **allgemeinem Sprachgebrauch** ergibt. Schon die interne Bevorratung und Ausgabe von Blut und Blutbestandteilen durch das klagende Krankenhaus erfüllt hiernach den Begriff der Blutbank. Es musste nicht über eine eigene transfusionsmedizinische Expertise verfügen.

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 durften. § 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 PrüfvV 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 1 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. Aufnahme in den Krankenhausplan: Geltung des fingierten Versorgungsvertrags

**SG Freiburg, Urteil v. 05.07.2021 - S 19 KR 1179/14**

**RID 21-04-55**

juris =ASR 2020, 67

**SGB V §§ 108, 109, 110, 111; KHG § 8**

**Leitsatz:** 1. Ein bei Aufnahme in den Krankenhausplan bereits bestehender Versorgungsvertrag tritt grundsätzlich nicht neben den **fingierten Versorgungsvertrag** nach § 109 Abs. 1 S. 2 SGB V, sondern wird durch den fingierten Vertrag ersetzt.

2. Es bedarf in diesen Fällen keiner **Kündigung** des bei Aufnahme in den Krankenhausplan bereits bestehenden **Versorgungsvertrags**.

Das **SG** wies die Klage ab.

## 2. Mindestmengenprognose: Zeitlicher Bezugspunkt der Zeitangabe

**SG Duisburg, Urteil v. 29.07.2021 - S 17 KR 65/18**

**RID 21-04-56**

juris

**SGB V § 136 IV**

Eine berechtigte **mengenmäßige Erwartung** liegt nach § 136b IV 4 SGB V in der Regel vor, wenn das Krankenhaus im vorausgegangenen Kalenderjahr die maßgebliche Mindestmenge je Arzt oder Standort eines Krankenhauses oder je Arzt und Standort eines Krankenhauses erreicht hat. Es ist bei der für das Jahr 2018 im Jahre 2017 zu stellenden Prognose auf die erbrachten Leistungen im Jahre 2016 abzustellen. **Bezugspunkt** der Zeitangabe ist das Jahr, in dem die Prognose zu stellen ist, und nicht das Jahr, für das die Prognose zu stellen ist, da zwischen dem vorausgegangenen und dem laufenden Kalenderjahr unterschieden wird und zunächst auf die Leistungsmenge aus dem vorausgegangenen Kalenderjahr abgestellt wird (LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 22.08.2019 - L 1 KR 196/19 B ER - RID 19-04-84, juris Rn. 24; LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 16.06.2020 - L 16 KR 64/20 - RID 20-04-98; SG Duisburg, Urt. v. 30.04.2020 - S 17 KR 2080/19 -).

Maßgeblicher Zeitpunkt für die Beurteilung der Sach- und Rechtslage in der vorliegenden Anfechtungskonstellation ist der **Zeitpunkt der letzten Behördenentscheidung**.

Die Beteiligten streiten über die Widerlegung einer Mindestmengenprognose für Leistungen „Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus“ und „Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas“ für das Kalenderjahr 2018. Das **SG** hob den angefochtenen Bescheid auf.

### 3. Vergütungsanspruch/Fälligkeit

#### a) Stationäre Behandlung: Tod des Patienten vor Aufnahme auf Station oder Intensivstation

LSG Rheinland-Pfalz, Urteil v. 09.07.2020 - L 5 KR 154/19

RID 21-04-57

*Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 34/21 R*

juris

SGB V §§ 39, 107, 109, 112

Die Behandlung in einem **Schockraum** ist dann der stationären Behandlung zuzurechnen, wenn der Patient zwar nicht in das Krankenhaus aufgenommen wird, in der **Rückschau** aber kein Zweifel besteht, dass eine Behandlung mit den **Mitteln eines Krankenhauses** notwendig ist. Dies ist der Fall, wenn der Patient drei Minuten nach Einlieferung und Durchführung einer Notfallbehandlung im Schockraum eines Krankenhauses verstirbt, sodass eine nach außen dokumentierte Aufnahme auf eine Station oder die Intensivstation nicht mehr erfolgen konnte.

*SG Speyer*, Ur. v. 26.06.2019 - S 6 KR 704/17 - wies die Klage ab, das *LSG* verurteilte die Bekl., an die Kl. 780,99 € nebst Zinsen zu zahlen.

#### b) Notwendigkeit stationärer psychotherapeutischer Behandlung (S 5-Behandlung)

LSG Sachsen-Anhalt, Urteil v. 24.06.2021 - L 6 KR 47/17

RID 21-04-58

juris

SGB V §§ 39 I 2, 40 II, 109 IV 3; KHG § 17b I 1; BPfIB §§ 1, 17 I 1; Psych-PV § 1 II

Haben die bisherigen Entzugsbehandlungen und die Betreuung in einer geschützten Wohnform zu einer Abstinenz geführt, muss auch berücksichtigt werden, dass neben der **Suchttherapie** die zugrundeliegenden **Diagnosen** wie Anpassungsstörungen, Störung des Sozialverhaltens bei vorhandenen sozialen Bindungen, kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen einer **intensiven Behandlung** bedürfen.

Die **Voraussetzungen der S5-Behandlung** nach der Anlage 1 zur Psych-PV enthält für psychiatrische Einrichtungen für Erwachsene eine inhaltliche Beschreibung der aufgabentypischen Schwerpunkte, um den Personalbedarf zu bemessen. Die Behandlungsbereiche definieren dabei keine Kriterien für die stationäre Behandlungsbedürftigkeit, sondern setzen diese vielmehr voraus und unterteilen lediglich für die Personalbedarfsberechnung nach Art und Schwere der Krankheit sowie nach dem Behandlungszielen und -mitteln (§ 4 Abs. 1 Psych-PV).

*SG Magdeburg*, Ur. v. 30.05.2017 - S 25 KR 497/12 - verurteilte die Bekl., die Vergütung für den stationären Aufenthalt des Versicherten vom 04.01. bis 29.03.2011 in Höhe von insgesamt 13.833,10 € nebst Zinsen zu zahlen, das *LSG* wies die Berufung zurück.

#### c) Operationen durch Nichtarzt

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 17.12.2020 - L 16 KR 128/18

RID 21-04-59

*Revision anhängig: B 1 KR 26/21 R*

juris

SGB V §§ 28, 39, 109 IV; BGB §§ 123, 280

Ein Krankenhaus verletzt seine Pflichten dadurch, dass es seiner Hauptverpflichtung zur operativen Versorgung durch einen **Arzt** nicht nachkommt, sondern eine Person einsetzt, deren **Approbation widerrufen** wurde, weil ihre Erteilung mittels einer gefälschten Urkunde unter Vorspiegelung falscher Tatsachen in betrügerischer Absicht rechtswidrig erwirkt worden war. Die Person nimmt keine ärztlichen Handlungen vor, sondern begeht Körperverletzungen. Infolge dieser Vertragsverletzungen entsteht der Krankenkasse ein **Schaden** in Höhe der Gesamtvergütung der jeweiligen Behandlungsfälle.

*SG Aachen*, Ur. v. 06.02.2018 - S 13 KR 114/17 - wies die Klage der Krankenkasse ab, das *LSG* verurteilte die bekl. Krankenhausträgerin, an die Kl. 31.595,44 € zu zahlen.

#### d) Neue Behandlungsmethode (Implantation von Lungencoils)

SG Koblenz, Urteil v. 23.06.2021 - S 8 KR 563/19

RID 21-04-60

juris

SGB V §§ 12 I, 39, 109, 112, 137c III; KHEntgG § 7 I Nr. 1

**Leitsatz:** 1. Nach der **Neuregelung des § 137c Abs. 3 SGB V** in der Gesetzesfassung vom 16.07.2015 durch das GKV-VSG (BGBl. I S. 1230) sowie der gesetzlichen Neuregelung in § 39 Abs. 1 Satz 3 SGB V in der Gesetzesfassung vom 19.12.2016 durch Art. 5 d. PsychVVG (BGBl. I S. 2986) lässt sich nach der überzeugenden Rechtsprechung des BSG im Urteil vom 25.03.2021 - B 1 KR 25/20 R - BSGE (vorgesehen) = SozR 4 (vorgesehen) die Anwendung **neuer Behandlungsmethoden** im stationären Bereich, wenn sie das Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative bieten und ihre Anwendung nach den Regeln der ärztlichen Kunst erfolgt, sie also insbesondere medizinisch indiziert und notwendig sind, nicht mehr generell von einer Vergütung ausschließen.

2. Die **Implantation von Lungencoils** stellt zumindest nach Vorlage des vom Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) veranlassten Abschlussberichts des „Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen“ (IQWiG) vom 07.02.2017, in dem dieses Gremium unter Berücksichtigung von randomisierten Studien die genannte Methode als empfehlenswert dargelegt hat, eine Behandlungsmethode mit dem Potential einer Behandlungsalternative dar.

3. Bei einer Versicherten mit einer COPD im Stadium IV und ausgeprägten Lungenemphysem ist von einer **schwerwiegenden Erkrankung** auszugehen, für die zum Eingriffszeitpunkt keine anerkannten wirksamen Behandlungsalternativen ersichtlich waren. Unter Berücksichtigung des Abschlussberichts des IQWiG ließe sich auch von Zivilgerichten nicht vertreten, dass die Krankenhausärzte gegen die Regeln der ärztlichen Kunst verstoßen hätten.

Das SG verurteilte die Bekl., an die Kl. einen Betrag in Höhe von 17.812,73 € nebst Zinsen für einen stationären Aufenthalt der Versicherten der Beklagten im Zeitraum vom 10.04. bis zum 14.04.2017 zu zahlen.

#### e) Off-Label-Use in Krankenhausbehandlung

LSG Hessen, Urteil v. 30.04.2020 - L 8 KR 354/17

RID 21-04-61

Revision zugelassen

juris

SGB V §§ 2 Ia, 39, 135, 137c

Es besteht kein Anspruch auf Zahlung eines in einer Fallpauschalenvereinbarung vereinbarten **Zusatzentgelts**, wenn die **Gabe des Arzneimittels** (hier: Diboterminalfa, Handelsbezeichnung InductOs®) im **Off-Label-Use** stattfindet, ohne dass die Voraussetzungen hierfür erfüllt sind. Dass das Arzneimittel im Rahmen einer stationär (im Krankenhaus) erbrachten Behandlungsmethode (i.S.d. § 137c SGB V) angewendet wird, ändert daran nichts.

Die **Revision** wird wegen grundsätzlicher Bedeutung der Rechtssache **zugelassen**, da bislang noch nicht höchstrichterlich entschieden worden ist, ob die Rechtsgrundsätze zum Off-Label-Use von (Fertig-)Arzneimitteln auch für die Arzneimittelversorgung bei Anwendung einer Behandlungsmethode (§§ 135, 137c SGB V) in der Krankenhausbehandlung gelten (§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG).

*SG Wiesbaden*, Urt. v. 30.08.2017 - S 18 KR 409/16 - juris verurteilte die Bekl., an die Kl. 2.950 € nebst Zinsen zu zahlen. Das LSG wies die Klage ab.

#### f) Kooperationsvereinbarung: Operationsteam in Räumlichkeiten des anderen Krankenhauses

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 02.06.2021 - L 5 KR 2088/19

RID 21-04-62

juris

SGB V §§ 108 Nr. 2, 109 IV 3, 112 II 1 Nr. 1, 136 I 1 Nr. 2; KHEntgG §§ 2 I 1, II, 7 I 1 Nr. 1; KHG § 17b I 1

**Leitsatz:** Werden aufgrund einer **Kooperationsvereinbarung** zweier Krankenhäuser Operationen von einem **Operationsteam** des einen Krankenhauses in den **Räumlichkeiten** des anderen Krankenhauses durchgeführt, handelt es sich um eine Krankenhausleistung i.S.d. § 2 Abs. 2 KHEntgG des Krankenhauses, in dessen Räumlichkeiten operiert wird.

*SG Stuttgart*, Urt. v. 23.05.2019 - S 15 KR 7110/15 - verurteilte die Bekl. zur Zahlung von 28.984,05 € nebst Zinsen, das LSG wies die Berufung zurück.



### g) Keine regelhafte Zuweisung einer Dialysebehandlung zum ambulanten Bereich

SG Speyer, Urteil v. 19.10.2020 - S 48 KR 1570/16

RID 21-04-63

juris

SGB V §§ 108 Nr. 2, 109 IV 3, 112 II 1 Nr. 1, 136 I 1 Nr. 2; KHEntgG §§ 2 I 1, II, 7 I 1 Nr. 1; KHG § 17b I 1

Nach der BSG-Rspr. ist bei Erkrankungen, die der **vertragsärztlichen - ambulanten - Versorgung** zugewiesen und nur im begründeten Ausnahmefall stationär zu erbringen sind, über die Angabe der Krankheit (§ 301 I Nr. 3 SGB V) hinaus auch eine Mitteilung darüber erforderlich, warum ausnahmsweise eine stationäre Behandlung erforderlich ist. Zwar kommen bei ambulanter Durchführung der streitigen **Dialysebehandlung** EBM-Ziffern in Betracht. Daraus folgt aber **keine regelhafte Zuweisung zum ambulanten Bereich**, denn es existiert für die erbrachte Leistung für den Fall der teilstationären Durchführung auch eine DRG. Ob die Dialyse in der Praxis vielfach ambulant durchgeführt wird, ist gleichfalls nicht entscheidend. Maßgeblich ist vielmehr, ob es für bestimmte Behandlungsformen Vorgaben durch medizinische Standards gibt und diesen entnommen werden kann, dass Maßnahmen hinsichtlich ihrer medizinischen Notwendigkeit ambulant oder teilstationär bzw. stationär durchzuführen sind. Darauf, ob ggf. in der medizinischen Praxis von diesem Standard (häufig) abgewichen wird, kann es insofern nicht ankommen (vgl. SG Braunschweig, Urt. v. 23.1.2018 - S 54 KR 370/14 - juris Rn. 19, RID 18-02-131).

Das SG wies die Klage der Krankenkasse gegen den Krankenhausträger ab.

### h) Vergütungsanspruch erst nach Genehmigung der Vergütungsvereinbarung

SG Neuruppin, Gerichtsbescheid v. 13.08.2021 - S 20 KR 311/19

RID 21-04-64

juris

SGB V §§ 39, 109 IV 3; KHEntgG §§ 7 Nr. 1, 9 I 1 Nr. 1, 15 II; KHG § 17b

Zwar werden gem. § 15 II 1 KHEntgG die für das Kalenderjahr krankenhausindividuell zu vereinbarenden Entgelte vom Beginn des neuen **Vereinbarungszeitraums** an erhoben. Wird die Vereinbarung indes nach diesem Zeitpunkt **genehmigt**, sind die Entgelte gemäß § 15 II 2 KHEntgG (erst) ab dem ersten Tag des Monats zu erheben, der auf die Genehmigung folgt.

Das SG wies die Klage ab.

### i) Änderung der Krankenhausrechnung auf niedrigeren Betrag

SG Darmstadt, Urteil v. 28.06.2021 - S 8 KR 629/19

RID 21-04-65

juris

SGB V § 109; BGB § 242

**Leitsatz:** 1. Die **Änderung der Krankenhausrechnung** durch das Krankenhaus auf Grund eines durch das Gericht eingeholten Gutachtens auf einen niedrigeren Betrag stellt keine Nachforderung dar.  
2. Eine **Nachforderung** ist gegeben, wenn jemand eine zusätzliche Forderung erhebt oder eine weitere nachträgliche Rechnung erstellt. Die Ersetzung einer höheren Rechnung durch eine Rechnung mit einem geringeren Betrag für den gleichen Behandlungsfall stellt keine Nachforderung, sondern die ursprüngliche Forderung dar.  
3. Eine **Verwirkung** ist nicht gegeben, sofern das Krankenhaus die ursprüngliche Forderung außer- und gerichtlich geltend gemacht hat, sodass die Krankenkasse nicht auf die nicht erfolgte Geltendmachung vertrauen durfte.

Das SG verurteilte die Bekl., an die Kl. einen Betrag in Höhe von 1.500,72 € zzgl. Zinsen zu zahlen.

## 4. Erstattung geleisteter Umsatzsteuer für Arzneimittel

SG Konstanz, Urteil v. 25.08.2021 - S 1 KR 1/20

RID 21-04-66

juris

SGB V § 69; BGB §§ 157, 823 I

**Leitsatz:** Eine Krankenkasse kann nicht nach **ergänzender Vertragsauslegung** oder als **Schadenersatz** von einem Krankenhaus **Erstattung geleisteter Umsatzsteuer** für die Verordnung

bzw. Abrechnung von Fertigarzneimitteln im Zeitraum 1. Januar 2009 bis 31. Dezember 2018 verlangen. Die umsatzsteuerrechtliche Lage ist nicht derart geklärt, dass ein ermäßigter Umsatzsteuersatz hinreichend feststeht und das Krankenhaus etwaige zu viel bezahlte Umsatzsteuer risikolos von der Steuerverwaltung zurückverlangen könnte.

Das SG wies die Klage der Krankenkasse gegen den Krankenhausträger ab.

## 5. Fallpauschalen

### a) Umfang der Dokumentationspflicht (Diabetes mellitus I)

SG Darmstadt, Urteil v. 23.08.2021 - S 8 KR 361/20

RID 21-04-67

juris

SGB V § 109; KHEntgG §§ 7, 9

**Leitsatz:** 1. Bei der **Dokumentation** im Rahmen einer **Fallkonferenz** darf auf medizinisches Vorwissen zurückgegriffen werden, sodass bei der Dokumentation bei der Behandlung eines **Diabetes mellitus I** die Vorgabe „Insulin anpassen“ ausreichend konkret und patientenbezogen ist. Bei dem angestrebten Normalwert bzw. Korridor handelt es sich um medizinisches Vorwissen, welches ein Krankenhaus voraussetzen darf.

2. Bei der Verwendung von **allgemeinen Formulierungen bzw. Globalzielen** müssen im Rahmen der Beurteilung einer ausreichenden Dokumentation die bereits erreichten und in der Fallkonferenz dokumentierten Behandlungsergebnisse Berücksichtigung finden. Ergibt sich im Zusammenspiel von Behandlungsergebnissen und -zielen, dass es sich um konkrete und patientenbezogenen Behandlungsziele handelt, sind diese ausreichend dokumentiert.

3. Je medizinisch komplexer die Behandlung ist, umso **konkreter und umfassender** müssen die Behandlungsziele dokumentiert werden.

Das SG verurteilte die Bekl., an die Kl. einen Betrag i. H. v. 1.848,44 € zzgl. Zinsen zu zahlen.

### b) Neue Behandlungsmethode

#### aa) Wirbelsäulenoperation: Gabe von Diboterminalfa ohne einen LT-Cage

LSG Hessen, Urteil v. 30.04.2020 - L 8 KR 339/17

RID 21-04-68

juris

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

Die **Gabe von Diboterminalfa** (Handelsbezeichnung InductOs®) darf nur mit einem **LT-Cage** angewendet werden. Bei der Gabe mit einem anderen Cage handelt es sich um einen **Off-Label-Use**. Aus rechtlicher Sicht kommt es für das Vorliegen eines Off-Label-Use weder auf die Verfügbarkeit des LT-Cage (in Deutschland) noch darauf an, ob andere Cages dem LT-Cage nach ärztlicher Einschätzung gleichwertig oder gar überlegen sind. Maßstab für die zulassungskonforme oder zulassungsüberschreitende Anwendung eines Arzneimittels ist die arzneimittelrechtliche Zulassung. Diese kann außerhalb des arzneimittelrechtlichen Verwaltungsverfahrens auch dann nicht erweitert werden, wenn die zulassungsüberschreitende Anwendung des Arzneimittels in der Ärzteschaft befürwortet und für unbedenklich erachtet wird (LSG Baden-Württemberg, Ur. v. 31.01.2018 - L 5 KR 2399/16 - juris Rn. 35, RID 18-02-126). Die Anwendung des Arzneimittels Diboterminalfa im Rahmen einer **stationär** (im Krankenhaus) erbrachten ärztlichen Behandlungsmethode (i.S.d. §§ 135, 137c SGB V) ändert daran nichts.

Die Aufbringung von Diboterminalfa im Zuge der Wirbelsäulenoperation kann der bloßen Arzneimittelgabe durch Injektion oder Infusion oder der (schlichten) Einnahme eines Arzneimittels nicht gleichgesetzt werden. Bei der Arzneimittelversorgung durch (reine) Pharmakotherapie richtet sich der Patientenschutz allein nach den Maßgaben des Arzneimittelrechts, bei der **Arzneimittelversorgung durch ärztliche Behandlungsmethode** für gesetzlich Versicherte zusätzlich nach den Maßgaben des gesetzlichen Krankenversicherungsrechts.

**SG Wiesbaden**, Ur. v. 30.08.2017 - S 18 KR 625/15 - juris verurteilte die Bekl., an die Kl. 2.950 € nebst Zinsen zu zahlen. Das **LSG** wies die Klage ab.

## bb) Renale Denervation

LSG Hessen, Urteil v. 24.06.2021 - L 8 KR 222/19

RID 21-04-69

juris

SGB V §§ 2 I 3 u. Ia, 39, 109 IV 3, 135 I; KHEntgG §§ 6 II, 11; KHG § 18 II

Im September 2013 wurde die **neue Behandlungsmethode** der **renalen Denervation** zur Regulierung von Bluthochdruck-Erkrankungen nicht von einer großen Mehrheit der hiermit konfrontierten Ärzte und Wissenschaftler befürwortet und bestand kein Konsens über die Zweckmäßigkeit dieser Therapie.

*SG Fulda*, Urt. v. 14.02.2019 - S 4 KR 77/15 - juris verurteilte die Bekl., an die Kl. 4.527,91 € nebst Zinsen zu zahlen und wies die Klage im Übrigen ab. Das *LSG* wies die Klage insgesamt ab.

## c) Grundkrankheit Multiple Sklerose/Spastik als Symptom

LSG Sachsen-Anhalt, Urteil v. 22.04.2021 - L 6 KR 91/18

RID 21-04-70

juris

SGB V § 109 IV 3

**Leitsatz:** 1. Die **Grundkrankheit Multiple Sklerose** scheidet als Hauptdiagnose i.S.v. Abschnitt D002f der Deutschen Kodierrichtlinien 2012 gegenüber einer **Spastik** als **Symptom** aus, wenn eine denkbare Beeinflussung auch der Grundkrankheit nicht Gegenstand wissenschaftlich fundierter Therapie ist.

2. Eine **Behandlung der Grundkrankheit** i.S.v. Abschnitt D002f der Deutschen Kodierrichtlinien 2012 liegt nicht im Unterbleiben einer Unterbrechung einer vor und nach dem stationären Aufenthalt auf Dauer durchgeführten medikamentösen Basistherapie.

*SG Halle*, Urt. v. 12.06.2018 - S 17 KR 448/13 - verurteilte die Bekl. antragsgemäß, das *LSG* wies die Berufung der Bekl. unter Neufassung des Tenors zurück.

## d) Fallzusammenführung: Neuregelung ab 2019

SG Aachen, Urteil v. 12.08.2021 - S 13 KR 345/20

RID 21-04-71

juris

KHEntgG § 8 V 3

Dass die vertraglich oder gesetzlich bestimmten Fälle einer **Fallzusammenführung** abschließend sind und insb. aus Gründen des Wirtschaftlichkeitsgebotes **nicht erweitert** werden dürfen, hat der Gesetzgeber mit dem mit Wirkung ab 01.01.2019 geschaffenen § 8 V 3 KHEntgG klargestellt (vgl. LSG Hamburg, Urt. v. 25.02.2021 - L 1 KR 114/19 - RID 21-02-114, Revision anhängig: B 1 KR 14/21 R).

Das *SG* verurteilte die Bekl., der Kl. 1.609,10 € nebst Zinsen zu zahlen.

## e) Abrechnung einer Reoperation

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 24.06.2021 - L 16 KR 246/20

RID 21-04-72

*Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 80/21 B*

juris

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

Handelt es sich um eine **Wiedereröffnung des Operationsgebietes** zur Behandlung einer Komplikation bzw. zur Durchführung einer anderen Operation in diesem Operationsgebiet und damit um eine **Reoperation** und enthält der in Bezug auf das betroffene Organ (hier: Pharynx) maßgebliche OPS (2015) (hier: 5-299) hierfür keinen spezifischen Code, ist die durchgeführte Operation nach DKR P013k zusammen mit einem Code für die Reoperation anzugeben. Dabei ist nach dem eindeutigen Wortlaut der DKR P013k lediglich für die erste Operation ein Code und für den zweiten Eingriff ein Reoperations-Code und nicht ein weiterer Code mit zusätzlichem Code für die Reoperation anzugeben, denn insoweit wird zwischen der durchgeführten Operation und der Reoperation unterschieden.

*SG Detmold*, Urt. v. 26.02.2020 - S 5 KR 762/16 - gab der Widerklage statt, das *LSG* wies die Berufung der Kl. zurück.

## f) Multimodale Schmerztherapie: Aufnahmeuntersuchung keine ärztliche Visite

SG Reutlingen, Urteil v. 14.07.2021 - S 1 KR 2484/19

RID 21-04-73

juris

SGB V § 109 IV 3; KHEntgG § 17b

Die **Aufnahmeuntersuchung** stellt keine **ärztliche Visite** im Sinne der **multimodalen Schmerztherapie** nach OPS-Kodes 8-918.00 dar. Bei ihr fehlt das bei der Visite enthaltene Moment der Überprüfung des bisherigen Behandlungsverlaufes.

Das SG wies die Klage ab.

## g) Schmerzunterhaltende psychische Begleiterkrankung

SG Dortmund, Urteil v. 06.08.2021 - S 83 KR 1759/20

RID 21-04-74

juris

SGB V § 69 I; BGB § 389

**Leitsatz:** Die Diagnose F45.41 stellt im (kodier)rechtlichen Sinne eine **schmerzunterhaltende psychische Begleiterkrankung** im Sinne der OPS-Ziffer 8-918.10 dar.

Das SG verurteilte die Bekl., an den Kl. 1.413 € nebst Zinsen zu zahlen.

## h) Intensivmedizinische Komplexbehandlung

### aa) Anwesenheit der Behandlungsleitung

SG München, Urteil v. 07.07.2021 - S 15 KR 3608/19

RID 21-04-75

juris

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

Für die **intensivmedizinische Komplexbehandlung** (OPS 8-980) bedarf es bereits nach dem Wortlaut des OPS keinesfalls einer ständigen, 24-stündigen Anwesenheit der Behandlungsleitung. Es reicht, wenn ein leitender Arzt mit der Zusatzweiterbildung „Intensivmedizin“ die Geschicke der Intensivabteilung lenkt; andernfalls wäre im OPS die Notwendigkeit einer fortwährenden Behandlungsleitung - auch nachts und am Wochenende - anzugeben. Eine an Wochenenden und Feiertagen gegebene Rufbereitschaft eines leitenden Arztes ist eine überobligatorische Anstrengung.

Das SG verurteilte die Bekl., an die Kl. 95.448,01 € nebst Zinsen zu zahlen.

### Parallelverfahren:

SG München, Urteil v. 07.07.2021 - S 15 KR 3643/19

RID 21-04-76

juris

### bb) Ständige ärztliche Anwesenheit/Personalschlüssel

SG Düsseldorf, Urteil v. 26.04.2021 - S 30 KR 2131/19

RID 21-04-77

juris

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

Bei der wortgetreuen Anwendung des Kodes 8-980 kann von einer **ständigen ärztlichen Anwesenheit** gemäß dem zweiten Mindestmerkmal nicht gesprochen werden, wenn ein Arzt auf der Intensivstation nicht durchgehend anwesend ist. Soweit in den Auslegungshinweisen des DIMDI der Arzt die Intensivstation auch verlassen kann, wenn er nur innerhalb kürzester Zeit handlungsfähig am Patienten ist, ist zugleich in den Erläuterungen geregelt, dass eine ständige Anwesenheit dann nicht anzunehmen ist, wenn der Arzt neben dem Dienst auf der Intensivstation gleichzeitig an anderer Stelle weitere Aufgaben übernehmen muss, wie etwa, eine Normalstation zu betreuen (vgl. bereits LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 10.07.2019 - L 10 KR 538/15 - RID 19-04-97).

Der OPS 8-980 enthält keine konkreten Regelungen bzgl. des **ärztlichen Personalschlüssels**.

**Behandlungsleitung** meint insoweit nur, dass ein Facharzt mit der Weiterbildung Intensivmedizin die medizinische Verantwortlichkeit trägt, diese aber durchaus zeitlich temporär abdelegieren kann.

Das SG verurteilte die Bekl., an die Kl. 7.324,64 € nebst Zinsen zu zahlen.

### cc) 24-stündige Verfügbarkeit des Verfahrens Interventionelle Kardiologie mit Akut-PTCA

LSG Hessen, Teilurteil v. 30.01.2020 - L 8 KR 32/19

RID 21-04-78

juris

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

Die **aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung** setzt eine 24-stündige Verfügbarkeit des Verfahrens Interventionelle Kardiologie mit Akut-PTCA voraus. Es reicht nicht aus, lediglich entsprechende Räumlichkeiten und Geräte vorzuhalten. Zur Durchführung interventioneller kardiologischer Verfahren bedarf es nach OPS 8-98f.41 zusätzlich eines **Kardiologen**, der 24 Stunden „im eigenen Klinikum“ verfügbar ist. Es reicht nicht aus, lediglich auf Kardiologen eines anderen Krankenhauses zurückzugreifen, die nach dem geschlossenen Kooperationsvertrag innerhalb von 30 Minuten zur Verfügung stehen.

*SG Frankfurt a.M.*, Urt. v. 17.12.2018 - S 28 KR 105/16 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück. *BSG*, Beschl. v. 17.05.2021 - B 1 KR 15/20 B - juris verwarf die Nichtzulassungsbeschwerde als unzulässig.

### i) Beatmung

#### aa) Ende der maschinellen Beatmung

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 25.03.2021 - L 16 KR 221/19

RID 21-04-79

juris

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

Findet keine **maschinelle Beatmung** (hier: länger als 36 Stunden) statt, tritt nach dem eindeutigen und allein maßgeblichen Wortlaut der DKR (2014) 10011 eine **stabile respiratorische Situation** ein und ist die **Beatmung beendet**. Dass eine solche in der Folgezeit möglicherweise nicht mehr vorliegt, vermag nichts daran zu ändern, dass die Entwöhnung vom Respirator zunächst mit der Folge beendet ist, dass nur im Falle erneuter Ge- und Entwöhnung sämtliche Beatmungsstunden berücksichtigungsfähig sind.

Ein Krankenhaus kann nur dann, wenn sich der Patient an die maschinelle Beatmung gewöhnt hat und dadurch seine Fähigkeit eingeschränkt ist, vollständig und ohne maschinelle Unterstützung spontan atmen zu können, eine Methode der Entwöhnung einsetzen; nur dann wird der Patient im Sinne der DKR 10011 entwöhnt (vgl. *BSG*, Beschl. v. 14.10.2019 - B 1 KR 85/18 B - juris Rn. 7 m.w.N.).

Die Beteiligten streiten um Krankenhausvergütung in Höhe von 34.019,38 €. *SG Köln*, Urt. v. 21.11.2018 - S 9 KR 2053/16 - gab der Klage statt, das *LSG* wies die Klage ab.

#### bb) Zielgerichtete Entwöhnungsbehandlung

SG Bremen, Urteil v. 05.07.2021 - S 54 KR 363/17

RID 21-04-80

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. Bei der **Beatmung** mit einem **Maskensystem** sind **beatmungsfreie Intervalle** nach dem Wortlaut und Regelungssystem der Deutschen Kodierrichtlinien für das Jahr 2013 nicht grundsätzlich, sondern nur während der Dauer der Entwöhnung der Berechnung der Beatmungsdauer hinzuzuzählen.

2. Eine **Entwöhnung** setzt nach der ständigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (Urt. v. 19.12.2017 - B1 KR 18/17 R - SozR 4-5562 § 9 Nr. 8; Urt. v. 30.07.2019 - B 1 KR 13/18 R - SozR 4-5562 § 9 Nr. 13; Urt. v. 17.12.2019 - B 1 KR 19/19 R - SozR 4-5562 § 9 Nr. 15, juris Rn. 18; Urt. v. 17.12.2020 - B 1 KR 13/20 R - KRS 2021, 212, juris) schon begrifflich eine zuvor erfolgte Gewöhnung an die maschinelle Beatmung voraus, also die Beeinträchtigung der Fähigkeit zur Spontanatmung aufgrund der behandelten Erkrankung und/oder durch eine Schwächung der Atemmuskulatur infolge der Beatmung.

3. Eine **zielgerichtete Entwöhnungsbehandlung** ist anzunehmen, wenn eine Tendenz zur Ausweitung der eigenständigen Atmung erkennbar ist und sich in dieser Veränderung der Beatmungsintervalle das Behandlungsziel manifestiert, dem Patienten mit der Beatmungsunterbrechung nicht mehr nur oder vorrangig die Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme zu ermöglichen, sondern ihn von der Beatmung zu befreien.

Das *SG* verurteilte die Bekl., an die Kl. 19.061,56 € nebst Zinsen sowie eine Aufwandspauschale von 300 € zu zahlen.

#### j) Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Logopäd. Diagnostik keine Therapieeinheit

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 16.02.2021 - L 16 KR 193/17

RID 21-04-81

juris

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

Die **Befunderhebung im Bereich Logopädie** ist bereits nach dem Wortlaut keine **Therapieeinheit**, jedenfalls wenn es sich um ein logopädisches Screening (logopädische Diagnostik) handelt, bei dem ein völlig unauffälliger Befund erhoben wird und die Notwendigkeit einer logopädischen Behandlung (also einer Therapie) als nicht erforderlich dokumentiert wird.

Die Beteiligten streiten um die Vergütung einer stationären Krankenhausbehandlung, wobei vorliegend die Abrechenbarkeit der Prozedur OPS 8-550.1 (geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: mindestens 14 Behandlungstage und 20 Therapieeinheiten) streitbefangen ist. *SG Braunschweig*, Urt. v. 27.03.2017 - S 54 KR 331/15 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück. *BSG*, Beschl. v. 28.07.2021 - B 1 KR 31/21 B - juris verwarf die Nichtzulassungsbeschwerde als unzulässig.

#### k) Gabe von Apherese-Thrombozytenkonzentraten

SG Kassel, Urteil v. 22.07.2021 - S 8 KR 94/17

RID 21-04-82

juris

SGB V §§ 275 I c 2, 276, 301

Ob ein **Ausnahmefall** zur Gabe von **Apherese-Thrombozytenkonzentraten** vorliegt, ist nicht im Nachhinein und nach Ablauf der Prüffristen des § 275 I c SGB V von dem Krankenhaus darzulegen und zu **beweisen**. Vielmehr obliegt es der Krankenkasse darzulegen und zu beweisen, dass die Voraussetzungen für den behaupteten Erstattungsanspruch vorliegen.

Das *SG* verurteilte die Bekl., an die Kl. einen Betrag i.H.v. 2.399,20 € nebst Zinsen zu zahlen.

#### l) Hüftoperation: Kodierung der Nebendiagnosen

LSG Sachsen, Urteil v. 24.03.2021 - L 1 KR 19/17

RID 21-04-83

juris

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

**Leitsatz:** Für den Abriss des Trochanter major beim **Einsetzen des Hohmann-Hakens** zu Beginn der **Hüftoperation** ist wegen des im Jahr 2012 maßgeblichen Wortlauts die Diagnose M96.6 nach der ICD-10-GM 2012 nicht zu kodieren.

*SG Leipzig*, Urt. v. 14.12.2016 - S 3 KR 449/14 - verurteilte die Bekl., an die Kl. 4.375,11 € nebst Zinsen zu zahlen. Das *LSG* wies die Klage ab.

#### m) Infektion nach Eingriff als Nebendiagnose (Verdachtsdiagnose)

LSG Mecklenburg-Vorpommern, Urteil v. 05.08.2021 - L 6 KR 116/16

RID 21-04-84

juris

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

**Leitsatz:** Im Falle eines mikrobiologischen Keimnachweises aus dem Operationsgebiet ist auch ohne Nachweis einer konkreten Wirtsreaktion die Kodierung von **T81.4 (Infektion nach einem Eingriff)** als **Nebendiagnose** (Verdachtsdiagnose) gerechtfertigt, wenn eine spezifische, von allgemeinen prophylaktischen Maßnahmen abgrenzbare antibiotische Behandlung erfolgt ist.

*SG Rostock*, Urt. v. 08.09.2016 - S 18 KR 175/14 - verurteilte die Bekl., an die Kl. 1.720,12 € nebst Zinsen zu zahlen, das *LSG* korrigierte das SG-Urteil im Zinsauspruch und wies im Übrigen die Berufung zurück.

## n) Kodierung einer Aortenklappenstenose bei angeborener bikuspidaler Aortenklappe

LSG Hamburg, Urteil v. 24.06.2021 - L 1 KR 59/20

RID 21-04-85

Revision anhängig: B 1 KR 31/21 R

juris

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

Den Beschlüssen des BSG v. 19.03.2020 - B 1 KR 65/19 B, B 1 KR 67/19 B u. B 1 KR 69/19 B - juris zur Kodierung einer Aortenklappenstenose bei angeborener bikuspidaler Aortenklappe ist zu folgen.

SG Hamburg, Urt. v. 25.02.2020 verurteilte die Bekl., an die Kl. 2617,54 € nebst Zinsen zu zahlen, das LSG wies die Berufung zurück.

## o) Kodierung der Diagnose „Akutes Nierenversagen“ bei Exsikkose

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 30.06.2021 - L 5 KR 4252/18

RID 21-04-86

juris

SGB V §§ 39, 109; KHEntgG §§ 7, 9, 11

**Leitsatz:** Der Kodierung der Diagnose N17 - **Akutes Nierenversagen** - nach ICD 10 GM Version 2016 steht nicht entgegen, dass der Versicherte im Zeitpunkt der Aufnahme in die Klinik exsikkiert war. Der in der Vorschrift genannte Klammerzusatz „adäquate Flüssigkeitszufuhr vorausgesetzt“ bezieht sich allein auf die letzte Variante der Definition (Abfall der Diurese).

SG Freiburg, Urt. v. 25.10.2018 - S 13 KR 1004/18 - verurteilte die Bekl., an die Kl. 1.038,64 € nebst Zinsen zu zahlen. Das LSG wies die Berufung zurück.

## p) „Angeborene“ infektiöse oder parasitäre Krankheit

SG Aachen, Urteil v. 28.04.2021 - S 1 KR 431/18

RID 21-04-87

juris

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

Das Attribut „angeboren“ in OPS (2014) P37.9 (Angeborene infektiöse oder parasitäre Krankheit, nicht näher bezeichnet) bedeutet „zum Zeitpunkt der Geburt vorhanden“, d.h. angeborene, biologisch prädestinierte Merkmale, Krankheiten oder Defizitsyndrome sind kongenital, d.h. durch Schädigung bzw. Fehlerhaftigkeit des genetischen Materials entstanden, oder konnatal, also intrauterin (in utero) oder während des Geburtsvorgangs durch äußere Noxen entstanden. Dieser Definition folgend kommt es nicht darauf an, wann und insofern insb., ob während der Perinatalperiode „Zeichen“ einer Neugeborenen-Infektion erkannt worden sind. Die Unterscheidung ist allein danach zu treffen, ob die Infektion zum Zeitpunkt der Geburt vorhanden war oder nicht, d.h. der epidemische Grundvorgang zum Zeitpunkt des Austritts oder der Entwicklung des Kindes aus dem Mutterleib im Rahmen einer Spontangeburt, vaginal-operativen Geburt oder (wie vorliegend) Kaiserschnittgeburt vollendet war. Dann liegt eine angeborene Infektion im Gegensatz zu einer sog. nosokominalen Infektion vor, die erst nach der Geburt im Zuge eines Aufenthalts oder einer Behandlung in dem Krankenhaus auftritt.

Die Beteiligten streiten über die Vergütung einer stationären Krankenhausbehandlung und insofern insb. über den Umfang berücksichtigungsfähiger Beatmungsstunden. Das SG verurteilte auf Klage der Krankenkasse die bekl. Krankenhausträgerin, an die Kl. 13.279,36 € nebst Zinsen zu zahlen.

## q) Hauptdiagnose-Kode: Lymphomerkkrankung (Non-Hodgkin-Lymphom/Phlegmone)

LSG Hamburg, Urteil v. 26.08.2021 - L 1 KR 30/21

RID 21-04-88

juris

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

Die speziellen Kodierrichtlinien - hier 02011 - bezwecken im Zusammenspiel mit den allgemeinen die Klärung besonderer Fallkonstellationen. Nach der Deutschen Kodierrichtlinie 2014, 02 Neubildungen 02011 hängt die **Reihenfolge der Codes** von der Behandlung während des betreffenden Krankenhausaufenthaltes ab. Erfolgt die Aufnahme zur Diagnostik/Behandlung des primären Malignoms, ist das primäre Malignom als Hauptdiagnose-Kode zuzuweisen.

Beruhet die Aufnahme in die stationäre Behandlung jedoch nicht auf der **Lymphomerkkrankung (Non-Hodgkin-Lymphom <NHL>)**, sondern auf der **Phlegmone**, die zwar als Folge des durch die Erkrankung und darauf beruhender Therapie mit der Folge der steroidrefraktäre Graft-versus-Host Krankheit (GvHD) in einem geschwächten Immunsystem der Patientin möglicherweise leichter Platz finden konnte, bleibt es allenfalls bei einer nur mittelbaren Verursachung durch die Krankheit bzw. der darauf erfolgenden therapeutischen Behandlung (allogene Stammzelltherapie) mit der Folge der GvHD bei der Versicherten. Der Verursachungszusammenhang erfordert jedoch eine engere Verknüpfung.

Das *SG* wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

## r) Rituximab als Zusatzentgelt im Off-Label-Use bei autoimmunologischem Schleimhautpemphigoid

**LSG Hamburg, Urteil v. 24.06.2021 - L 1 KR 69/20 ZVW**

**RID 21-04-89**

juris

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

Nach den neuen Ausführungen des medizinischen Sachverständigen ist es nicht mehr erforderlich, maßgeblich auf die mittelbaren Folgen der Erkrankung des Versicherten abzustellen, was vom BSG als Absenkung der Anforderungen an eine notstandsähnliche Situation angesehen wurde und maßgeblich die Zurückverweisung der Sache begründet hat. Denn der Sachverständige hat zur **Substantiierung des Letalitätsrisikos** mit der Anknüpfung an den für Verbrennungen entwickelten sog. **ABSI-Score** eine Möglichkeit geschaffen, das Letalitätsrisiko auf der Grundlage eines anerkannten Maßstabs auf eine ganzheitliche Art und Weise zu bewerten. Dabei ist für den Senat kein nachvollziehbarer Grund ersichtlich, diesen Vergleich nicht zuzulassen. Denn sowohl bei dem vorliegenden Schleimhautpemphigoid als auch bei einer Verbrennung ist es die großflächige Schädigung der Haut, die das Risiko einer tödlichen Entwicklung der Erkrankung beschreibt. Wenn nun für den Bereich der Verbrennung hier ein anerkanntes System der Risikobewertung geschaffen worden ist, drängt es sich geradezu auf, dieses auf den vorliegenden Fall zu übertragen, für den es aufgrund der Seltenheit der Erkrankung keine derartige Erkenntnisgrundlage gibt.

*SG Hamburg*, Ur. v. 14.01.2016 - S 48 KR 2308/13 - wies die Klage ab, *LSG Hamburg* Ur. v. 03.05.2018 - L 1 KR 19/16 - RID 18-03-147 verurteilte die Bekl. zur Zahlung von 6.706,80 € nebst Zinsen. *BSG*, Ur. v. 19.03.2020 - B 1 KR 22/18 R - KRS 2020, 336 verwies den Rechtsstreit zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an den Senat zurück. Das *LSG* verurteilte die Bekl. erneut zur Zahlung von 6.706,80 € nebst Zinsen.

## 6. Aufwandspauschale

### a) Fehlende Angaben und Einschaltung des MDK

**SG Hamburg, Urteil v. 22.06.2021 - S 50 KR 65/20**

**RID 21-04-90**

juris

**SGB V a.F. § 275 Ic**

Die Krankenhäuser sind nach der BSG-Rspr. entsprechend dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ dazu verpflichtet, im Rahmen des § 301 I 1 Nr. 3 SGB V **Angaben** dazu zu machen, warum **eine im Regelfall ambulant durchführbare Versorgung** im konkreten Einzelfall stationär vorgenommen worden ist. Bei Zweifeln an der Behandlungsnotwendigkeit müssten die Krankenkassen den MDK einschalten. Solche Zweifel an der Behandlungsnotwendigkeit müsse eine Krankenkasse bei einer in der Regel ambulant durchführbaren Versorgung aus Rechtsgründen notwendigerweise haben, wenn sie vom Krankenhaus keine Angaben dazu erhalten hat, warum im abgerechneten Einzelfall gleichwohl eine stationäre Behandlung notwendig gewesen sein soll (vgl. zu allem: BSG, Ur. v. 21.03.2013 - B 3 KR 28/12 R - SozR 4-2500 § 109 Nr. 29).

Der BSG-Rspr. ist keineswegs zu entnehmen, dass die Krankenkassen das Risiko der Zahlung der Aufwandspauschale zu tragen haben, wenn sie im Falle des **Fehlens einer Begründung** der stationären Behandlungsnotwendigkeit die Rechnung nicht wegen mangelnder Fälligkeit zurückweisen, sondern wegen Zweifeln an der stationären Behandlungsbedürftigkeit den **MDK einschalten**. Eine solche Sichtweise würde vielmehr der eindeutigen Wertung des BSG



widersprechen, dass die Krankenkassen das Kostenrisiko hinsichtlich der Aufwandspauschale gerade nicht tragen sollen, wenn ein Krankenhaus bei ihm verfügbare und für die Prüfung der Abrechnung erforderliche Informationen nicht weitergibt (BSG, aaO.).

Die Beteiligten streiten über die Zahlung der Aufwandspauschale nach Rechnungsprüfung durch den MDK in sechs Fällen. Das *SG* wies die Klage ab.

## b) Entscheidend allein die fehlende Minderung des Abrechnungsbetrages

**SG Duisburg, Urteil v. 22.10.2020 - S 17 KR 306/20**

RID 21-04-91

juris  
SGB V a.F. § 275 Ic

Aus dem Umstand, dass § 275 Ic SGB V auch in der ab dem 01.01.2016 geltenden Fassung entsprechende Einschränkungen oder Klarstellungen nicht enthält, ist darauf zu schließen, dass es nicht darauf ankommt, welche Umstände Anlass zur Einleitung des Prüfverfahrens geben, sondern **(nur) die fehlende Minderung des Abrechnungsbetrages entscheidend** ist (vgl. SG Hannover, Urt. v. 17.11.2017 - S 86 KR 305/17 - RID 18-01-127; SG Trier, Urt. v. 09.02.2017 - S 1 KR 116/16 - RID 17-03-212).

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

## c) Kenntnis von fehlenden Abrechnungsvoraussetzungen/Strukturanalyse

**LSG Hamburg, Urteil v. 24.06.2021 - L 1 KR 2/21**

RID 21-04-92

Revision anhängig: B 1 KR 32/21 R

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

An LSG Hamburg, Urt. v. 24.09.2020 - L 1 KR 52/20 - RID 21-01-135, Revision anhängig: B 1 KR 36/20 R wird festgehalten.

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

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

*SG Hamburg*, Gerichtsbb. v. 23.11.2020 - S 21 KR 1590/19 - RID 21-01-149 verurteilte die Bekl., an die Kl. 300 € nebst Zinsen zu zahlen, das *LSG* wies die Berufung zurück.

## d) Abgabe eines Anerkenntnisses

**SG Hildesheim, Urteil v. 05.03.2020 - S 40 KR 67/17**

RID 21-04-93

Berufung zugelassen  
juris  
SGB V a.F. § 275 Ic

**Leitsatz:** Der Anspruch auf Zahlung einer **Aufwandspauschale** entsteht auch in den Fällen, in denen nach rechtskräftigem Abschluss eines Klageverfahrens feststeht, dass der Rechnungsbetrag nicht zu mindern war. Die Zahlung der Aufwandspauschale wird bei **Abgabe eines Anerkenntnisses** in Bezug auf die Vergütungshöhe mit Eingang der entsprechenden Erklärung bei Gericht fällig.

Das *SG* verurteilte die Bekl., an die Kl. einen Betrag in Höhe von 300 € nebst Zinsen zu zahlen und wies darüber hinaus die Klage ab.

## VIII. Beziehungen zu Leistungserbringern und Arzneimittelherstellern

Nach BSG, Urt. v. 12.08.2021 - **B 3 KR 3/20 R** - ist das **Nutzenbewertungsverfahren** nach § 35a SGB V nicht als Amtsermittlungsverfahren ausgestaltet, sondern wird wesentlich gesteuert durch die Anträge und das Vorbringen des pharmazeutischen Unternehmens. Die Nutzenbewertung erfolgt „auf Grund von Nachweisen“ des Unternehmens u.a. zum Zusatznutzen des neuen Wirkstoffs gegenüber der zweckmäßigen Vergleichstherapie (§ 35a Abs. 1 Satz 3 SGB V, § 2 Abs. 4 AM-NutzenV). Dem entsprechend obliegt es allein dessen Entscheidung und nicht der Einschätzung des GBA, ob ein Zusatznutzen eines neuen Wirkstoffs für alle zugelassenen Anwendungsgebiete oder beschränkt für einzelne Patientengruppen festgestellt werden soll. Hinter der Erklärung des Unternehmens und dem damit verbundenen

Bewertungsauftrag darf der **GBA** schon deshalb nicht zurückbleiben, weil ansonsten der Anspruch des pharmazeutischen Unternehmens verkürzt würde, nach einem den Zusatznutzen feststellenden Beschluss eine höhere Vergütung für das gesamte im Dossier bezeichnete Anwendungsgebiet beanspruchen zu können. Umgekehrt ist es dem GBA in dem vom **Beibringungsgrundsatz** geprägten Nutzenbewertungsverfahren nicht aufgegeben, die vom pharmazeutischen Unternehmen vorgelegten Nachweise von Amts wegen darauf zu überprüfen, ob ggfs. für Subgruppen des Anwendungsgebiets ein Zusatznutzen festgestellt werden könnte. Gestützt darauf ist der **Schiedsspruch** der Bekl. rechtlich ebf. **nicht zu beanstanden**. Maßgebend dafür ist die Sach- und Rechtslage zum **Zeitpunkt des Schiedsspruchs**. Bestimmen die Vertragsparteien den Erstattungsbetrag nach § 130b SGB V ausschließlich selbst, kann dessen Änderung vorbehaltlich eines besonderen Anlasses i.S. von § 59 SGB X nicht vor Ablauf der ordentlichen Kündigungsfrist von mindestens einem Jahr verlangt werden (§ 130b Abs. 7 Satz 1 SGB V). Daran ändert nichts, dass streitig gebliebene Teile einer Erstattungsbetragsvereinbarung von der Schiedsstelle nach § 130b Abs. 4 Satz 1 SGB V durch vertragsgestaltenden Verwaltungsakt festgesetzt werden. Davon bleibt nach der gesetzlichen Konzeption die (Mindest-)Laufzeit auch einer - insgesamt oder partiell - durch Schiedsspruch ersetzten Erstattungsbetragsvereinbarung unberührt, was der **Anwendung von § 48 SGB X keinen Raum lässt**. Auch sonst begegnet die **Ausrichtung des Erstattungsbetrags** für den **Wirkstoff DMF** an den Jahrestherapiekosten von Clift® 40 mg keinen durchgreifenden rechtlichen Bedenken.

Nach BSG, Urt. v. 17.12.2020 - **B 1 KR 21/20 R** - SozR 4-2500 § 109 Nr. 83 ist für eine Kodierung der Prozedur nach OPS (2011) 8-550 (**geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung**) regelmäßig ein **Alter von 70 Jahren, zumindest aber ein Alter von 60 Jahren in Verbindung mit plausibilisierenden Angaben erforderlich** (Festhalten an BSG, Urt. v. 23.06.2015 - B 1 KR 21/14 R - SozR 4-2500 § 109 Nr. 46). Mangels klarer definitorischer Vorgaben kann eine „Altersbehandlung“ nur Personen betreffen, die in einem gesamtgesellschaftlichen Konsens als „alt“ angesehen werden können. Unter der Mindestgrenze von 60 Jahren ist davon nicht auszugehen. Einwendungen und Einreden gegen den Erstattungsanspruch greifen nicht durch. Der Forderung stand nicht der Einwand unzulässiger Rechtsausübung entgegen. Weder der bloße Zeitablauf noch die vorbehaltlose Zahlung der Vergütung der DRG (2011) K44Z stellen ein die **Verwirkung** begründendes Verhalten dar. Krankenkassen haben grundsätzlich Anspruch auf Erstattung innerhalb der Verjährungsfrist vorbehaltlos, aber zu Unrecht gezahlter Vergütungen. Ein Vertrauen der Beklagten in die Kodierung des OPS 8-550 (geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung) auch bei Unter-60-Jährigen konnte sich auch nicht ausnahmsweise bilden. Es gab weder eine langjährige gemeinsame Praxis von Krankenhäusern und Krankenkassen zur Kodierung und Anerkennung des OPS (2011) 8-550 auch bei Unter-60-Jährigen. Noch war eine solche Praxis durch höchstrichterliche Rechtsprechung gebilligt worden. Die Entscheidung des BSG v. 23.6.2015 war die erste Entscheidung, die zu den Voraussetzungen einer geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung ergangen ist. Zudem enthielten bereits die ersten Auslegungshinweise des Kompetenz-Centrums Geriatrie des MDK zur Auslegung des Begriffs „geriatrisch“ im OPS 8-550 eine Altersuntergrenze von 60 Jahren. Dies zeigt, dass die Frage nach einem Mindestalter zur Kodierung der OPS 8-550 frühzeitig adressiert und aufgeworfen war. Nach BSG, Urt. v. 17.12.2020 - **B 1 KR 13/20 R** - enthält die DKR 10011 keine Regelung dahingehend, dass **Spontanatmungsstunden** nur im Rahmen erfolgreicher Entwöhnungen berücksichtigungsfähig seien (vgl. BSG v. 17.12.2019 - B 1 KR 19/19 R - SozR 4-5562 § 9 Nr. 15). Die von der Kl. kodierte DRG A13G setzt mehr als 95 Beatmungsstunden voraus. Ob die Klägerin zusätzlich zu den 76 Stunden reiner Beatmungszeit die Spontanatmungsstunden während der Unterbrechungen der Beatmung kodieren durfte, hängt davon ab, ob diese **in eine Periode der Entwöhnung fielen**. Dies kann der Senat auf Grundlage der Feststellungen des LSG nicht entscheiden. Die Kodierung von Spontanatmungsstunden als Beatmungsstunden nach DKR 10011 setzt voraus, dass der Versicherte vom Beatmungsgerät durch den Einsatz einer Methode der Entwöhnung entwöhnt wurde, weil zuvor eine Gewöhnung an die maschinelle Beatmung eingetreten ist (vgl. BSG, Urt. v. 19.12.2017 - B 1 KR 18/17 R - SozR 4-5562 § 9 Nr. 8). Daran hält der Senat fest. Der Senat hat die „Gewöhnung“ im Sinne der DKR 10011 in seinem Urteil vom 19.12.2017 definiert als: „die erhebliche Einschränkung oder den Verlust der Fähigkeit, über einen längeren Zeitraum vollständig und ohne maschinelle Unterstützung spontan atmen zu können“. Eine „Gewöhnung“ an das Beatmungsgerät ist daher nicht an weitere, darüber hinausgehende Voraussetzungen geknüpft. Die „Gewöhnung“ kann insbesondere darauf beruhen, dass nach dem Beginn der maschinellen Beatmung die Unfähigkeit zur Spontanatmung (im Sinne der Definition) bereits aufgrund der behandelten Erkrankung oder erst durch eine Schwächung der Atemmuskulatur infolge der maschinellen Beatmung oder durch ein Zusammenwirken mehrerer Faktoren eintritt.

## 1. Apotheken

### a) Unvermeidbarer Verwurf bei unzulässiger Weiterverarbeitung

LSG Sachsen, Urteil v. 28.07.2021 - L 1 KR 220/18

RID 21-04-94

juris

SGB V § 129; AMG § 11a; AMPPreisV §§ 4, 5

**Leitsatz:** Ein **unvermeidbarer Verwurf** im Sinne der Ziffer 3.6 der Anlage 3 der Hilfstaxe liegt auch dann vor, wenn eine Weiterverarbeitung des Anbruchs entgegen der Vorgaben in der Fachinformation außerhalb der arzneimittelrechtlichen Zulassung erfolgen würde.

**SG Dresden**, Urt. v. 22.03.2018 - S 35 KR 535/15 - verurteilte die Bekl. unter Klageabweisung im Übrigen, an den Kl. 3.014,56 € nebst Zinsen und weitere 1.087,64 € nebst Zinsen zu zahlen. Das **LSG** wies die Berufung der Bekl. zurück.

## b) Abrechenbarkeit von Verwürfen zytostatikahaltiger Zubereitungen

SG Nürnberg, Urteil v. 09.07.2021 - S 21 KR 402/14

RID 21-04-95

*Sprungrevision anhängig: B 3 KR 7/21 R*

juris

SGB V §§ 2 II 3, 129

Regelungen zu der **Abrechnung** von unvermeidbaren **Verwürfen** wirken nur auf der **preisrechtlichen Ebene**. Sie befreien die herstellenden Apotheken nicht von einer eigenen - hiervon zu unterscheidenden - **pharmazeutischen Prüfung** der Haltbarkeit eines Arzneimittels. Ist die Apotheke aufgrund ihrer pharmazeutischen Kompetenz überzeugt, dass eine Zubereitung entgegen der Regelung in der Hilfstaxe nicht mehr haltbar ist, so darf sie dieses nicht in den Verkehr bringen und darf diese nicht unter Berufung auf reine Abrechnungsregeln an Patienten ausliefern.

Aus der besonderen Stellung der **Fachinformation** gem. § 11a AMG ergibt sich, dass deren Vorgaben zur Haltbarkeit auch im Rahmen einer Abrechnungsprüfung heranzuziehen sind. Ein unvermeidbarer Verwurf liegt daher (auch) bei Überschreitung der in der Fachinformation angegebenen Haltbarkeiten vor. Es sind nur konkrete Angaben in den Fachinformationen zu der Haltbarkeit von Anbrüchen zugrunde zu legen. Derartige Informationen finden sich jedoch in den allermeisten Fachinformationen nicht. **Andere wissenschaftliche Erkenntnisse** über die Haltbarkeit eines Anbruchs wie Stabilitätsliste(c), Stabilitätsdatenblätter etc. sind im Rahmen der Abrechnungsprüfung nicht heranzuziehen.

Das SG verurteilte die Bekl., an die Kl. 828,50 € nebst Zinsen zu zahlen.

## c) Rückforderung von Umsatzsteuer auf Zytostatika: Ergänzende Vertragsauslegung

LSG Rheinland-Pfalz, Urteil v. 01.07.2021 - L 5 KR 22/20

RID 21-04-96

*Revision anhängig: B 1 KR 30/21 R*

juris

SGB V §§ 69, 129a; BGB § 157

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

Regelt eine Arzneimittelpreisvereinbarung die Situation nicht, dass sich die für die Umsatzsteuerberechnung maßgebliche Auffassung der Finanzverwaltung zur Umsatzsteuerpflicht der Abgabe von Zytostatikazubereitungen durch Krankenhausapotheken ändern und die faktische Umsatzsteuerpflicht rückwirkend aufgehoben wird, bedarf es einer **ergänzenden Vertragsauslegung** (vgl. bereits LSG Rheinland-Pfalz, Ur. v. 18.02.2021 - L 5 KR 161/18 - RID 21-02-127, Revision anhängig: B 1 KR 13/21 R).

SG *Speyer*, Ur. v. 05.12.2019 verurteilte auf Klage der Krankenkasse die bekl. Rechtsträgerin der klinikumseigenen Apotheke zur Zahlung und wies im Übrigen die Klage ab, das LSG wies die auf weitere Zahlungen (296.422,86 €) gerichtete Berufung der Kl. unter Korrektur des Zinsanspruchs zurück.

## d) Werbeflyer einer Versandapotheke in Mitgliedermagazin einer Krankenkasse

LSG Hamburg, Urteil v. 12.11.2020 - L 1 KR 5/20

RID 21-04-97

*Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 3 KR 5/21 R*

juris

SGB V §§ 31 I 6, 129 V

Es ist rechtlich nicht zu beanstanden und stellt insb. keinen Verstoß gegen den gemäß § 129 V SGB V geschlossenen Arzneimittelversorgungsvertrag und das darin geregelte **Neutralitätsgebot** dar, wenn eine Krankenkasse es gestattet, dass eine **Versandapotheke** ihrem Mitgliedermagazin einen **Werbeflyer** beifügt.

SG *Hamburg*, Ur. v. 01.10.2019 - S 8 KR 1552/17 - wies die Klage der Kläger, eines e.V. und dessen Vorstands, Vertragspartner des „Arzneiversorgungsvertrages“ nach § 129 V SGB, gegen die Krankenkasse ab, das LSG die Berufung zurück.

## 2. Großhandel mit Arzneimitteln

### a) Keine Wirtschaftlichkeitsprüfung des Arzneimittelgroßhändlers (Kontrastmittel)

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 15.10.2021 - L 4 KR 3009/18

RID 21-04-98

Revision zugelassen

juris

SGB V § 69 I; SGG §§ 54 V, 99; AMG § 2 I Nr. 2

**Leitsatz:** 1. Der Anspruch eines **Arzneimittelgroßhändlers** auf Vergütung von geliefertem Sprechstundenbedarf (hier: **Kontrastmittel**) gegen die Krankenkasse ergibt sich aus der in der jeweiligen **Sprechstundenbedarfsvereinbarung** geregelten Garantiezusage der zuständigen gesetzlichen Krankenkasse.

2. Dem Vergütungsanspruch kann nach der derzeitigen Gesetzeslage ein Verstoß gegen das **Wirtschaftlichkeitsgebot** nicht entgegengehalten werden, da es sich bei einem Arzneimittelgroßhändler nicht um einen Leistungserbringer im Sinne des § 69 SGB V handelt.

3. Die Prüfung der Rechtmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Verordnung von Sprechstundenbedarf findet derzeit erst nachträglich im Rahmen von **Prüfungen beim Vertragsarzt** (z.B. Wirtschaftlichkeitsprüfungen) statt.

Die Beteiligten streiten um die Vergütung von an Arztpraxen in Rheinland-Pfalz und im Saarland gelieferte Kontrastmittel als Sprechstundenbedarf. Die Kl. vertreibt als pharmazeutische Großhändlerin mit einer Erlaubnis gemäß § 52a AMG u.a. Kontrastmittel, die sie als Sprechstundenbedarf auch an vertragsärztlich tätige Radiologen liefert. Die Bekl. ist Träger der gesetzlichen Krankenversicherung und im Hinblick auf den Sprechstundenbedarf abwickelnde Stelle für die gesetzlichen Krankenkassen. Die Versorgung der Praxen erfolgt dergestalt, dass die anspruchsberechtigten Ärzte eine Verordnung über Sprechstundenbedarf zulasten der Beklagten ausstellen und die Bestellung durch den verordnenden niedergelassenen Arzt direkt beim Lieferanten erfolgt, der wiederum den verordnenden Arzt beliefert und direkt mit der Bekl. als Sprechstundenbedarfsabwickelnde Stelle abrechnet. Im Oktober 2016 teilte die Bekl. den radiologisch tätigen Vertragsärzten mit, dass die Belieferung von Kontrastmitteln ab November 2016 durch die nach europaweiter Ausschreibung bezuschlagten pharmazeutischen Unternehmen und Großhändler erfolge. Die Kl. belieferte verschiedene radiolog. Praxen. Die Bekl. verweigerte hierfür eine Abrechnung, weil die Erstattung von im Ausschreibungsverfahren nicht bezuschlagten Kontrastmitteln bzw. die Abrechnung von bezuschlagten Kontrastmitteln durch einen anderen Lieferanten als den Zuschlagsgewinner grundsätzlich nicht möglich sei. Ein Ausnahmefall sei mangels eines entsprechenden Nachweises nicht erkennbar. *SG Mannheim*, UrT. v. 12.07.2018 - S 2 KR 1138/17 - juris wies die Klage ab, das *LSG* verurteilte die Bekl., an die Kl. 30.345 € nebst Zinsen zu zahlen, und wies im Übrigen die Berufung zurück.

### b) Open-house-Verfahren für Kontrastmittel

LSG Baden-Württemberg, Beschluss v. 09.08.2021 - L 11 KR 2028/21 ER-B

RID 21-04-99

juris

SGB V §§ 69, 70, 130a

**Leitsatz:** Die Entscheidung von Krankenkassen bzw. ihrer Verbände, **open-house-Verfahren** für **Kontrastmittel**, die im Wege des **Sprechstundenbedarfs** verordnet werden, **wirkstoffübergreifend** durchzuführen und **15 Fachgruppen** zu bilden, innerhalb derer jeweils mehrere Wirkstoffe mit vergleichbaren Indikationen und physikochemischen Eigenschaften sowie ähnlichem Nebenwirkungsprofil zusammengefasst sind, stellt keine willkürliche Vorgehensweise dar. Anders als in einem auf den Abschluss eines Exklusivvertrages gerichteten und deshalb dem Vergaberecht unterworfenen Auswahlverfahren (s. hierzu OLG Düsseldorf, Beschl. v. 08.02.2017 - VII-Verg 30/16 - juris) bedarf es bei dem open-house-Verfahren keines Korrekturfaktors für unterschiedliche Jod-Konzentrationen der in einer Fachgruppe zusammengefassten Kontrastmittel.

Die Ast. ist eine GmbH, die auf die Entwicklung und Herstellung von Kontrastmitteln für bildgebende Verfahren in der Humanmedizin spezialisiert ist. Sie vertreibt die betreffenden Kontrastmittel in der Bundesrepublik Deutschland und verfügt über eine Erlaubnis zum Großhandel mit Arzneimitteln nach § 52a AMG. Die Ag. zu 2), 5) bis 7) sind gesetzliche Krankenkassen. Bei dem Ag. zu 1) handelt es sich um den Bundesverband der AOK. Die Ag. zu 3), 4), 8) und 9) sind Landesverbände der Ersatz-, Innungs- und Betriebskrankenkassen. Der Ag. zu 1) führt im Auftrag der Ag. zu 2) bis 9) die streitgegenständlichen open-house Verfahren durch. *SG Konstanz*, Beschl. v. 11.06.2021 - S 5 KR 542/21 ER - lehnte die Anträge ab, das *LSG* wies die Beschwerde der Ast. zurück.

### 3. Hilfsmittelunternehmen

#### a) Hilfsmittelverzeichnis: Keine Berechtigung eines Vertriebsunternehmens zu Aufnahmeantrag

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 29.04.2021 - L 14 KR 48/18

RID 21-04-100

Revision anhängig: B 3 KR 10/21 R

juris

SGB V § 139

Einem **Vertriebsunternehmen** fehlt die **Prozessführungsbefugnis** für eine auf die Aufnahme in das Hilfsmittelverzeichnis eines von ihr vertriebenen Hilfsmittels gerichtete Klage.

Bei dem Produkt ASEPT® Drainage Kit 600ml Flasche handelt sich nicht um ein **Hilfsmittel** im Sinne des SGB V. Der verfolgte Zweck kann allein durch das Produkt nicht bewirkt werden, da es immer auch des Einsatzes des Implantats bedarf.

*SG Berlin*, Urt. v. 15.12.2017 - S 210 KR 1791/13 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

#### b) GBA: Erprobung einer Behandlungsmethode (Exoskelett)

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 20.05.2021 - L 14 KR 367/18 KL

RID 21-04-101

Revision zugelassen

juris

SGB V §§ 91 IV 1 Nr. 1, 137e

**Leitsatz:** 1. Auch wenn der Antragsteller in Verfahren nach § 137e Abs. 7 SGB V bei der **Auswahl der Patientenklientel**, die von der zu erprobenden Untersuchungs- oder Behandlungsmethode profitieren soll, grundsätzlich frei ist, darf der Gemeinsame Bundesausschuss das Potential für eine Erprobung verneinen, wenn die Patientenklientel nicht hinreichend **konkretisiert** ist.

2. In Verfahren nach § 137e Abs. 7 SGB V besteht für den **Gemeinsamen Bundesausschusses** auch nach der Änderung von § 137e Abs. 1 SGB V durch das Implantateregister-Errichtungsgesetz (EIRD) vom 12.12.2019 ein **Entscheidungsspielraum** hinsichtlich der Methoden mit festgestelltem Potential.

Die Kl. begehrt den Erlass einer Erprobungsrichtlinie durch den beklagten GBA. Die kl. GmbH stellt ein Robotersystem in Form eines Exoskeletts (Hybrid Assistive Limb - HAL) zur Durchführung der sog. neuromuskulären Feedbacktherapie her. Das HAL-System wird neuronal gesteuert und verfügt über zwei bewegliche Beine, die physiologisch-menschliche Bewegungen imitieren können, einen Beckenring zur Fixierung des Systems am Patienten und Hautelektroden. Mit diesem System erhalten Querschnittgelähmte ein Robotertraining, bei dem zur Muskelkontraktion führende Restnervenimpulse über Hautelektroden erfasst und über das Exoskelett in eine Bewegung umgesetzt werden. Dies führt - nach Darstellung der Kl. - zu einem verbesserten Ansprechen der Teilgelenkmuskulatur auf den neuronalen Stimulus und zum Aufbau der ansprechbaren Muskeln, was zu einer partiellen Wiederherstellung der Steh- und Gehfähigkeit des Patienten beiträgt. Insgesamt entstehe „eine geschlossene Biofeedbackschleife aus intrinsischer Bewegungsidee mit sensorischem Feedback“. Die Kl. nimmt für sich in Anspruch, diese Methode führe bei Patienten regelhaft zur Gangverbesserung. Das *LSG* wies die Klage ab.

### 4. Häusliche Krankenpflege

#### a) Genehmigung der vertragsärztlichen Verordnung

LSG Sachsen-Anhalt, Urteil v. 24.09.2020 - L 6 KR 4/17

RID 21-04-102

juris

SGB V §§ 37,132a; SGB IX § 14 I 1

**Leitsatz:** 1. Ein **Pflegedienst** kann aus § 37 SGB V keinen eigenen gesetzlichen **Anspruch auf Bezahlung** der von ihm erbrachten Leistungen gegen die GKV ableiten; die Möglichkeit der **Abtretung** des Anspruchs durch den Versicherten bleibt unberührt.

2. Der Pflegedienst kann nur **Ansprüche** aus § 132a SGB V i.V.m. dem zwischen den Beteiligten geschlossenen Rahmenverträgen über die Erbringung von häuslicher Krankenpflege haben.

3. Dieser Anspruch ist grundsätzlich von der **Genehmigung** der vertragsärztlichen Verordnung durch die Krankenkasse abhängig (vgl. auch § 6 Abs. 1 Richtlinie über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege). Nur wenn die Verordnung kurz nach der Ausstellung vorgelegt wird und bis zur

Leistungsablehnung bereits Leistungen erbracht wurden, kann etwas anderes gelten (vgl. § 6 Abs. 6 der Richtlinie über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege).

*SG Halle*, Urt. v. 26.10.2016 - S 35 KR 600/13 - juris wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück. *BSG*, Beschl. v. 06.05.2021 - B 3 KR 68/20 B - juris verwarf die Nichtzulassungsbeschwerde als unzulässig.

## b) Unwirksamkeit eines Schiedsspruchs

**LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 18.08.2021 - L 5 KR 2097/20**

**RID 21-04-103**

*Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 3 KR 32/21 B*

juris

**SGB V § 132a; SGG § 55 I Nr. 1**

**Leitsatz:** Die Feststellung einer **Zahlungspflicht** ohne zugrundeliegenden **Vertrag** oder Ergänzung eines Vertrags ist kein zulässiger Regelungsinhalt eines **Schiedsspruchs** nach § 132a Abs. 2 SGB V (in der bis 31.12.2016 geltenden Fassung, seither § 132a Abs. 4 SGB V). Fehlt die Regelung grundsätzlicher Fragen - ist also nicht nur eine Vertragsergänzung erforderlich - muss Gegenstand der Verträge nach § 132a Abs. 2 Satz 1 a.F. notwendigerweise mehr als nur die Festlegung von Einzelheiten sein. Gegen den rückwirkenden Abschluss eines Versorgungsvertrags bestehen keine Bedenken.

Die kl. Krankenkasse begehrt die Feststellung der Unwirksamkeit eines Schiedsspruchs im Bereich der häuslichen Krankenpflege nach § 132a SGB V, mit dem die Vergütung wegen Dauerbeatmung einer ihrer Versicherten festgesetzt wurde. Die Bekl. ist Mitglied im Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. und betreibt eine vollstationäre Pflegeeinrichtung. Hierbei handelt es sich um eine zugelassene Pflegeeinrichtung im Sinne von § 43 SGB XI. *SG Stuttgart*, Urt. v. 02.06.2020 - S 18 KR 4297/16 - stellte fest, dass der Schiedsspruch vom 05.04.2016 unwirksam ist und wies im Übrigen (Hauptantrags der Kl., den Schiedsspruch der Schiedsperson aufzuheben und die Bestimmung des Schiedsspruchs durch Urteil nach billigem Ermessen zu ersetzen) die Klage ab. Das *LSG* wies die Berufung der Bekl. zurück.

## c) Nichteinigung über Versorgungsvertrag: Zwingender Konfliktmechanismus

**LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 18.08.2021 - L 5 KR 2044/19**

**RID 21-04-104**

*Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 3 KR 35/21 B*

juris

**SGB V § 132a; SGG § 54**

**Leitsatz:** Im Fall einer **Nichteinigung über einen Versorgungsvertrag** sieht § 132a Abs. 2 Satz 6 SGB V (in der bis 31.12.2016 geltenden Fassung, seither § 132a Abs. 4 Satz 9 SGB V) einen **Konfliktmechanismus** (Einleitung eines Schiedsverfahrens) vor. Das von dem Betreiber einer vollstationären Pflegeeinrichtung angestrebte Ergebnis kann damit auf einfachere Weise erreicht werden. Eine Klage, die (ohne Schiedsspruch) direkt darauf abzielt, die Krankenkasse zum Abschluss eines Vertrags mit einem konkreten Inhalt zu verurteilen kann von vornherein nicht zum Erfolg führen, weil die Sozialgerichte nur befugt sind, im Wege einer Ersetzungsklage die Vertragsinhalte (nach billigem Ermessen) festzulegen.

Die Kl. begehrt von der bekl. Krankenkasse die Vergütung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege. *SG Stuttgart*, Urt. v. 17.05.2019 - S 19 KR 722/17 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

## IX. Krankenkassen

Nach *BSG*, Urt. v. 18.05.2021 - *B 1 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 diktiert 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 Beitragsatz 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 unmittelbarer 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** - SozR 4-2500 § 291a Nr. 2 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. Ersatzbescheinigung für elektronische Gesundheitskarte/Telematikinfrastruktur

LSG Bayern, Urteil v. 28.09.2021 - L 4 KR 651/19

RID 21-04-105

juris

SGB V §§ 15 II, 291-291b; SGB X §§ 67a, 67b; EUV 2016/679 Art. 77 ff.; GG Art. 1 I, 2

**Leitsatz:** 1. Der Kläger hat keinen Anspruch auf weitere Ausstellung von **Ersatzbescheinigungen** für die **elektronische Gesundheitskarte (eGK)**.

2. Das Erfordernis eines **Lichtbilds** für die eGK und der Auf- und Ausbau der **Telematikinfrastruktur** verstoßen nicht gegen das Recht auf informationelle Selbstbestimmung. Auch den Vorgaben der DSGVO hat der Gesetzgeber Rechnung getragen. Auf die Entscheidungen des Bundessozialgerichts wird verwiesen.

*SG München*, Gerichtsbb. v. 12.11.2019 - S 15 KR 1574/18 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

## 2. Direkte Kommunikation mit einem vertretenen Versicherten

**LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 15.10.2021 - L 4 KR 645/21**

**RID 21-04-106**

juris

**SGB X § 13; SGG §§ 54 V, 56a**

**Leitsatz:** 1. Bei einer **Unterlassungsklage** sind zwar keine besonderen Anforderungen an das Rechtsschutzbedürfnis zu stellen. Die Gefahr einer Wiederholung der vermeintlichen Rechtsbeeinträchtigung ist jedoch als besondere Voraussetzung des Rechtsschutzbedürfnisses bei Unterlassungsklagen generell erforderlich.

2. Wendet sich eine Krankenkasse im Rahmen von § 51 SGB V direkt an den vertretenen Kläger, um eine Entbindungserklärung von der ärztlichen Schweigepflicht zu erhalten, so kann diese Verfahrenshandlung gemäß § 56a Satz 1 SGG **nicht isoliert angefochten** werden.

3. Die Behörde kann sich nach § 13 Abs. 3 Satz 2 SGB X auch an den **Beteiligten selbst wenden**, soweit dieser zur Mitwirkung (hier bejaht) verpflichtet ist.

*SG Freiburg*, Gerichtsbb. v. 19.01.2021 - S 15 KR 2192/20 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

## X. Bundessozialgericht (BSG)

### 1. Nichtärztliche Elektroepilation nach geschlechtsangleichender Behandlung

**BSG, Urteil v. 17.12.2020 - B 1 KR 19/20 R**

**RID 21-04-107**

SozR 4-2500 § 15 Nr. 3 = GesR 2021, 470

**Leitsatz:** 1. Bei **Mann-zu-Frau-Transsexualismus** haben Versicherte wegen der uneingeschränkten Geltung des Arztvorbehalts auch dann keinen Anspruch auf **Nadelepilation** ihrer Barthaare durch selbstständig tätige nichtärztliche Leistungserbringer (insbesondere Elektrologen, Kosmetiker), wenn aufgrund eines Systemversagens kein **approbierter Arzt** diese Leistung erbringt.

2. Elektrologen und Kosmetiker können nicht als **Heilmittelerbringer** zugelassen werden.

**Parallelverfahren:**

**BSG, Urteil v. 17.12.2020 - B 1 KR 28/20 R**

**RID 21-04-108**

juris

**BSG, Urteil v. 17.12.2020 - B 1 KR 6/20 R**

**RID 21-04-109**

juris = Die Leistungen Beilage 2021, 327

**BSG, Urteil v. 17.12.2020 - B 1 KR 4/20 R**

**RID 21-04-110**

juris

### 2. Fingierte Genehmigung: Kein Sachleistungsanspruch

**BSG, Urteil v. 17.06.2021 - B 3 KR 11/20 R**

**RID 21-04-111**

juris

Eine nach § 13 IIIa 6 SGB V gesetzlich **fingierte Genehmigung** begründet keinen eigenständig durchsetzbaren **Sachleistungsanspruch** (st. Rspr. seit BSG, Urt. v. 08.03.2016 - B 1 KR 25/15 R - BSGE 121, 40 = SozR 4-2500 § 13 Nr. 33).

**Parallelverfahren:**

**BSG, Urteil v. 17.06.2021 - B 3 KR 12/19 R**

**RID 21-04-112**

juris



### 3. Beziehungen zu Krankenhäusern

#### a) Kodierung einer geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung

BSG, Urteil v. 17.12.2020 - B 1 KR 21/20 R

RID 21-04-113

SozR 4-2500 § 109 Nr. 83 = KRS 2021, 184

**Leitsatz:** 1. Für die Kodierung einer **geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung** ist regelmäßig ein Alter von 70 Jahren erforderlich, zumindest aber ein **Alter** von 60 Jahren in Verbindung mit plausibilisierenden Angaben (Bestätigung von BSG vom 23.6.2015 - B 1 KR 21/14 R = SozR 4-2500 § 109 Nr 46).

2. Ist eine **Klassifikation** nicht so präzise **formuliert**, dass ihre Bedeutung bei fehlender Definition oder normativer Bezugnahme auch nicht aus einem medizinisch-wissenschaftlichen Begriffsverständnis für den jeweiligen Fachkreis ohne Weiteres ersichtlich ist, ist der Kern des verwandten Begriffs maßgeblich, wie er sich nach allgemeinem Sprachgebrauch ergibt.

#### b) Nachträgliche Geltendmachung eines Erstattungsanspruchs

BSG, Urteil v. 20.01.2021 - B 1 KR 31/20 R

RID 21-04-114

SozR 4-2500 § 109 Nr. 84

**Leitsatz:** Die **Bestätigung** einer Krankenhausabrechnung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung und die nachfolgende **Bezahlung** des Rechnungsbetrags nebst Aufwandspauschale schließen die **nachträgliche Geltendmachung eines Erstattungsanspruchs** durch die Krankenkasse aufgrund neuer Erkenntnisse etwa durch eine Entscheidung des Bundessozialgerichts nicht aus.

### 4. Elektronische Gesundheitskarte rechtmäßig

BSG, Urteil v. 20.01.2021 - B 1 KR 7/20 R

RID 21-04-115

BSGE = SozR 4-2500 § 291a Nr. 2

**Leitsatz:** 1. Die gesetzlichen Regelungen zur **elektronischen Gesundheitskarte** stehen in Einklang mit den Vorgaben der Datenschutz-Grundverordnung, ungeachtet der Frage, ob sie im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung unmittelbar Anwendung findet, und verletzen die Versicherten weder in ihrem **Grundrecht auf informationelle Selbstbestimmung** noch in ihren Grundrechten nach der EU-Grundrechte-Charta.

2. Der Gesetzgeber hat mit den durch das **Patientendaten-Schutz-Gesetz** (PDSG) neu gefassten Regelungen des SGB V zur elektronischen Gesundheitskarte und zur Telematikinfrastruktur ausreichende Vorkehrungen zur Gewährleistung einer angemessenen Datensicherheit getroffen und ist dabei auch seiner Beobachtungs- und Nachbesserungspflicht nachgekommen.

3. Die **Einhaltung der datenschutzrechtlichen Vorgaben** im Zusammenhang mit der elektronischen Gesundheitskarte und der Telematikinfrastruktur ist durch die zuständigen **Aufsichtsbehörden** zu überwachen und können die Versicherten im Rahmen der speziellen datenschutzrechtlichen Rechtsbehelfe gerichtlich überprüfen lassen, ohne dass hierdurch die gesetzliche Obliegenheit zur Nutzung der elektronischen Gesundheitskarte und deren Verfassungsmäßigkeit tangiert werden.

**Parallelverfahren:**

BSG, Urteil v. 20.01.2021 - B 1 KR 15/20 R

RID 21-04-116

## C. ENTSCHEIDUNGEN ANDERER GERICHTE

### I. Ärztliches Berufsrecht

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

##### a) Widerruf der Approbation: Verstoß gegen Hygienevorschriften/Maßgeblicher Zeitpunkt

VGH Bayern, Beschluss v. 14.09.2021 - 21 CS 21.2087

RID 21-04-117

juris

BÄO §§ 3, 5; VwGO §§ 80 V, 146

Die Annahme der **Unzuverlässigkeit** eines Arztes ist gerechtfertigt, wenn er beim Betrieb seiner Praxis gegen seine beruflichen Pflichten in Bezug auf **Hygiene, Infektionsprävention** und **Patientensicherheit** verstößt, indem er bei der Durchführung und Überwachung von Analgosedierungen kein qualifiziertes Assistenzpersonal einsetzt und damit den anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse unbeachtet lässt sowie seiner Verpflichtung zur Gewährleistung der Voraussetzungen für die Einhaltung der allgemein anerkannten Regeln der Hygiene und Infektionsprävention in Einrichtungen für ambulantes Operieren nicht (vollständig) nachkommt. Eine aus dem Verhalten des Arztes ersichtliche Missachtung behördlicher Anordnungen, die zum Schutz der Patienten ergangen sind, kommt erschwerend hinzu.

Ist die angegriffene Entscheidung auf **mehrere selbständig tragende Gründe** gestützt, sind Beschwerdegründe hinsichtlich eines jeden die Entscheidung tragenden Grundes darzulegen, um dem Darlegungsgebot des § 146 IV 3 VwGO zu genügen.

Gegenstand der gerichtlichen Überprüfung eines Widerrufsbescheids im Sinne von § 5 II 1 BÄO ist die Frage, ob die im Rechtsstreit für den **maßgeblichen Zeitpunkt** der letzten Verwaltungsentscheidung festgestellten Tatsachen die rechtlichen Kriterien der Unwürdigkeit bzw. Unzuverlässigkeit erfüllen unabhängig davon, ob die Tatsachen im Zeitpunkt der letzten Verwaltungsentscheidung bereits festgestellt waren. Das **Gericht** hat den Sachverhalt bezogen auf den Zeitpunkt der letzten Behördenentscheidung gem. § 86 I 1 VwGO **von Amts wegen** zu ermitteln und auf dieser Grundlage zu würdigen.

##### b) Ruhen der Approbation

###### aa) Suchterkrankung (Opioide) eines Arztes (Anästhesist)

VG Ansbach, Beschluss v. 30.07.2021 - AN 4 S 21.01357

RID 21-04-118

juris

BÄO § 6 I Nr. 2; VwGO § 101 III

**Suchterkrankungen**, bei denen ein Zustand periodischer oder chronischer Intoxikation hervorgerufen wird und die Tendenz zur Dosissteigerung, Abhängigkeit und Kontrollverlust besteht, womit eine nachhaltige Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit einhergeht, rechtfertigen als solche in aller Regel den Rückschluss auf eine **fehlende Eignung** oder Fähigkeit zur Ausübung des ärztlichen Berufs (vgl. VGH Bayern, Beschl. v. 05.02.2009 - 21 CS 08.3133, 21 C 08.3134 - juris Rn. 16). Denn der zwanghaft hohe und regelmäßige Konsum eines Suchtmittels führt unweigerlich zu einer erheblichen Gefährdung von Patienten, deren Schutz die behördlichen Aufsichtsmittel bezwecken.

Eine für die Wiederherstellung der gesundheitlichen Eignung erforderliche dauerhafte Opioidabstinenz setzt eine mindestens **einjährige Abstinenz** und deren **Nachweis** durch Urin- oder Haaruntersuchungen voraus.

## bb) Fehlende Eignung wegen einer Schizophrenie

VG Berlin, Urteil v. 19.08.2021 - 17 K 4/20

RID 21-04-119

juris

BÄO §§ 3 I 1 Nr. 3, 6 I Nr. 2

Die Anordnung des **Ruhens der Approbation** kann erfolgen, wenn ein Arzt wegen einer **Schizophrenie** gesundheitlich nicht zur Ausübung des ärztlichen Berufs geeignet ist und nicht davon auszugehen ist, dass sich an diesem Ergebnis in den darauffolgenden drei Monaten etwas ändern wird.

## 2. Berufspflichten: Verpflichtung des Arztes zur Aufklärung über 3D Mapping-Biopsie der Prostata

VGH Hessen, Urteil v. 14.07.2021 - 25 A 1290/18 B

RID 21-04-120

juris

BO Hessen §§ 8, 11, 22; HeilBerG Hessen §§ 22, 50

**Leitsatz:** 1. Bei der **3D Mapping-Biopsie der Prostata** handelt es sich um eine diagnostische Methode, die nicht der in Deutschland **üblichen Primärdiagnostik** entspricht.

2. Sie weicht mit ihrer sehr hohen Anzahl der Stenzen erheblich von dem eingeführten und als **anerkannt geltenden Verfahren** bei einer Primäربيopsie der Prostata ab.

3. Der behandelnde Arzt ist daher grundsätzlich verpflichtet, seinem Patienten zumindest die ungefähre Größenordnung der bei der 3 D Mapping-Biopsie **anfallenden Gewebeproben mitzuteilen**.

*VG Gießen*, Urt. v. 25.04.2018 - 21 K 5529/15.GI.B - RID 18-04-103 legte dem Beschuldigten wegen Verstoßes gegen seine Berufspflichten unter Erteilung eines Verweises eine Geldbuße in Höhe von 5.000 € auf, der *VGH* sprach den Beschuldigten frei.

## 3. Strafrecht: Werbeverbot für Schwangerschaftsabbruch

OLG Hamm, Beschluss v. 21.10.2021 - 4 RVs 102/21

RID 21-04-121

juris

StGB § 219a

**Leitsatz:** 1. Die Regelung des **§ 219a Abs. 4 StGB** nimmt nicht nur in personaler Hinsicht, sondern auch in sachlicher Hinsicht lediglich eine Teilmenge des § 219a Abs. 1 StGB von einer Anwendung aus.

2. § 219a StGB dient der verfahrenstechnischen Absicherung des **Lebensrechts des ungeborenen Kindes** im Rahmen des im geltenden Recht des Schwangerschaftsabbruchs vorgesehenen Beratungskonzepts. Der Gesetzgeber ist mit der Normierung eines Werbeverbots lediglich seiner Schutzpflicht für das ungeborene Leben nachgekommen.

## II. Arzthaftung

### 1. Bundesgerichtshof (BGH)

#### a) AGB-Kontrolle einer Patienteninformation

BGH, Urteil v. 02.09.2021 - III ZR 63/20

RID 21-04-122

juris

BGB §§ 307, 308, 309

**Leitsatz:** Formulare, die eine **ärztliche Aufklärung** und die Entscheidung des Patienten, ob er eine angeratene Untersuchung vornehmen lassen will, dokumentieren sollen, unterliegen gemäß § 307 Abs. 3 Satz 1 BGB grundsätzlich nicht einer Kontrolle nach § 307 Abs. 1 und 2, §§ 308, 309 BGB, da

für die ärztliche Aufklärung durch die Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs entwickelte **eigenständige Regeln** gelten, die auch das Beweisregime erfassen.

## b) Berücksichtigung des übergangenen Vorbringens

BGH, Beschluss v. 28.09.2021 - VI ZR 946/20

RID 21-04-123

juris

GG Art. 103 I

**Leitsatz:** Eine Entscheidung beruht auf der Verletzung des Art. 103 Abs. 1 GG, falls nicht ausgeschlossen werden kann, dass sie bei **Berücksichtigung des übergangenen Vorbringens** anders ausgefallen wäre.

## 2. Behandlungsfehler

### a) Plausible Verdachtsdiagnose durch Hausarzt

OLG Dresden, Beschluss v. 09.09.2021 - 4 U 935/21

RID 21-04-124

juris

BGB §§ 630a ff.

**Leitsatz:** Auch bei jahrelang moderat überhöhten Thrombozyten- und Leberwerten ist der Schluss auf einen **Befunderhebungsfehler** des **Hausarztes** nicht gerechtfertigt, wenn dieser eine plausible **Verdachtsdiagnose** (hier: essentielle Thrombozytose und Fettleber) dokumentiert, ohne diese durch weitere Untersuchungen abzuklären.

### b) Maßgeblicher Behandlungsstandard (transurethrale Prostatektomie)

OLG Dresden, Urteil v. 31.08.2021 - 4 U 1221/20

RID 21-04-125

juris

BGB § 630a ff.

**Leitsatz:** Ein Behandlungsfehler setzt einen Verstoß gegen den maßgeblichen **Behandlungsstandard** voraus, der zur Erreichung des Behandlungszieles erforderlich ist, wobei auf den durchschnittlich qualifizierten Arzt der jeweiligen Fachrichtung abzustellen ist. Auf ein Unterschreiben eines „Goldstandards“ kann ein Fehlervorwurf nicht gestützt werden.

### c) Leitlinien einer Fachgesellschaften und medizinischer Standard/Dokumentation

OLG Dresden, Beschluss v. 02.09.2021 - 4 U 730/21

RID 21-04-126

juris

BGB § 630a

**Leitsatz:** 1. **Leitlinien** ärztlicher Fachgesellschaften dürfen nicht unbesehen mit dem **medizinischen Standard** gleichgesetzt werden.

2. Eine Wiederholung der **Beweisaufnahme** im Berufungsverfahren kommt in der Regel nicht in Betracht, wenn der Patient keine konkreten Anhaltspunkte aufzeigt, die gegen die Einschätzung eines erstinstanzlichen Gutachters sprechen, insbesondere kein Privatgutachten vorlegt.

3. Selbst eine **unterbliebene medizinische Dokumentation** bildet keine eigene Grundlage für Schadensersatzansprüche, sondern begründet lediglich die Vermutung, dass eine aufzeichnungspflichtige Maßnahme unterblieben ist.

#### d) Operation unter Narkose: Anscheinsbeweis

OLG Dresden, Beschluss v. 02.09.2021 - 4 U 1234/21

RID 21-04-127

juris

BGB § 630a; ZPO § 286

**Leitsatz:** Der Umstand, dass der Patient während einer **Operation narkotisiert** ist, begründet keinen **Anscheinsbeweis** für einen Behandlungsfehler, wenn es während der Operation zu einer eingriffstypischen Verletzung kommt.

#### e) Neuer medizinischer Vortrag im Berufungsverfahren durch Vorlage eines Privatgutachtens

OLG Dresden, Urteil v. 14.09.2021 - 4 U 1771/20

RID 21-04-128

juris

ZPO § 531; BGB §§ 630a ff.

**Leitsatz:** Legt eine Partei im Arzthaftungsverfahren ein nach Abschluss der Instanz eingeholtes **Privatgutachten** vor, auf das sie sich zur Begründung ihrer **Berufung** stützt, kann dieser Vortrag auch dann nicht zurückgewiesen werden, wenn er ein in medizinischer Sicht „neues“ Vorbringen enthält, das in erster Instanz nicht Gegenstand der Beweisaufnahme war (hier: Übersehen einer Lymeborreliose nach erstinstanzlicher auf eine Herpes-Zoster Infektion gestützter Behandlungsfehlervorwürfe).

#### f) Erhöhtes Besiedlungsrisiko mit MRSA-Erreger

OLG Brandenburg, Beschluss v. 14.07.2021 - 12 U 11/21

RID 21-04-129

juris

SGB V §§ 253 II, 280, 630a ff., 823 I, 831 I

Eine Pflicht zur **Nachfrage** bei jedem **notfallmäßig eingelieferten Patienten**, ob er Kontakt zu Tieren in der landwirtschaftlichen Tiermast habe, würde die Anforderungen an die Pflicht zur ordnungsgemäßen Anamneseerhebung überspannen und kann daher nicht gefordert werden. Vielmehr wäre es Sache des Kl. gewesen, diesen Umstand betreffend ein erhöhtes Besiedlungsrisiko mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (**MRSA-Erreger**) von sich aus mitzuteilen. Selbst wenn der Kläger im Streitfall von diesem Risiko keine Kenntnis hatte, kann dies andererseits auch nicht zulasten der Bekl. gehen.

#### g) Aufbewahrungsdauer der Behandlungsdokumentation

OLG Düsseldorf, Urteil v. 01.07.2021 - 8 U 165/20

RID 21-04-130

juris

BGB § 823 I

Im Arzthaftungsprozess ist grundsätzlich davon auszugehen, dass die vom Arzt zu führende **Behandlungsdokumentation** den für die haftungsrechtliche Überprüfung zugrunde zu legenden Sachverhalt in seiner Gesamtheit widerspiegelt, mithin die darin dokumentierten diagnostischen und therapeutischen Behandlungsmaßnahmen durchgeführt und die vorwerfbar nicht dokumentierten unterlassen wurden. Dieser Grundsatz greift jedoch nicht ein, wenn die Behandlungsdokumentation vom Arzt **nicht mehr aufzubewahren** war, bevor Ansprüche gegen ihn geltend gemacht wurden. Krankenunterlagen sind grundsätzlich **nicht länger als zehn Jahre aufzubewahren** (jetzt auch § 630f III BGB). Muss der Arzt oder Krankenhausträger danach die Krankenunterlagen nicht länger als zehn Jahre aufbewahren, darf ihm wegen der Vernichtung, wegen des Verlusts oder ihrer Unvollständigkeit nach diesem Zeitpunkt kein Nachteil entstehen.

Dass es nach dem im Jahr **2003** gültigen medizinischen Standard im Fall eines 5-jährigen Patienten bei (nicht vorwerfbar unrichtiger) Diagnose einer (typischen hochgradigen) Phimose fehlerhaft war, eine **Zirkumzision** durchzuführen, kann nicht festgestellt werden.

## h) Zahnärztliche Leistungen

### aa) Allergietest nur bei konkreten Hinweisen auf Unverträglichkeiten oder Allergien

OLG Dresden, Urteil v. 05.08.2021 - 4 W 276/21

RID 21-04-131

juris

BGB §§ 630a, 843; ZPO § 287

**Leitsatz:** 1. Liegen keine konkreten Hinweise auf **Unverträglichkeiten oder Allergien** vor, besteht keine Verpflichtung des Zahnarztes, bei dem Patienten vor dem Einsetzen von Zahnersatz einen **Allergietest** durchzuführen.

2. Die substantiierte Darlegung eines **Haushaltsführungsschadens** erfordert auch konkrete Ausführungen dazu, inwieweit die Beschwerden bestimmte Tätigkeiten einschränken; bloße Prozentangaben reichen insoweit nicht aus.

### bb) Unzumutbarkeit einer Nachbesserung bei Unbrauchbarkeit

OLG Dresden, Beschluss v. 15.07.2021 - 4 U 284/21

RID 21-04-132

juris

BGB §§ 630a ff., 630a, 628

**Leitsatz:** 1. Dem Zahnarzt steht grundsätzlich nach der fehlerhaften Eingliederung von Zahnersatz ein **Nachbesserungsrecht** zu, das Ansprüche auf materiellen oder immateriellen Schadenersatz ausschließt.

2. Eine solche Nachbesserung ist allerdings **unzumutbar**, wenn die zahnärztliche Leistung **vollständig unbrauchbar** ist.

## 3. Aufklärung

### a) Gebotene Grundaufklärung bei Gabe von Cytotec zur Geburtseinleitung (Off-Label-Use)

LG Berlin, Urteil v. 02.07.2020 - 6 O 425/12

RID 21-04-133

juris = VersR 2021, 973

BGB §§ 280, 630a, 823

**Leitsatz (VersR):** 1. Der **Off-Label-Use von Cytotec (Misoprostol)** zur **Geburtseinleitung** ist nur dann zulässig, wenn er unter sorgfältiger Abwägung der Vor- und Nachteile des hierfür nicht zugelassenen Medikaments im Vergleich zu den zugelassenen Substanzen im konkreten Einzelfall vertretbar ist und medizinisch-sachlich begründet erscheint.

2. Bei der Gabe von Cytotec (Misoprostol) zur Geburtseinleitung handelt es sich um einen **elektiven Eingriff**, so dass der Patientin nach der Aufklärung und vor der Verabreichung des Medikaments ein ausreichender **Überlegungszeitraum** eingeräumt werden muss.

## b) Aufklärung bei einer Leistenbruchoperation

OLG Dresden, Urteil v. 20.07.2021 - 4 U 2901/19

RID 21-04-134

juris

BGB § 630e

**Leitsatz:** 1. Bei einer **Leistenbruchoperation** ist die Patient darüber **aufzuklären**, dass durch den Eingriff im Bruchbereich verlaufende Nerven verletzt und dadurch Schmerzen ausgelöst werden können, die in seltenen Fällen auch dauerhaft sind.

2. Ein **Pflichtwidrigkeitszusammenhang** besteht bei einem Aufklärungsmangel nur dann, wenn die Aufklärung über dasjenige Risiko unterblieben ist, das schließlich zu einem Gesundheitsschaden geführt hat.

## c) Photorefraktive Keratektomie (PRK)

OLG Brandenburg, Beschluss v. 20.07.2021 - 12 U 21/21

RID 21-04-135

juris

BGB §§ 253 II, 280 I, 630a ff., 823 I

Ein **Entscheidungskonflikt** ist nicht plausibel glaubhaft gemacht, wenn ohne Nennung der Gründe lediglich pauschal vorgetragen wird, einer photorefraktiven Keratektomie (PRK) wäre nicht zugestimmt worden, obwohl bereits unstrittig die Einwilligung zu einer LASIK-Operation mit dem bekannten Nebenwirkungen und Risiken bis hin zum völligen Verlust des Sehvermögens gegeben wurde, sodass die mit einer PRK verbundenen Risiken letztlich nicht größer gewesen sein können.

## d) Verwendung von Implantaten mit Metall entgegen dem Wunsch der Patientin

OLG Brandenburg, Beschluss v. 27.05.2021 - 12 U 173/20

RID 21-04-136

juris

BGB §§ 280 I, 253, 630a, 823 I

Setzt ein Zahnarzt entgegen dem ausdrücklichen **Wunsch der Patientin** Implantate ein, die Titan und damit Metall enthalten, erfolgten die Eingriffe ohne Einwilligung und sind damit rechtswidrig.

Aus der **Dokumentation** muss sich bei einem bekannten Wunsch der Patientin auf Verzicht von Titan unter Verwendung von Implantaten aus Vollkeramik bzgl. der **Aufklärung** eine ausdrückliche Erwähnung der Verwendung von Titan ergeben.

## 4. Auswahl des Sachverständigen bei Beteiligung mehrerer Facharztteilungen

OLG Hamm, Urteil v. 03.09.2021 - 26 U 119/20

RID 21-04-137

juris

BGB §§ 253, 280, 823

**Leitsatz:** Im Arzthaftungssenat ist bei der **Auswahl des Sachverständigen** auf das medizinische Fachgebiet abzustellen, in welches die Behandlung fällt. Stellt sich die Behandlung eines Kleinkindes als „Gemeinschaftsprodukt“ **mehrerer Facharztteilungen** dar, kann es genügen, wenn auf das Fachgebiet eines daran beteiligten Facharztes abgestellt wird.

## 5. Amtshaftung und Leichenschau: Infektionsgefahr nach unzutreffender Todesbescheinigung

OLG Köln, Urteil v. 09.07.2021 - 7 U 11/19

RID 21-04-138

juris

BGB §§ 823, 839; GG Art. 34; IfSG §§ 7, 9

**Leitsatz:** 1. Zur Frage der Ausübung eines **öffentlichen Amtes** durch Klinikärzte bei der **Leichenschau** und Ausstellung der Todesbescheinigung nach dem Bestattungsgesetz NRW.

2. Zu den (vertraglichen und deliktischen) Pflichten von Ärzten bei der Durchführung der inneren Leichenschau bei **Verdacht auf infektiöse Krankheiten** (hier: nachträgliche Feststellung von Lassa-Fieber bei ursprünglicher Malaria-Diagnose).

3. Zur Frage der Reichweite der inneren Leichenschau und dazu, ob nach Durchführung der **makroskopischen Leichenschau** ein Abwarten des histologischen Befundes erforderlich ist.

## 6. Selbständiges Beweisverfahren

### a) Gegenstand eines selbständigen Beweisverfahrens

OLG Dresden, Beschluss v. 30.08.2021 - 4 W 468/21

RID 21-04-139

juris

ZPO § 485 II

**Leitsatz:** 1. Die Frage, ob die Aufklärung vor einer medizinischen Behandlung „ordnungsgemäß“ erfolgt ist, kann nicht **Gegenstand eines selbständigen Beweisverfahrens** sein.

2. Es ist nicht Voraussetzung für die Durchführung eines selbständigen Beweisverfahrens, dass der Antragsteller die **medizinische Dokumentation des Behandlers** vorlegt, an die er seine Fragen anknüpft.

### b) Kein selbständiges Beweisverfahren bei pauschaler Behauptung

OLG Brandenburg, Beschluss v. 05.08.2021 - 12 W 21/21

RID 21-04-140

juris

ZPO §§ 487, 488

In Arzthaftungsfällen ist ein **selbständiges Beweisverfahren** nur zulässig, wenn der Ast. unter Bezeichnung gewisser Anhaltspunkte die Behauptung eines ärztlichen Behandlungsfehlers aufstellt und das selbständige Beweisverfahren der Klärung dieses behaupteten Behandlungsfehlers dient (vgl. OLG Oldenburg, MDR 2008, 1059, juris Rn. 8; OLG Oldenburg, GesR 2010, 76, juris Rn. 7). Mit der **pauschalen Behauptung**, die Behandlungen des Ag. in der Zeit von 07.03.2012 bis zum 27.09.2018 hätten nicht den Regeln der ärztlichen Kunst entsprochen, legt der Ast. bereits nicht dar, welche konkreten Behandlungsmaßnahmen des Ag. fehlerhaft gewesen sein sollen und aus welchen Gründen für den Ast. als medizinischen Laien der Verdacht naheliegt, dass die Behandlung fehlerhaft gewesen sein soll. Allein der Umstand, dass bei dem Ast. im Jahre 2018 ein diabetisches Fußsyndrom links festgestellt worden ist, genügt für die Annahme eines ärztlichen Behandlungsfehlers nicht. Es kann nicht Aufgabe eines in einem selbständigen Beweisverfahren zu bestellenden medizinischen Sachverständigen sein, sämtliche, immerhin über einen Zeitraum von 6 1/2 Jahren stattgefundenen insgesamt 33 Behandlungstermine des Ag. auf mögliche Behandlungsfehler zu untersuchen. Insoweit stellt die Beweisfrage einen klassischen Fall einer unzulässigen Ausforschung dar.



## 7. Besorgnis der Befangenheit eines Sachverständigen

### a) Unvollständige Tatsachengrundlage/Mangelnde Sorgfalt

OLG Frankfurt a. M., Beschluss v. 18.08.2021 - 17 W 12/21

RID 21-04-141

juris

ZPO §§ 42, 406

**Leitsatz:** 1. Die von dem Sachverständigen in dem Gutachten offenbarte **unvollständige Tatsachengrundlage** rechtfertigt nicht die Besorgnis der Befangenheit.

2. Der Vorwurf **mangelnder Sorgfalt** bei der Gutachtenerstellung gibt - auch in der Gesamtschau - grundsätzlich keinen Anlass zur Besorgnis der Befangenheit des medizinischen Sachverständigen.

### b) Unsachliche Reaktion

OLG Frankfurt a. M., Beschluss v. 20.08.2021 - 17 W 16/21

RID 21-04-142

juris

ZPO §§ 42 II; 406

**Leitsatz:** Die **Bezeichnung** der Reaktion eines Prozessbevollmächtigten **als unmoralisch** auf dessen sachbezogene Kritik an dem Gutachten durch den **Sachverständigen** begründet die Besorgnis der **Befangenheit**.

### c) Duzen des Klinikarztes/Eidesstattliche Versicherung

OLG Dresden, Beschluss v. 31.08.2021 - 4 W 587/21

RID 21-04-143

juris

ZPO §§ 46, 406

**Leitsatz:** 1. Allein aus dem Umstand, dass sich der **gerichtliche Sachverständige** mit einem Arzt des beklagten Klinikums duzt, kann nicht auf seine **Befangenheit** geschlossen werden.

2. Einer **eidesstattlichen Versicherung** kommt im Verfahren über den Antrag auf Ablehnung eines Sachverständigen wegen Besorgnis der Befangenheit keine gesteigerte Beweiskraft zu.

## Anhang I: BSG - Anhängige Revisionen Vertragsarztrecht

Stand: 08.11.2021. 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	B 6 KA 4/21 R	Zu den Voraussetzungen einer rückwirkenden Erhöhung der Honorare für antragspflichtige psychotherapeutische Leistungen (einschließlich der Einführung von	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urt. v. 24.02.2021	21-02-2

Ausbildungsinstitute		Strukturzuschlägen nach den Gebührenordnungspositionen 35251 und 35252 der EBM-Ä (2008), ua der Frage, ob diese Erhöhung auch für ermächtigte Ambulanzen staatlich anerkannter Ausbildungsstätten für Psychotherapie gilt.	- L 3 KA 89/17 -	
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-Trägersgesellschaft nicht ausschließlich natürliche Personen sind?	<b>LSG Bayern</b> , Urt. v. 07.10.2020 - L 12 KA 37/19 -	21-04-2

### 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?	<b>LSG Niedersachsen-Bremen</b> , Urt. v. 28.10.2020 - L 3 KA 31/20 -	21-01-20
Auslagerung von Praxisräumen: Merkmal der „räumlichen Nähe“	B 6 KA 12/21 R	Liegt eine räumliche Nähe im Sinne des § 24 Absatz 5 Ärzte-ZV nicht mehr vor, wenn die Entfernung zwischen dem Vertragsarztsitz und den ausgelagerten Praxisräumen, in denen ausschließlich zytologische Leistungen erbracht werden sollen, 9 Kilometer beträgt und für das Zurücklegen dieser Strecke mit dem privaten Kraftfahrzeug 15 bis 20 Minuten benötigt werden?	<b>LSG Nordrhein-Westfalen</b> , Urt. v. 11.03.2021 - L 11 KA 50/18 -	21-04-9
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.	<b>LSG Bayern</b> , Urt. v. 22.01.2020 - L 12 KA 10/19 -	20-02-12
Verzicht auf eine Dialysegenehmigung	B 6 KA 14/20 R <b>Termin:</b> 04.11.2021	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.	<b>SG für das Saarland</b> , Urt. v. 22.07.2020 - S 2 KA 48/17 -	21-01-26
Nichtnutzung eines besonderen Versorgungsauftrags	B 6 KA 13/20 R <b>Termin:</b> 04.11.2021	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?	<b>SG für das Saarland</b> , 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?	<b>SG Düsseldorf</b> , Urt. v. 05.12.2018 - S 2 KA 77/17 -	19-01-26

#### Sachlich-rechnerische Berichtigung

Fortbildungsverpflichtung: Wechsel des Fachgebiets während des Fünfjahreszeitraums	B 6 KA 9/20 R <b>Termin:</b> 04.11.2021	Wie wirkt sich ein Zulassungsverzicht, verbunden mit einer Neuzulassung im gleichen KÄV-Bezirk für ein anderes Fachgebiet, auf die Möglichkeit aus, eine unter der alten Zulassung begangene Verletzung der Fortbildungspflicht zu sanktionieren?	<b>LSG Bayern</b> , Urt. v. 16.01.2020 - L 12 KA 11/18 -	20-03-10 NZB
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 Praxisumfangs im Rahmen eines sogenannten Job-Sharings für die Quartale IV/04 bis III/09 unter Zugrundelegung des Quartalspunktwertes.	<b>LSG Hessen</b> , Urt. v. 27.05.2020 - L 4 KA 48/17 -	20-04-6
Zuschlägen für Simultaneingriffe	B 6 KA 8/21 R	Ist für die Abrechnung der Zuschlagsregelungen für die Gebührenordnungspositionen	<b>LSG Bayern</b> ,	21-03-20

mit Haupteingriff der Kategorie 7		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?	Urt. v. 21.04.2021 - L 12 KA 11/19 -	
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 angegeben worden ist?	<b>LSG Saarland</b> , Urt. v. 24.06.2020 - L 3 KA 2/18 -	20-04-5

### Wirtschaftlichkeitsprüfung/Regress

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?	<b>LSG Baden-Württemberg</b> , 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?	<b>LSG Schleswig-Holstein</b> , Urt. v. 20.02.2018 - L 4 KA 11/15 -	18-03-62 NZB
BAG mit MKG-Chirurgen	B 6 KA 2/19 R B 6 KA 3/19 R <b>Termin:</b> 13.05.2020	Zur Bildung der Vergleichsgruppe bei der statistischen Wirtschaftlichkeitsprüfung einer fachübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaft von Zahnärzten sowie Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen.	<b>SG Marburg</b> , Urt. v. 05.12.2018 - S 12 KA 127/18 - - S 12 KA 201/18 -	19-01-43 19-01-44
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?	<b>LSG Hessen</b> , Urt. v. 12.02.2020 - L 4 KA 11/17 -	20-02-18
Rechtskraftwirkung eines Urteils/Klagefrist	B 6 KA 1/20 R <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?	<b>LSG Berlin-Brandenburg</b> , Urt. v. 13.11.2019 - L 7 KA 40/17 -	20-01-27

### Zulassung und Ermächtigung

Bedarfsplanung für Pathologen	B 6 KA 3/20 R <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?	<b>SG Magdeburg</b> , 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?	<b>SG Marburg</b> , 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)?	<b>LSG Baden-Württemberg</b> , 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?	<b>SG Magdeburg</b> , 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 <b>Termin:</b> 04.11.2021	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?	<b>SG Berlin</b> , Urt. v. 02.09.2020 - S 87 KA 175/18 -	20-04-27
Psychiatrische Institutsambulanzen	B 6 KA 3/21 R	Nach welchen Kriterien richtet sich, ob ausreichende Versorgungsangebote in Form von psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) für einen Standort vorhanden sind, so dass die Erteilung einer Ermächtigung für eine (weitere) Außenstelle einer PIA am Standort nicht notwendig ist (§ 118 Absatz 4 SGB V)?	<b>LSG Rheinland-Pfalz</b> , Urt. v. 19.11.2020 - L 5 KA 17/19 -	21-03-29 NZB
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
Fiktion der Widerspruchsrücknahme bei nicht rechtzeitiger Entrichtung der Gebühr	B 6 KA 11/21 R	Ist die Fiktion des § 45 Absatz 1 Satz 1 Ärzte-ZV, derzufolge ein Widerspruch als zurückgenommen gilt, wenn die bei Einlegung des Widerspruchs nach § 46 Ärzte-ZV zu entrichtende Gebühr nicht fristgerecht gezahlt wird, mit höherrangigem Recht vereinbar?	<b>SG Gotha</b> , Urt. v. 03.02.2021 - S 2 KA 2702/18 -	21-04-24
<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) <b>Termin:</b> 04.11.2021	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 Erledigt durch Rücknahme	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: 08.11.2021. 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 <b>Termin:</b> 10.11.2021	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
§ 2 Ia SGB V/Studienlage: Translarna (Wirkstoff Ataluren) bei Duchenne-Muskeldystrophie	B 1 KR 35/21 R	Schließt die Ablehnung einer arzneimittelrechtlichen Zulassungserweiterung (hier: Translarna zur Behandlung einer Duchenne-Muskeldystrophie bei nicht mehr gehfähigen Patienten) einen Anspruch nach § 2 Absatz 1a SGB V auch dann aus, wenn die Zulassungserweiterung nicht aufgrund einer aussagekräftigen Studienlage abgelehnt wurde, sondern weil die vorgelegten Daten aus der Studie wegen methodischer Probleme der Datenauswahl und Datenanalyse den Nutzen nicht bestätigen konnten?	<b>LSG Rheinland-Pfalz</b> , Urt. v. 04.02.2021 - L 5 KR 211/20 -	21-04-41 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**

Operationen durch Nichtarzt	B 1 KR 26/21 R	Steht einer Krankenkasse ein Erstattungsanspruch in Höhe der gesamten gezahlten Krankenhausvergütung gegen das Krankenhaus zu, wenn der operative Teil der vergüteten stationären Behandlung von einem Operateur erbracht wurde, welcher sich die Approbation als Arzt - ohne Kenntnis des Krankenhauses - mittels einer gefälschten Urkunde unter Vorspiegelung falscher Tatsachen in betrügerischer Absicht rechtswidrig erschlichen hat und der hierfür - nach erfolgter rückwirkender Rücknahme der Approbation - strafrechtlich ua wegen Körperverletzung verurteilt wurde?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 17.12.2020 - L 16 KR 128/18 -	21-04-59
Ausgliederung von Leistungen: Kooperationsvertrag für Strahlentherapie	B 1 KR 15/21 R	Gehören Leistungen, die von einer zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Arztpraxis auf Grundlage eines mit einem Krankenhaus geschlossenen Kooperationsvertrags erbracht wurden, durch den ganze Leistungsbereiche ausgegliedert wurden (hier:), zu den allgemeinen Krankenhausleistungen im Sinne des § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 KHEntgG?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 11.12.2019 - L 5 KR 1936/17 -	21-03-116 NZB
Stationäre Behandlung: Tod des Patienten vor Aufnahme auf Station oder Intensivstation	B 1 KR 34/21 R	Ist die Behandlung in einem Schockraum dann der stationären Behandlung zuzurechnen, wenn der Patient zwar nicht in das Krankenhaus aufgenommen wurde, in der Rückschau aber kein Zweifel bestanden hat, dass eine Behandlung mit den Mitteln eines Krankenhauses notwendig war?	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , Urt. v. 09.07.2020 - L 5 KR 154/19 -	21-04-57 NZB
Neue Behandlungsmethode: Transkathetäre Aortenklappen-Implantation (TAVI)	B 1 KR 18/20 R <b>Termin:</b> 16.08.2021	Hat eine Krankenkasse die Kosten einer kathetergestützten transkathetären Aortenklappen-Implantation (TAVI), die 2013 in einem Krankenhaus ohne Herzchirurgie durchgeführt wurde, zu übernehmen?	<i>LSG Hessen</i> , Urt. v. 30.04.2020 - L 8 KR 511/16 -	20-03-106
Neue Behandlungsmethode: Coil-Implantationen	B 1 KR 33/21 R	Zur Auslegung des § 137c Absatz 3 SGB V und zum Vergütungsanspruch eines Krankenhauses für eine Lungenvolumenreduktion mittels Coils im Jahr 2016 als Potentialleistung.	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 16.06.2020 - L 5 KR 743/18 -	21-01-115 NZB
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 Krankenhausübermittelter Prognose für die Berechtigung zur Erbringung mindestmengenbelegter Leistungen zu stellen?	<i>SG Berlin</i> , Urt. v. 05.03.2020 - S 56 KR 2033/19 -	20-03-105
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?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , 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	Beinhaltet die Regelung des § 7 Absatz 2 Satz 3 und 4 der Prüfverfahrensvereinbarung - PrüfVv vom 18.7.2014 (juris: PrüfVvbg) der Sache nach eine materiell-rechtliche Ausschlussfrist und ist die Vereinbarung einer solchen Ausschlussfrist von der	<i>LSG Hessen</i> , Urt. v. 28.05.2020 - L 8 KR 221/18 -; Urt. v. 27.08.2020 - L 8 KR 41/19 -	20-03-125 20-04-103



	B 1 KR 4/21 R Erledigung	Ermächtigungsgrundlage des § 17c Absatz 2 KHG gedeckt?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 10.12.2020 - L 16 KR 742/18	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?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , 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 <b>Termin:</b> 10.11.2021	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?	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , 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 <b>Termin:</b> 10.11.2021	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?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 09.07.2020 - L 16 KR 395/16 -	21-01-127
Prüfungsrelevante Unterlagen	B 1 KR 16/21 R <b>Termin:</b> 10.11.2021	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?	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , Urt. v. 20.08.2020 - L 5 KR 239/19 -	20-02-111 NZB
Anforderung von Unterlagen	B 1 KR 22/21 R <b>Termin:</b> 10.11.2021	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?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , 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?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , 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 - PrüfV vom 18.7.2014 - eine nachträgliche Korrektur der Krankenhausabrechnung aus?	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 13.08.2020 - L 4 KR 437/19 - <i>LSG Schleswig-Holstein</i> , 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 - PrüfV vom 3.2.2016 (PrüfVbg) - eine nachträgliche Korrektur der Krankenhausabrechnung aus?	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 10.09.2020 - L 4 KR 88/19 -	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?	<i>LSG Bayern</i> , 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?	<i>LSG Hamburg</i> , 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?	<i>LSG Saarland</i> , 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?	<i>LSG Hamburg</i> , 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 <b>Termin:</b> 10.11.2021	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
	B 1 KR 32/21 R	Ist die Vereinbarung eines Aufrechnungsverbotes in einem Landesvertrag nach § 112 Abs 2 Satz 1 Nummer 1 SGB V (hier: § 11 Abs 5 des "Hamburger Vertrages über die allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung") - insbesondere in Bezug auf die Aufrechnung mit einer Aufwandspauschale - mit höherrangigem Recht vereinbar?	<b>LSG Hamburg</b> , Urt. v. 24.06.2021 - L 1 KR 2/21 -	21-04-92
Berechnung der Beatmungsstunden	B 1 KR 26/20 R Erledigung	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 Erledigung	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 Komplexbehandlung und Lebensalter	B 1 KR 21/20 R <b>Termin:</b> 17.12.2020	Kann es sich auch dann um einen geriatrischen Patienten im Sinne des OPS 2011 Nummer 8-550 handeln, wenn dieser - trotz jüngeren Lebensalters - aufgrund einer alterstypischen Multimorbidität biologisch entsprechend vorgealtert ist, oder gilt für die Abrechenbarkeit einer geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung ein starres Mindestalter von 60 Jahren?	<b>LSG Hamburg</b> , Urt. v. 28.05.2020 - L 1 KR 25/18 -	20-03-135
Rückwirkende Änderung der Kodierungsvorschriften (Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung) u. Erstattungsanspruch	B 1 KR 31/20 R <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
Kodierung einer Aortenklappenstenose	B 1 KR 31/21 R	Zur Kodierung einer Aortenklappenstenose bei angeborener bikuspidaler Aortenklappe.	<b>LSG Hamburg</b> , Urt. v. 24.06.2021 - L 1 KR 59/20 -	21-04-85
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**

**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 hinzugeetretenen Arzneimittels zwischen den Beteiligten unstreitig sind?	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 27.01.2020 - L 9 KR 82/19 KL -	20-02-112
Schiedsspruch zur frühen Nutzenbewertung: Patientengruppen/Verlust des Rügerechts	B 3 KR 6/21 R	Zur Rechtmäßigkeit eines Schiedsspruchs der Schiedsstelle nach § 130b Absatz 5 SGB V und des ihm zugrundeliegenden frühen Nutzenbewertungsbeschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses bezüglich des Arzneimittels Aubagio (Wirkstoff: Teriflunomid) zur Behandlung von schubförmig remittierender Multipler Sklerose (MS).	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 29.04.2021 - L 14 KR 218/18 KL -	21-03-123
Werbeflyer einer Versandapotheke in Mitglieder magazin einer Krankenkasse	B 3 KR 5/21 R	Liegt eine unzulässige mittelbare Beeinflussung Versicherter durch eine Krankenkasse zugunsten einer bestimmten Apotheke vor, wenn dem Mitglieder magazin einer Krankenkasse ein Werbeflyer einer Versandapotheke beigelegt wird?	<i>LSG Hamburg</i> , Urt. v. 12.11.2020 - L 1 KR 5/20 -	21-04-97 NZB
Abrechenbarkeit von Verwürfen zytostatikahaltiger Zubereitungen	B 3 KR 7/21 R	Zu den Voraussetzungen einer Unvermeidbarkeit - und damit Abrechnungsfähigkeit - eines Verwurfs eines angebrochenen Arzneimittels durch eine sogenannte herstellende Apotheke gemäß der ab dem 1.1.2010 geltenden Anlage 3 Teil 1 Ziffer 3.6 der "2. Ergänzungsvereinbarung zum Vertrag über die Preisbildung für Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen vom 1.10.2009 in der Fassung vom 29.2.2012" (sogenanntes Hilfstaxe) zum bayerischen Arzneimittelversorgungsvertrag in der Fassung vom 27.2.2012.	<i>SG Nürnberg</i> , Urt. v. 09.07.2021 - S 21 KR 402/14 -	21-04-95
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.	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , Urt. v. 18.02.2021 - L 5 KR 161/18 -	21-02-127
Rückforderung von Umsatzsteuer auf Zytostatika: Ergänzende Vertragsauslegung	B 1 KR 30/21 R	Ist eine Arzneimittelpreisvereinbarung im Sinne des § 129a Satz 1 SGB V im Wege der ergänzenden Vertragsauslegung dahingehend zu vervollständigen, dass nach der rückwirkenden Änderung der Rechtsauffassung der Finanzverwaltung zur Umsatzsteuerpflichtigkeit der Abgabe individuell hergestellter Zytostatika das Krankenhaus, deren Krankenhausapotheke diese abgegeben hat, vertraglich gegenüber der Krankenkasse zur Rückzahlung des Differenzbetrages verpflichtet ist, der sich aus dem Umsatzsteueranteil des vereinbarten Abgabepreises abzüglich der pauschal zu berechnenden Vorsteuer auf die Eingangsleistung des Krankenhauses ergibt?	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , Urt. v. 01.07.2021 - L 5 KR 22/20 -	21-04-96
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?	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , Urt. v. 27.06.2019 - L 4 KR 55/18 -	19-04-110
	B 3 KR 8/20 R	Zum Vergütungsanspruch des Hörgeräteakustikers für die Versorgung von Versicherten	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> ,	21-01-155

	<b>Termin:</b> 12.08.2021	mit Hörgeräten, wenn die Versorgungsanzeige der Krankenkasse entgegen der vertraglichen Regelung des Versorgungsvertrages nach § 127 SGB V nicht vor der Versorgung zugegangen ist.	Urt. v. 27.06.2019 - L 16 KR 541/18 -	NZB
Festbetragsfestsetzung für Einlagen	B 3 KR 4/20 R	Zur Festsetzung der einheitlichen Festbeträge für Hilfsmittel (hier: Einlagen) und zur entsprechenden Anwendung des § 35 Absatz 5 SGB V.	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 11.03.2020 - L 1 KR 178/17 KL -	20-02-114
Antrag zur Aufnahme in Hilfsmittelverzeichnis	B 3 KR 10/21 R	Zur Frage, ob ein Vertriebsunternehmen berechtigt sein kann, namens und im Auftrag eines Herstellers einen Antrag zur Aufnahme eines Hilfsmittels in das Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V zu stellen.	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 29.04.2021 - L 14 KR 48/18 -	20-04-
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 NZB 20-04-125 NZB

**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 NZB
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 NZB

**GBA**

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