

Rechtsprechungsinformationsdienst 22-02

REDAKTION	5
EDITORISCHE HINWEISE	5
A. VERTRAGSARZTRECHT	6
I. Honorarverteilung	6
1. Fallzahlabstaffelung: Beendigung einer Praxisgemeinschaft	6
2. Verlustbegrenzungsregelung: Aufbringung aus Kontingent der Arztgruppe	7
3. Abrechnungs-Sammelerklärung: Teil der einzureichenden Abrechnungsunterlagen	7
II. Sachlich-rechnerische Richtigstellung	7
1. Fehlende Unterschrift des ärztlichen Leiters eines MVZ in der Abrechnungs-Sammelerklärung	7
2. Verspätet vorgelegter Fortbildungsnachweis	9
3. Honorarkürzung wegen Nichtanbindung an die Telematikinfrastruktur	9
4. Nachweis einer Rückmeldung zum Arztinfobrief	9
5. Lauf der Jahresfrist nach § 45 IV 2 SGB X	9
6. Ermächtigter Krankenhausarzt: Gebot der persönlichen Leistungserbringung	10
7. Verkürzung der Ausschlussfrist: Zeitpunkt der Geltung	10
8. Fehlende Genehmigung: Testungen im Zusammenhang mit SARS-Cov 2	11
9. Nr. 01510 EBM (Zusatzpauschalen für Beobachtung und Betreuung): Myelodysplastisches Syndrom	11
10. Keine Abrechnung zahnärztlicher Leistungen durch MKG-Belegarzt	12
11. Streitwertfestsetzung und Abänderungsbescheid	12
III. Genehmigung/Notdienst	12
1. Vertretung nach Beendigung der Anstellung durch vormals angestellten Arzt	13
2. Notdienst	13
a) Befreiung: Verweis auf Vertretung setzt normativ abgesicherte Dauervertretung voraus	13
b) Heranziehung von Privatärzten zum KV-Notdienst (KV Hessen)	14
c) Kostenbeteiligung der Privatärzte am ärztlichen Bereitschaftsdienst: Fehlende Rechtsgrundlage	14
d) Beitragszahlung von Privatärzten: Fehlender Anordnungsgrund	14
IV. Wirtschaftlichkeitsprüfung/Arzneikostenregress	14
1. Arzneikostenregress	15
a) Verbot der vertragsärztlichen Parallelbehandlung während eines Krankenhausaufenthalts	15
b) Verordnung von Arzneimitteln für die stationäre Behandlung	15
c) Richtgrößenprüfung: Ergänzende intellektuelle Prüfung bei Praxisbesonderheit	16
2. Zahnärzte: Kammern des Beschwerdeausschusses/Endodontie keine Praxisbesonderheit	16
V. Zulassungsrecht	16
1. Zulassung	17
a) Keine vorrangige Berücksichtigung v. Sonderbedarfszulassungen/Dauer der sofortigen Vollziehung	17
b) Sonderbedarfszulassung	18
AA) Besondere Qualifikation: Zusatzbezeichnung „Klinische Neuropsychologie“	18
BB) Unterversorgung für eine sehr spezielle Leistung („Schlafmedizin“)	18
c) MVZ-Nachrang bei Auswahl des Praxisnachfolgers	19
2. Jobsharing und Leistungsobergrenze	19
a) Kein Wachstum auf Fachgruppenniveau	19
b) Rückwirkende Herabsetzung von rechtswidrig festgesetzten Leistungsobergrenzen	19
3. Anstellungsgenehmigung: Geringe ärztliche Tätigkeit	20
4. Ermächtigung	21
a) Einbeziehung von Versorgungsangeboten oder -defiziten in anderen Planungsbereichen	21
b) Ermächtigung eines Krankenhauses für bestimmtes Krankheitsbild	22
c) Psychiatrische Institutsambulanz: Fehlende Aufnahme in den Krankenhausplan	22
5. Kein genereller Ausschluss der Überweisungsbefugnis von SPZ	22
6. Zulassungsentziehung: Nichtausüben der vertragsärztlichen Tätigkeit	23
7. Streitwert	23
a) Ablehnung der Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens	23
b) Ablehnung der Umwandlung einer Angestelltenstelle in eine Zulassung	24

VI. Angelegenheiten der KBV und des GKV-Spitzenverbands	24
1. Schiedsamt: Gestaltungsspielraum bei Festsetzung der Steigerungsrate der Gesamtvergütung	24
VII. Verfahrensrecht	24
1. Ansprüche gegen das Versorgungswerk der Landes Zahnärztekammer: Sozialrechtsweg unzulässig	24
VIII. Bundessozialgericht (BSG)	25
1. Internetveröffentlichung von Beschlüssen des Bewertungsausschusses/Rückwirkende Budgetierung	25
2. Jobsharing: Berechnung des Rückforderungsbetrags/Quartalspunktwert	25
3. Vertreter-/Assistenteneinwilligung während der Erziehung von Kindern	25
4. Rundschreiben der Aufsichtsbehörde: Hinweise und Rechtssphäre der Gesamtvertragspartner	25
5. Rechtskraftwirkung eines Bescheidungsurteils	26
B. KRANKENVERSICHERUNGSRECHT	27
I. Vertrags(zahn)ärztliche Behandlung	27
1. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	27
a) Stammvarikosis bei chronisch-venöser Insuffizienz durch Radiofrequenztherapie	27
b) Optische Kohärenztomografie bei posteriorer Uveitis	27
c) Liposuktions-Operationen in der speziellen Form der Liposculptur	27
2. Ambulante Mamilienpigmentierung nach Brustaufbauoperation	28
3. Kryokonservierung	28
a) Anspruch auch ohne EBM-Regelung I	28
b) Anspruch auch ohne EBM-Regelung II	28
II. Stationäre Behandlung: Mammareduktionsplastik	28
1. Mammareduktionsplastik bei orthopädischen Erkrankungen der Wirbelsäule	29
2. Beidseitige Mammareduktionsplastik zur Krebsvorsorge	29
III. Kostenerstattung	29
1. Genehmigungsfiktion	29
a) Genehmigungsfiktion: Nur Kostenerstattungsanspruch	29
b) Lauf der Entscheidungsfrist: Inkrafttreten der Regelung	30
2. Vorfestlegung auf bestimmten Leistungserbringer	30
3. Erstattung einer stationären Krankenhausbehandlung in Privatklinik	30
4. Satzungsregelung zur Kostenübernahme für nicht zugelassenes Krankenhaus	30
5. Verpflichtung des Krankenhauses zur Sachleistung	31
6. Künstliche Befruchtung	31
a) Zahlungen der privaten Krankenkasse an Ehemann	31
b) Verstoß gegen ESchG: Befruchtung von sieben Eizellen	31
IV. Arzneimittel	32
1. Cannabinoide	32
a) ADHS und eine dem medizinischen Standard entsprechende Leistung	32
b) Behandlung von Rückenschmerzen	32
c) Kein Cannabis von der Krankenkasse wegen Alkoholsucht	32
2. Arzneimittel Epidyolex: Wirkstoff Cannabidiol/Off-Label-Use	32
3. Nicht zugelassenes Arzneimittel Eteplirsin (Exondys 51) bei Muskeldystrophie Duchenne	33
4. Fertigarzneimittel Cytotec CP Biotest: Prophylaktische Anwendung zum Schutz des Ungeborenen	33
5. Nahrungsergänzungsmittel (Daosin-Kapseln zum Histaminabbau): Keine Individualprüfung	34
6. Arzneimittel Lektinol (Phytotherapeutisches Mistelpräparat)	34
7. Medizinprodukt Granudacyn Wundspüllösung	34
V. Hilfsmittel/Heilmittel	34
1. Kombiniertes Steh- und Bewegungstrainer vom Typ Innowalk Medium	34
2. Restkraftunterstützender Greifreifenantrieb „E-Motion M25“	35
3. Hörgerät: Besondere berufliche Anforderungen einer Lehrerin	35
4. Versorgung mit Spracherkennungssoftware zur Teilnahme am Schulunterricht	35
VI. Rehabilitation/Häusliche Krankenpflege/Fahrkosten	36
1. Rehabilitation	36
a) Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten und Ermessensausübung	36
b) Keine Zuständigkeit der Krankenkasse für Kostentragung einer Adaptionsmaßnahme	36
2. Häusliche Krankenpflege	37
a) Medizinische Behandlungspflege in einer Einrichtung der Wohnungslosenhilfe	37
b) Einstweiliger Rechtsschutz	37

3. Fahrkosten	37
a) Längere Fahrwege bei spezialfachärztlicher Versorgung	37
b) Fahrkosten zur Arbeitsstelle bei stufenweiser Eingliederung	38
c) Antrag auf Fahrkostenerstattung: Verwirkung	38
VII. Beziehungen zu Krankenhäusern	38
1. Vergütungsanspruch/Fälligkeit	40
a) Keine kurzfristige Entlassung über Nacht bei Operation am Folgetag	40
b) Vergütungsanspruch bei Studienteilnahme: Stationäre Behandlungsbedürftigkeit	40
c) Zeitlicher Anknüpfungspunkt für die Festsetzung der Aufschläge nach § 275c III 1 SGB V	40
d) Pflicht zur Erbringung einer geriatrischen Frührehabilitation	40
e) Qualitätsgebot: Implantation eines Medizinprodukts und vom Hersteller angegebene Indikation	41
f) Endoskopische Lungenvolumenreduktion mittels Coils: Qualitätsgebot	41
g) Matrixassoziierte autologe Chondrozytenimplantation (MACI)	41
h) Aphasiespezialbehandlung	42
i) Intravenöse Applikation von Immunglobulinen	42
j) Fallzusammenführung/Zusammenfassung getrennter stationärer Aufenthalte	42
k) Unterlassen einer MDK-Prüfung: Beweislastverteilung	43
l) Einschaltung des MDK bereits bei Prüfung des Versichertenanspruchs	43
m) Unzulässige Verrechnung wegen Fristablaufs nach Landesvertrag	43
n) Eingeschränkte Möglichkeit zur Aufrechnung/Pflegeintervention	44
o) Fälligkeit nach Rechnungslegung: Mögliche Fehlerhaftigkeit unbeachtlich	44
2. Prüfvereinbarung: Rechnungskorrektur/Gabe von Apherese-Thrombozytenkonzentraten	44
3. Fallpauschalen	45
a) Verlegung	45
AA) Eigenständige Fallpauschale für jedes Krankenhaus	45
BB) Verlegungsabschluss: Vollstationäre Behandlung nach teilstationärer Dialysebehandlung	45
b) Dokumentationsanforderungen für hochaufwendige Pflege von Erwachsenen	45
c) Anwendung von Sicherungsmaßnahmen	46
d) Spezielle Intervention auf der Intensivstation	46
e) Ständige ärztliche Anwesenheit auf der Intensivstation	46
f) Beatmung	46
AA) HFNC-Beatmung: „Maschineller Beatmung“ nicht gleichgestellt	46
BB) Entwöhnung vom Beatmungsgerät	47
g) Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Klarstellungsrecht des DIMDI	47
h) Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Anforderung an Dokumentation	47
i) Gabe von Apherese-Thrombozyten-Konzentraten nach herzchirurgischem Eingriff (Kunstherz)	48
j) Partielle Maxillektomie und Gebot der monokausalen Kodierung	48
k) Komplette Revision der Liquorableitung i. S. d. OPS-Kodes 2010 5-024.3	48
l) Kodierung der Behandlung einer Skoliose	49
m) Entfernung des Ileumsegments	49
n) Akutes Nierenversagen	49
o) Verursachung einer Harnwegsinfektion durch Katheter	49
4. Bescheinigung über Strukturmerkmale	50
a) Weitere Abrechenbarkeit bisheriger Leistungen im Jahr 2022	50
b) Einstweiliger Rechtsschutz/Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Erwachsenen	50
c) Unklare Rechtslage/Glaubhaftmachung eines Anordnungsgrunds	50
5. Aufwandspauschale: Sachlich-rechnerische Richtigkeitskontrolle/Mitwirkung des MDK	51
VIII. Beziehungen zu Leistungserbringern und Arzneimittelherstellern	51
1. Zuwendungen bei Arzneimittelabgabe und einstweiliger Rechtsschutz	52
2. Sprechstundenbedarf: Keine Beschränkung auf Lieferanten von Exklusivverträgen	52
3. Häuslicher Krankenpflege: Ergänzende Heranziehung der Verjährungsvorschriften des BGB	53
IX. Verfahrensrecht	53
1. BVerfG/Fachgerichtliches Eilverfahren: Folgenabwägung/Prüfung der Erfolgsaussichten	53
2. Feststellungsklage gegen untergesetzliche Norm: Feststellungsinteresse	53
3. Ordnungsgeld: Ausbleiben eines Vertreters der Krankenkasse wegen Covid-19-Pandemie	53
4. Mündliche Verhandlung: Einverständnis mit Bild- und Tonübertragung	54
5. Schadensersatzansprüche aus Art. 82 I DSGVO: Rechtsweg	54
6. Rechtsmittel der Berufung keine Nichtzulassungsbeschwerde	54
X. Bundessozialgericht (BSG)	55
1. Künstliche Befruchtung bei gleichgeschlechtlichem Ehepaar	55
2. Zahnimplantologische Leistungen	55
3. Krankenhausbehandlung: Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative (Liposuktion)	55
4. Genehmigungsfiktion	55

a) Zugang der Mitteilung der Krankenkasse über Beauftragung des MDK	55
b) Beschränkung auf Antrag	56
5. Krankenhausvergütung	56
a) Mindestmenge: Widerlegung einer Prognose eines Krankenhauses	56
b) Notfallbehandlung vor Verlegung im Schockraum: Vertragsärztliche Versorgung	56
c) Anforderung von Unterlagen durch MDK	56
d) Prüfverfahrensvereinbarung	57
AA) Nachträgliche Abrechnungskorrektur: Materielle Ausschlussfrist	57
BB) Vorlagefrist für Krankenhausunterlagen: Materielle Ausschlussfrist	57
CC) Nachträgliche Korrektur der Krankenhausabrechnung (2016)	57
e) Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung: Blutbank	58
6. Jahrestherapiekosten der Vergleichstherapie (Nutzenbewertung Dimethylfumarat)	58
7. Spitzenverband Bund der Krankenkassen: Pauschale Aufwandsvergütung an BZgA	58
C. ENTSCHEIDUNGEN ANDERER GERICHTE	59
I. Ärztliches Berufsrecht	59
1. Widerruf/Ruhen/Wiedererteilung der Approbation/Berufserlaubnis	59
a) Aufhebung des Ruhens der Approbation: Glaubhaftmachung	59
b) Erlaubnis zur Ausübung des ärztlichen Berufs	59
2. Berufspflichten	59
a) Fehlen einer Berufshaftpflichtversicherung	59
b) Verstoß gegen die durch Corona-Verordnung angeordnete Maskenpflicht in der Praxis	59
c) Unzulässige Werbung einer kostenlosen Beratung	60
3. Strafrecht	60
a) Strafbarkeit des operierenden Arztes bei verschwiegenen eigenen Gesundheitsproblemen	60
b) Körperverletzung: Extraktion von Zähnen ohne medizinische Indikation	60
4. BGH: Kostenfreie Zurverfügungstellung der Patientenakte	61
5. Widerruf der Weiterbildungserlaubnis: Falschen Angaben im Operationskatalog	61
6. Aufhebung der Zusatzbezeichnung Homöopathie	62
a) BVerwG: Fehlende Antragsbefugnis bei Weiterführung der Zusatzbezeichnung	62
b) Fehlende Antragsbefugnis für Normenkontrollverfahren (Brandenburg)	62
7. Anerkennung einer in Großbritannien erworbenen Bezeichnung als Facharzt für Innere Medizin	62
8. Abrechnung fachgebietsfremder Leistungen (FA für Orthopädie und Unfallchirurgie: MRT)	63
9. Schließung einer Arztpraxis wegen Täuschung über Coronaschutzimpfungen (Verfristete Klage)	63
10. BVerwG: Keine behördl. Einsichtnahme in Patientenakte zur Kontrolle des Betäubungsmittelverkehrs	63
II. Arzthaftung	64
1. Bundesgerichtshof (BGH)	64
a) Berechnung des Schmerzensgeldes	64
b) Bemessung des Schmerzensgeldes und Gesichtspunkt der Genugtuung	64
c) Inhaltliche Anforderungen an eine Berufungsbegründung	65
2. Behandlungsfehler	65
a) Irrtümer bei der Diagnosestellung	65
b) Laparoskopische Appendektomie durch Gynäkologen/Zeugenvernehmung einer Arzhelferin	65
c) Geburt: Erforderliche Verbringung in Krankenhaus/Unzureichende Information der Krankenhausärzte	65
d) Beweislast bei fehlender Facharztanerkennung (perforierte Sigmadivertikulitis)	66
e) Dekubitus während eines stationären Krankenhausaufenthaltes: Beweislast	66
f) Schmerzhaftes Zahnbehandlung	66
3. Aufklärung	66
a) Haftung wegen eines Aufklärungsfehlers: Nachweispflicht des Patienten	66
b) Epikondylitis humeri radialis (sog. Tennisarm)	67
c) Embolisation einer Niere	67
4. Sachverständiger und Facharztstandard: Intraoperative Versorgung während Sigmaresektion	67
5. Vorlage eines vorgerichtlich beim MDK eingeholten Gutachtens	67
6. Besorgnis der Befangenheit des Sachverständigen	67
7. Erlass eines Grundurteils	68
ANHANG I: BSG - ANHÄNGIGE REVISIONEN VERTRAGSARZTRECHT	69
ANHANG II: BSG - ANHÄNGIGE REVISIONEN KRANKENVERSICHERUNG	71

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;
Telefax: 0641/250 2801.

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

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

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

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

Editorische Hinweise

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

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

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

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

Die Datenbank www.sozialgerichtsbarkeit.de wird hinsichtlich der Abteilungen Vertragsarztrecht und Krankenversicherung (Leistungsrecht) ausgewertet. Diese Ausgabe berücksichtigt die bis zum 07.05.2022 eingestellten Entscheidungen.

A. VERTRAGSARZTRECHT

I. Honorarverteilung

Nach BSG, Urt. v. 26.01.2022 - **B 6 KA 4/21 R** - hat der Träger einer staatlich anerkannten **Ausbildungsstätte für Psychotherapie** aufgrund der in der Vergütungsvereinbarung enthaltenen dynamischen Verweisung auf den EBM in seiner jeweils geltenden Fassung Anspruch sowohl auf die Vergütung, die sich aus der rückwirkenden Anhebung der Punktzahlen für psychotherapeutische Leistungen in den Jahren 2015 und 2019 ergibt, als auch auf die 2015 **rückwirkend eingeführten Strukturzuschläge**. Die am 11.03.2016 vom Bewertungsausschuss beschlossene **Begrenzung** des Strukturzuschlags für Psychotherapeuten, die die Grenze der Vollausslastung überschreiten, **ist nicht auf Ausbildungsstätten für Psychotherapie zu übertragen**. BSG, Urt. v. 12.12.2018 - B 6 KA 41/17 R - SozR 4-2500 § 117 Nr. 7 hat bereits ausgeschlossen, dass die psychotherapeutischen Ausbildungsinstitute, die regelmäßig mehr Leistungen erbringen, als dem vollen Versorgungsauftrag eines zugelassenen Psychotherapeuten entspricht, in wörtlicher Anwendung der Regelungen des Beschlusses vom 22.09.2015 eine höhere Kompensation als die (in der Kalkulation der psychotherapeutischen GOP nicht mehr enthaltenen) „fiktiven“ Personalkosten erhalten. Die vom Bewertungsausschuss mit Beschluss vom 11.03.2016 eingeführte Begrenzung des Strukturzuschlages sollte eine Überkompensation bezogen auf die zu berücksichtigenden fiktiven Personalkosten bei zugelassenen Psychotherapeuten verhindern, die ihren vollen oder anteiligen Versorgungsauftrag übererfüllen. Mangels eines zugewiesenen Versorgungsauftrages ist diese Regelung nicht auf Ausbildungsinstitute übertragbar. Die aus dem Senatsurteil vom 12.12.2018 folgende Beschränkung des Strukturzuschlags auf den Berechnungsfaktor 0,5 für Ausbildungsinstitute gilt bei der gebotenen entsprechenden Anwendung des EBM auch ab dem Quartal II/16 weiter. § 7 Nr. 5 der Vergütungsvereinbarung zur Geltendmachung der Nachvergütungsansprüche steht nicht entgegen. Diese Ansprüche sind auch **nicht verwirkt**. Der vom LSG befürworteten Übertragung der Rechtsprechung des 1. Senats des BSG zur Verwirkung von Ansprüchen auf Vergütung stationärer Krankenhausbehandlung nach Erteilung einer vorbehaltlosen Schlussrechnung ist für die vorliegende Konstellation nicht zu folgen. Es **fehlt an der Schaffung eines Vertrauensstatbestandes** durch den Kl. Zum Zeitpunkt der Abrechnung, die der Kl. innerhalb der vier auf das Leistungsquartal folgenden Quartale vorzunehmen hatte, war ihm nicht bekannt, ob überhaupt, ggf. in welcher Höhe und nach welchen Kriterien die Vergütung rückwirkend erhöht werden würde. Eine erste Ankündigung des Erweiterten Bewertungsausschusses datiert aus Dezember 2013, und auch dieser war nur ganz allgemein zu entnehmen, dass die seit 2009 gültige Bewertung ambulanter psychotherapeutischer Leistungen einer Überprüfung unterzogen werde. Insofern hatte der Kl. - wie auch der Bekl. bewusst war - keine Möglichkeit, die Klageforderung bereits im Rahmen der ersten Abrechnung geltend zu machen. Auch der Umstand, dass niedergelassene Psychotherapeuten in der Regel nur dann einen Anspruch auf Nachvergütung haben, wenn sie den Eintritt der Bestandskraft des Honorarbescheides durch die Einlegung von Rechtsbehelfen verhindert haben, steht dem nicht entgegen, weil hier im Verhältnis Krankenkasse - Ausbildungsstätte keine Honorarbescheide ergehen.

1. Fallzahlabstaffelung: Beendigung einer Praxisgemeinschaft

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 09.02.2022 - L 7 KA 24/18

RID 22-02-1

www.juris.de

SGB V § 87b

Eine Ausnahme von der **Abstaffelung** kann nur beansprucht werden, wenn ein Arzt der eigenen BAG oder einer Arztpraxis in der näheren Umgebung seine Zulassung aufgibt und es dadurch zu einer außergewöhnlich starken Erhöhung der Fallzahlen kommt. Die **Beendigung einer Praxisgemeinschaft** fällt nicht unter diese Tatbestände; vielmehr liegt eine Aufgabe der Zulassung nur vor, wenn der Versorgungsauftrag nicht mehr ausgeübt wird (vgl. LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 22.12.2020 - L 7 KA 45/16 - RID 21-01-1, juris Rn. 47).

Der **Auszug eines Praxisgemeinschaftspartners**, der seine Tätigkeit in einer Entfernung von nur wenigen Kilometern fortsetzt, ist nicht im Ansatz vergleichbar mit der Aufgabe der Zulassung durch einen Arzt der eigenen BAG oder einen Arzt aus der näheren Umgebung der Arztpraxis.

Die Kl. ist eine BAG mit zwei Fachärzten für diagnostische Radiologie. Sie beehrte für das Quartal II/13 höheres Honorar in Höhe von 72.868,01 € im Wege einer Ausnahme von der Honorarabstaffelung nach § 11 HVM KV Berlin. **SG Berlin**, Urt. v. 09.05.2018 - S 83 KA 503/15 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

2. Verlustbegrenzungsregelung: Aufbringung aus Kontingent der Arztgruppe

LSG Hamburg, Urteil v. 19.01.2022 - L 5 KA 42/17

RID 22-02-2

www.juris.de
SGB V § 87b

Die **Verlustbegrenzungsregelung** in § 16 III HVM der KV Hamburg verstößt nicht gegen den Grundsatz der **Honorarverteilungsgerechtigkeit**. Soweit die zur Stützung erforderlichen Beträge für die Verlustbegrenzung nicht aus der Gesamtvergütung, sondern allein aus dem **Kontingent** der jeweiligen Arztgruppe aufgebracht werden können, ist dies noch mit dem Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit vereinbar.

Die Kl. betreibt in der Rechtsform einer GmbH mehrere Gesundheitszentren (MVZ). Die Beteiligten streiten um den Honorarbescheid für das Quartal I/14. **SG Hamburg**, UrT. v. 18.10.2017 wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

3. Abrechnungs-Sammelerklärung: Teil der einzureichenden Abrechnungsunterlagen

LSG Hessen, Urteil v. 16.02.2022 - L 4 KA 59/19

RID 22-02-3

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 85 IV 2, 87b

Leitsatz: 1. Eine Kassenärztliche Vereinigung darf für die Einreichung der **Quartalsabrechnungen Fristen** vorgeben und die Überschreitung solcher Fristen auch sanktionieren.

2. Die Erklärung zur Quartalsabrechnung (**Abrechnungs-Sammelerklärung**) ist wesentlicher Teil der einzureichenden Abrechnungsunterlagen.

3. Die Abgabe einer ordnungsgemäßen Abrechnungs-Sammelerklärung ist eine **eigenständige Voraussetzung** für die Entstehung des Anspruchs eines Kassen-/Vertragsarztes auf Vergütung der von ihm erbrachten Leistungen.

Die Kl. ist seit Juli 2002 als Fachärztin für Allgemeinmedizin (Rehabilitationswesen, Naturheilverfahren und Akupunktur) zugelassen. Zwischen den Beteiligten steht der Verlust von Abrechnungsansprüchen für die Quartale III/10 (ca. 65.973,60 €) und IV/10 (ca. 55.507,20 €) und des ärztlichen Bereitschaftsdienstes für das Quartal III/10 (ca. 2.394,56 €) in Streit. **SG Marburg**, UrT. v. 06.11.2019 - S 12 KA 385/14 - juris gab der Klage teilweise statt, das **LSG** wies auf die Berufung der Bekl. die Klage ab und verwarf die Anschlussberufung der Kl. als unzulässig.

II. Sachlich-rechnerische Richtigstellung

Nach BSG, UrT. v. 26.01.2022 - **B 6 KA 8/21 R** - werden mit den **Zuschlägen** nach den **GOP 31148 und 31828** in den dort geregelten Konstellationen Schnitt-Naht-Zeiten für jeweils weitere vollendete 15 Minuten bzw. für die entsprechende Fortsetzung der Narkose vergütet. Dabei gelten abhängig von der Kategorie des jeweiligen Haupteingriffes für die Abrechenbarkeit von Simultaneingriffen unterschiedliche **Voraussetzungen**. Bei Haupteingriffen der Kategorien 1 bis 6 (kalkulierte Schnitt-Naht-Zeiten von 15 bis 120 Minuten) findet für die Berechnung der Zuschläge Nr. 3 i.V.m. Nr. 15 Präambel 2.1 zu Anhang 2 EBM-Ä Anwendung. Bei Haupteingriffen der Kategorie 7 (kalkulierte Schnitt-Naht-Zeit über 120 Minuten) - wie sie hier erfolgt sind - ist dagegen Nr. 4 dieser Präambel einschlägig. Danach ist auch bei einem simultan durchgeführten Eingriff neben einem Haupteingriff der Kategorie 7 für die Berechnung der Zuschläge die Überschreitung einer Schnitt-Naht-Zeit von 120 Minuten um mindestens weitere 15 Minuten erforderlich. Diese Voraussetzungen werden hier nicht erreicht. Die Befugnis der Bekl. zur sachlich-rechnerischen Richtigstellung war auch nicht durch **Vertrauensschutzgesichtspunkte** eingeschränkt. Einschlägige Auskünfte und Schreiben der Beklagten, auf die sich die Kl. in diesem Zusammenhang beruft, sind zeitlich nach Erbringung der Leistungen erfolgt und haben keinen konkreten Bezug zu dem Quartal II/13. Eine vorbehaltlose Bestätigung der hier streitigen Honorarabrechnung durch die Bekl. liegt hierin nicht.

1. Fehlende Unterschrift des ärztlichen Leiters eines MVZ in der Abrechnungs-Sammelerklärung

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 01.09.2021 - L 11 KA 49/17

RID 22-02-4

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 9/22 B
www.juris.de
SGB V a.F. §§ 87b, 95 I 3, 106a

Abrechnungen sind formal fehlerhaft, wenn die Gesamtaufstellungen für die betreffenden Quartale nicht durch den **ärztlichen Leiter eines MVZ** nach Maßgabe des HVM unterzeichnet worden sind.

Eine Auslegung der Bestimmung dahingehend, dass als „ärztlicher Leiter“ i.S.d. § 1 IV 5 HVM der **Geschäftsführer der Trägergesellschaft** des MVZ auch dann angesehen werden kann, wenn er selbst weder angestellter Arzt noch Vertragsarzt ist und insb. nicht die ärztliche Leitung des MVZ innehat, ist ausgeschlossen. Damit entfällt die Garantiefunktion und folglich eine konstitutive Voraussetzung für die Abrechnung.

Das **Unterschriftserfordernis des ärztlichen Leiters** in einem HVM ist mit **höherrangigem Recht vereinbar**. Auch wenn der HVM in erster Linie der Verteilung der Gesamtvergütung dient, dürfen in ihm auch Sachverhalte geregelt werden, die mit der Honorarverteilung im Zusammenhang stehen und die für die Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit der vertragsärztlichen Abrechnung von Bedeutung sind. Dazu rechnen insb. Bestimmungen über die Form und den Zeitpunkt der Vorlage der Abrechnung, sondern auch über die Fälligkeit der Honorarforderung und die Zahlung von Abschlägen (BSG, Urt. v. 25.08.1999 - B 6 KA 34/98 R - SozR 3-2500 § 85 Nr. 32 Rn. 14 m.w.N.) sowie über die dabei einzuhaltenden Fristen (BSG, Urt. v. 22.06.2005 - B 6 KA 19/04 R - SozR 4-2500 § 85 Nr. 19 Rn. 21). Damit ist auch das Erfordernis einer Unterschrift unter der Gesamtaufstellung gedeckt. Denn erst diese bewirkt die Garantiefunktion der Sammelerklärung als eigenständiger Voraussetzung für die Entstehung des Anspruchs eines Vertragsarztes bzw. eines MVZ auf Vergütung der von ihm erbrachten Leistungen (hierzu grundlegend: BSG, Urt. v. 17.09.1997 - 6 RKa 86/95 - SozR 3-5550 § 35 Nr. 1 Rn. 19). Die Auffassung von Hartmannsgruber (FS Hermann Plagemann zum 70. Geburtstag, 2020, S. 375), für das Entstehen eines generellen Vergütungsanspruches sei (nur) die Leistungserbringung im Quartal und die Vorlage einer Abrechnung - unabhängig von der Abgabe einer Sammelerklärung - ausreichend, überzeugt nicht.

Eine Regelung, anstelle des ärztlichen Leiters nicht stattdessen oder alternativ die **Unterschrift der gesetzlichen Vertretung der Trägergesellschaft** (hier: Geschäftsführer einer GmbH) zu fordern bzw. zuzulassen, ist gleichfalls nicht aus Rechtsgründen zu beanstanden. Durch die Stellung des ärztlichen Leiters als des Gesamtverantwortlichen gegenüber der KV wird der Geschäftsführer der Träger-GmbH nicht aus seiner gesetzlichen Vertretung verdrängt. Im Bereich der ärztlichen Steuerung der Betriebsabläufe und der Gesamtverantwortung gegenüber der KV kommt dem ärztlichen Leiter im Rahmen eines von einer GmbH getragenen MVZ eine bereichsspezifische Sonderfunktion zu.

Der Senat stellt in diesem Zusammenhang ausdrücklich klar, dass mit der Rechtmäßigkeit des § 1 IV 5 HVM nichts darüber gesagt ist, ob die **abweichenden Regelungen in HVMen anderer KVen**, in denen z.T. auch oder zusätzlich die Unterschrift des Geschäftsführers der Trägergesellschaft oder diejenige aller im MVZ tätiger Ärztinnen und Ärzte verlangt wird, mit höherrangigem Recht vereinbar sind.

Ein **vollständiger Honorarverlust** bei nicht fristgemäßer Vorlage einer ordnungsgemäßen Abrechnung wegen fehlender Unterschrift des ärztlichen Leiters eines MVZ ist zulässig. Schwierigkeiten, die sich aus der Abwesenheit eines ärztlichen Leiters für einen vorübergehenden Zeitraum ergeben, kann durch Bestellung eines stellvertretenden ärztlichen Leiters vorgebeugt werden. Es handelt sich um einen **grob fahrlässigen Normverstoß**, wenn im Vordruck auf das Unterschriftserfordernis des ärztlichen Leiters hingewiesen wird. In Fällen, bei denen gar keine Sammelerklärung abgegeben wird, kommt eine **Honorarschätzung** nicht in Betracht.

Die Kl. betrieb im streitigen Zeitraum II u. III/13 in der Rechtsform der GmbH ein MVZ. Im November 2013 wandte sich Frau Dr. T an die Bekl. und wies darauf hin, dass sie durch den Geschäftsführer der Kl. „eigenmächtig seit 18. Juli 2013 als ärztliche Leiterin benannt“ worden sei. Diese Angabe sei falsch und „rückwirkend zu löschen“. Die Bekl. hob mit Bescheid vom 14.02.2014 die Honorarbescheide für die Quartale II u. III/13 auf und forderte Honorar in Höhe von insgesamt 135.819,69 € wegen der fehlerhaften Leiterbestellung zurück. Der Widerspruch blieb erfolglos. SG Düsseldorf, Beschl. v. 20.07.2015 - 33 KA 158/15 ER - lehnte den Antrag auf Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung der Klage ab, LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 24.02.2016 - L 11 KA 58/15 B ER - RID 16-02-17 wies die Beschwerde zurück. **SG Düsseldorf**, Urt. v. 21.06.2017 - S 33 KA 288/14 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

2. Verspätet vorgelegter Fortbildungsnachweis

SG Stuttgart, Gerichtsbescheid v. 05.08.2021 - S 24 KA 2652/19

RID 22-02-5

www.juris.de
SGB V § 95d

Ein Verstoß gegen die Fortbildungspflicht eines Vertragsarztes, der die Kassenärztliche Vereinigung zur Honorarkürzung verpflichtet, liegt auch dann vor, wenn die erforderlichen **Fortbildungen zwar innerhalb der Frist absolviert, aber der darüber ausgestellte Fortbildungsnachweis verspätet vorgelegt wird.**

Die Kl. - eine zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Kinder- und Jugendärztin - absolvierte im für sie geltenden Fünfjahreszeitraum zwar die erforderlichen Fortbildungen, sodass die Landesärztekammer ihr ein Fortbildungszertifikat ausstellte, versäumte es aber, dieses nach § 95d III 1 SGB V bei der bekl. KV fristgerecht vorzulegen. Die KV kürzte bis zur Übersendung des Nachweises das Quartalshonorar der Kl. zunächst um 10 % und dann um 25 %. Das **SG** wies die Klage ab.

Zit. nach Pressemitteilung des SG Stuttgart v. 02.08.2021 - juris

3. Honorarkürzung wegen Nichtanbindung an die Telematikinfrastruktur

SG Stuttgart, Urteil v. 27.01.2022 - S 24 KA 166/20

RID 22-02-6

www.juris.de
SGB V §§ 291 IIb 3 u. 14, 291b; SGB I § 35; EUV 2016/679

Leitsatz: Eine einprozentige **Honorarkürzung** bei einem Vertragsarzt, der den Anschluss an die **Telematikinfrastruktur** im Quartal I/19 nicht durchgeführt hat, ist rechtmäßig. § 91 Abs. 2b Satz 3, Satz 14 SGB V a.F. verstoßen weder gegen Vorschriften der DSGVO noch gegen die Berufsausübungsfreiheit.

Das **SG** wies die Klage ab.

4. Nachweis einer Rückmeldung zum Arztinfobrief

LSG Hessen, Urteil v. 16.03.2022 - L 4 KA 42/19

RID 22-02-7

SGB V § 106d

Die Auffassung der Vorinstanz, wonach die **Rückmeldung zum Arztinfobrief** innerhalb der 10-Tagesfrist nicht nachgewiesen ist, wenn kein **Fax-Sendebericht** vorgelegt wird, wonach das Antwortschreiben innerhalb der zehntägigen Frist erfolgreich abgesandt wurde, ist nicht zu beanstanden.

Die Kl. ist eine BAG mit zwei zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Fachärzten für Innere Medizin. Die Bet. streiten um die sachlich-rechnerische Berichtigung des Honorars für das Quartal II/15 in Bezug auf die jeweils zweimalige Absetzung der Nr. 34291 EBM (651,12 €) nebst der Begleitleistungen nach Nr. 01520 EBM (199,80 €) und Nr. 40300 EBM (363,00 €) im Wert von insgesamt 1.213,92 €. **SG Marburg**, Gerichtsbb. v. 10.05.2019 - S 12 KA 438/17 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

5. Lauf der Jahresfrist nach § 45 IV 2 SGB X

LSG Mecklenburg-Vorpommern, Urteil v. 18.11.2020 - L 1 KA 2/17

RID 22-02-8

www.juris.de
SGB V a.F. § 106a; SGB X § 45 IV 2

Ein ermächtigter Nuklearmediziner, der nur auf Überweisung durch niedergelassene Fachärzte bzw. Nuklearmediziner tätig werden darf, **verletzt in besonders schwerem Maße** die erforderliche **Sorgfalt**, wenn er auf Überweisung von ermächtigten Ärzten in seinem eigenen Krankenhaus Leistungen erbringt und abrechnet.

Die **Jahresfrist** nach § 45 IV 2 SGB X beginnt wegen ausreichender Kenntnis des KV-Vorstands zu laufen, wenn der KV-Vorstand nach Anhörung des Arztes beschließt (hier: am 27.01.2010), **Strafanzeige** wegen des Verdachts des Abrechnungsbetruges **zu erstatten**, ein Disziplinarverfahren einzuleiten und darüber hinaus die Verwaltung zu beauftragen, die sachlich-rechnerische Richtigstellung im Hinblick auf die mutmaßlich vorsätzliche Falschabrechnung vorzunehmen. Die

tatsächlich dann erst im Mai 2014, ca. 4 Jahre später, kurz vor Abschluss des strafrechtlichen Ermittlungsverfahrens eingeleitete sachlich-rechnerische Richtigstellung erfolgte somit deutlich verspätet.

Die Bekl. nahm eine Richtigstellung der Honorarforderungen für die Quartale II/02 bis IV/09 in Höhe von insgesamt 342.147,77 € vor (Bescheid v. 07.05.2014 in Gestalt des Widerspruchsbescheides v. 02.12.2014). **SG Schwerin**, Urt. v. 14.12.2016 - S 3 KA 52/14 - wies die Klage ab, das **LSG** hob den angefochtenen Bescheid auf. **BSG**, Beschl. v. 26.01.2022 - B 6 KA 9/21 B - juris wies die Nichtzulassungsbeschwerde zurück.

6. Ermächtigter Krankenhausarzt: Gebot der persönlichen Leistungserbringung

SG München, Urteil v. 16.03.2022 - S 38 KA 300/19

RID 22-02-9

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V a.F. § 106a; SGB X § 45; Ärzte-ZV § 32a S. 1

Leitsatz: I. Für den **ermächtigten Krankenhausarzt** ist es gesetzlich nicht vorgesehen, weitere Ärzte wie Oberärzte und Assistenzärzte, auf die er qua seiner stationären Funktion und Stellung eventuell Zugriff hat, zur Erbringung ambulanter Leistungen, die zu seinem Ermächtigungsumfang gehören, hinzuzuziehen. Macht er dies, verstößt er gegen das **Gebot der persönlichen Leistungserbringung**.

II. Der Amtsermittlungsgrundsatz nach § 20 SGB X schließt es nicht aus, begonnene **Ermittlungen** einzustellen und später **wieder aufzunehmen**. Nachdem die Staatsanwaltschaft, was die Ermittlungen betrifft, mit wesentlich weitreichenderen Kompetenzen ausgestattet ist, ist es nachvollziehbar, wenn bei Unregelmäßigkeiten, die daneben einer strafrechtlichen Würdigung bedürfen, die Verwaltungsbehörde den Ausgang des Ermittlungsverfahrens durch die Staatsanwaltschaft abwartet und ihre eigenen Ermittlungen zurückgestellt.

III. Haben die eigenen Ermittlungen der Behörde oder die Ermittlungen der Staatsanwaltschaft, von denen die Behörde Kenntnis erhalten hat, eine Ermittlungsdichte erreicht, die als hinreichend sichere Informationsgrundlage anzusehen ist, ist ab diesem **Zeitpunkt** von einer **Kenntnis** im Sinne des **§ 45 Abs. 4 S. 2 SGB X** auszugehen.

IV. Nach § 120 SGB V (§ 120 Abs. 1 S. 3 SGB V) wird die den ermächtigten Krankenhausärzten zustehende **Vergütung** für diese vom Krankenhausträger mit der Kassenärztlichen Vereinigung abgerechnet und nach Abzug der anteiligen Verwaltungskosten sowie der dem Krankenhaus nach Satz zwei entstehenden Kosten an die berechtigten Krankenhausärzte weitergeleitet. Wird das Honorar nicht an den ermächtigten Krankenhausarzt weitergereicht, kann dieser seinen **Anspruch gegenüber dem Krankenhausträger** vor den **Zivilgerichten** geltend machen. Einer Beiladung des Krankenhausträgers im Verfahren vor den Sozialgerichten nach § 75 SGG bedarf es nicht.

V. Es spricht gegen eine persönliche Leistungserbringung durch den Vertragsarzt, wenn die ausgestellten **Rezepte** nicht dessen **Unterschrift** tragen. Das **Gebot der persönlichen Leistungserbringung** gilt nicht nur für Behandlungen des an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arztes, sondern auch für die Rezeptausstellung durch den behandelnden Arzt (BSG, Urt. v. 20.03.2013 - B 6 KA 17/12 R - SozR 4-5540 § 48 Nr. 2), da ein Zusammenhang zwischen der Behandlung einerseits und der Rezeptausstellung andererseits besteht. Letztere folgt dem Behandlungsgeschehen.

Im Streit steht die Plausibilitätsprüfung für die Quartale I/10 bis II/13 (Rückforderungssumme nach Reduzierung: 85.586,73 €). Das **SG** wies die Klage ab.

7. Verkürzung der Ausschlussfrist: Zeitpunkt der Geltung

SG Marburg, Gerichtsbescheid v. 28.03.2022 - S 12 KA 1/22

RID 22-02-10

Berufung anhängig: LSG Hessen

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 106d

Leitsatz: Die **Verkürzung der Ausschlussfrist** auf zwei Jahre für eine Honorarberichtigung gilt nur für die Honorarbescheide, die erst nach deren Inkrafttreten am 11.05.2019 wirksam wurden. Für die Geltung der zweijährigen Ausschlussfrist ist nicht auf den Zeitpunkt des Honorarrückforderungsbescheids abzustellen, sondern auf den Zeitpunkt der zu berichtigenden Honorarbescheide. Für die Konkretisierung des intertemporalen Rechts ist diesbezüglich nicht auf Art.

169 Abs. 2 und Art. 231 § 6 Abs. 2 und 3 EGBGB abzustellen (entgegen SG Dresden, Beschl. v. - S 25 KA 18/20 ER - juris Rdnr. 26 f.).

Die Beteiligten streiten über die Rechtmäßigkeit der Rückforderung aus einer Plausibilitätsprüfung bezüglich der fünf Quartale III/17 bis III/18 in Höhe von 24.305,28 € und hierbei insb. um die Frage, ob einer Rückforderung die sog. Ausschlussfrist entgegensteht. Das **SG** wies die Klage ab.

8. Fehlende Genehmigung: Testungen im Zusammenhang mit SARS-Cov 2

SG München, Urteil v. 16.03.2022 - S 38 KA 321/21

RID 22-02-11

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

Leitsatz: I. Einer **Genehmigung** zur Erbringung bestimmter vertragsärztlicher Leistungen ist **konstitutive Wirkung** beizumessen. Es muss sich hierbei um eine rechtsbehelfsfähige Entscheidung mit Außenwirkung der zuständigen Behörde handeln, aus der klar hervorgeht, dass für dort aufgezählte Leistungen eine Berechtigung besteht, diese zulasten der GKV abrechnen zu dürfen. Diese Voraussetzungen erfüllt eine vorgelegte Bescheinigung einer anderen Behörde nicht. Ebenfalls können Eintragungen im Arztregister, die eventuell auf eine Genehmigung zur Erbringung bestimmter Leistungen hindeuten, eine Genehmigung nicht ersetzen.

II. Die Durchführung und Abrechnung von Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 32811 und 32816 (**Testungen im Zusammenhang mit SARS-Cov 2**) zulasten der GKV setzt eine entsprechende Genehmigung voraus.

III. Die Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 32811 und 32816 (Testungen im Zusammenhang mit SARS-Cov 2) sind nur für **bestimmte Facharztgruppen**, nämlich von Fachärzten für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie, nicht aber von Fachärzten für Infusionsmedizin abrechenbar.

Der Kl., der Facharzt für Transfusionsmedizin ist, wandte sich gegen eine sachlich-rechnerische Richtigstellung im Quartal IV/20 (Rückforderungsbetrag: 30.504,60 €) bzgl. der GOP 32816 und 40111. Die Richtigstellung erfolgte mit der Begründung, diese GOP seien für Fachärzte der Transfusionsmedizin nicht abrechenbar. Etwas Anderes folge auch nicht aus dem E-Mail-Kontakt zwischen der kl. Praxis und dem Präsenzberater S. Auch die Bestätigung des Bayerischen Landesamtes für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit vom 26.10.2020 führe nicht zur Abrechnungsfähigkeit der begehrten Leistungen. Denn es gebe diesbezüglich keinen Zusammenhang mit der Abrechnung von EBM-Positionen. Des Weiteren sei der Kl. auch nicht im Besitz einer entsprechenden Genehmigung, die für die Abrechnung der von ihm begehrten Gebührenordnungspositionen vorauszusetzen sei. Das **SG** wies die Klage ab.

9. Nr. 01510 EBM (Zusatzpauschalen für Beobachtung und Betreuung): Myelodysplastisches Syndrom

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 23.11.2021 - L 5 KA 2988/19

RID 22-02-12

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

Dass der **Ausgangsbescheid** von der **Leiterin der Geschäftsstelle** und nicht von einem Mitglied des Plausibilitätsausschusses **unterzeichnet** worden ist, führt nicht zur formellen Rechtswidrigkeit des angefochtenen Bescheides. Es ist nicht zu bestanden, dass die Verfahrensordnung nicht vorsieht, dass die Ausschussmitglieder namentlich genannt werden und/oder diese den Bescheid zu unterzeichnen haben.

Die **Nr. 01510 EBM** „Zusatzpauschalen für Beobachtung und Betreuung“ kann abgesetzt werden, soweit keine entsprechende Indikation vorlag. Die Diagnose **Anämien** erfüllt nicht die Leistungslegende der GOP 01510 EBM.

Die Diagnose **myelodysplastisches Syndrom** (ICD-10-GM D46) hingegen erfüllt die Leistungslegende. Das myelodysplastische Syndrom gehört zu den malignen hämatologischen Erkrankungen und ist deshalb ein Malignom im Sinne der GOP 01510 EBM. Für die Wortlautauslegung medizinischer Begriffe, die in einer Gebührenordnung zur Abrechnung ärztlicher Leistungen Verwendung finden, kommt es auf den medizinisch-wissenschaftlichen Sprachgebrauch an. Der Rückgriff auf andere Leistungsverzeichnisse bzw. Gebührenordnungen ist nicht zulässig, wenn die GOP auf diese Verzeichnisse - hier ICD-10-GM - nicht ausdrücklich Bezug nimmt.

Die Bekl. strich in den Quartalen I/13 bis IV/15 die GOP 01510 EBM 886-mal und forderte von der Klägerin insgesamt 54.889,57 € zurück. **SG Stuttgart**, Urt. v. 30.04.2019 - 5 KA 3865/17 - wies die Klage ab, das **LSG** hob den angefochtenen Bescheid insoweit auf, als die GOP 01510 EBM einschl. der regionalen GOP 99983 wegen Übermittlung der Diagnose „myelodysplastisches Syndrom“ (ICD-10-GM D46.-) gestrichen worden war, und wies im Übrigen die Berufung zurück.

10. Keine Abrechnung zahnärztlicher Leistungen durch MKG-Belegarzt

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 02.02.2022 - L 3 KA 53/17

RID 22-02-13

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 13/22 B
www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 88, 121 IV; BMV-Ä §§ 41 VIII, 44 VI

Leitsatz: Die Kosten für die Herstellung von Verbandsplatten und für Abformmaterial, die für die Durchführung **belegärztlicher Operationen** durch einen MKG-Chirurgen anfallen, sind von der Kassenärztlichen Vereinigung nicht gesondert als **Sachkosten** zu erstatten.

SG Hannover, Urt. v. 24.05.2017 - S 20 KA 97/13 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

11. Streitwertfestsetzung und Abänderungsbescheid

LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 08.02.2022 - L 7 KA 2/22 B

RID 22-02-14

www.juris.de
GKG §§ 40, 63, 68; SGG § 96

Der **Streitwert** ist in Höhe der mit der Klage geltend gemachten **Vergütung** von weiteren Behandlungsscheinen festzusetzen. Nach Klageerhebung ergehende **begünstigende Änderungsbescheide** sind ohne Auswirkung auf den Streitgegenstand bzw. Streitwert. **Angaben eines Klägers** müssen nicht unkritisch und ohne eigene Prüfung für die Festsetzung des Streitwerts übernommen werden.

SG Potsdam, Beschl. v. 16.12.2021 - S 1 KA 51/20 WA - setzte den Streitwert auf 3.814,32 € fest, das **LSG** wies die Beschwerde mit dem Antrag auf Festsetzung in Höhe von 9.332,78 € zurück.

Parallelverfahren:

LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 14.01.2022 - L 7 KA 26/21 B

RID 22-02-15

www.juris.de

III. Genehmigung/Notdienst

Nach BSG, Urt. v. 06.04.2022 - **B 6 KA 12/21 R** - handelt es sich nicht um eine Fortsetzungsfeststellungsklage, sondern ist eine **Feststellungsklage** zu erheben, wenn die KV keinen Verwaltungsakt erlassen, sondern ihre Rechtsansicht mitgeteilt hat. Auch liegt darin nicht die Ablehnung eines Verwaltungsakts, weil die Auslagerung von Praxisräumen nicht genehmigungs- sondern nur anzeigepflichtig ist. Das Feststellungsinteresse ist zu bejahen, da ohne gerichtliche Klärung die Gefahr einer Untersagung des - ausgelagerten - Praxisbetriebes oder von Honorarkürzungen besteht. Dem Erfordernis der „**räumlichen Nähe**“ zum Vertragsarztsitz in § 24 Abs. 5 Ärzte-ZV steht nicht entgegen, dass sich die Praxisräume für Laboruntersuchungen 9 km entfernt vom Vertragsarztsitz in P befinden und von dort aus innerhalb von 19 Minuten in verkehrstarken Zeiten zu erreichen sind. Bei der **Auslagerung von Praxisräumen** sieht der Senat die zeitliche **Erreichbarkeit am Vertragsarztsitz innerhalb von maximal 30 Minuten** generell als geeignetes Kriterium zur Bestimmung der räumlichen Nähe an. Es stellt sicher, dass der Vertragsarzt zur Durchführung seiner Sprechstunden und auch bei Notfällen am Vertragsarztsitz persönlich zur Leistungserbringung in angemessener Zeit zur Verfügung steht. Es trägt unterschiedlichen Anforderungen an ländlich strukturierte Gebiete wie auch an dicht besiedelte Großstadtgebiete hinreichend Rechnung. An der zur überholten berufsrechtlichen Vorgängerregelung vertretenen Ansicht, dass „in den Augen des Publikums“ eine organisatorisch einheitliche Praxis auch bei Auslagerung einer Praxisstätte vorliegen muss, hält der Senat nicht fest. Engere Organisationsstrukturen sind durch Digitalisierungen möglich geworden. Der Senat kann **offen lassen**, ob möglicherweise bei **reinen Laboruntersuchungen**, die **ohne Arzt-Patienten-Kontakt** in **ausgelagerten Praxisräumen** durchgeführt werden, im Einzelfall auch längere Wegezeiten als 30 Minuten in Betracht kommen. Darauf kommt es hier nicht an, weil bereits die Grenze von 30 Minuten nicht erreicht wird. Im wiedereröffneten Berufungsverfahren wird das LSG auch angesichts der Größe der angezeigten Praxisstätte bewerten müssen, ob die **Tätigkeit am Sitz des MVZ** die **Tätigkeit an weiteren Orten zeitlich insgesamt überwiegt**, wie es § 17 Abs. 1a Satz 5 BMV-Ä vorsieht. Seit den Änderungen der Muster-Berufsordnung ab 2003 und von § 24 Ärzte-ZV ab 2007 gilt zwar nicht mehr, dass in ausgelagerten Praxisstätten keine Leistungen erbracht werden dürfen, die auch am Hauptsitz erbracht werden. Es gilt aber weiterhin, dass sich diese von Zweigpraxen dadurch unterscheiden, dass **in ausgelagerten Praxisstätten nur spezielle Untersuchungs- und Behandlungsleistungen** erbracht werden dürfen. Dabei ist der Begriff der speziellen Leistungen nach Auffassung des Senats nicht allein auf das von der jeweiligen Arztgruppe erbrachte Leistungsspektrum **zu beziehen**, sondern **auf die vom einzelnen Arzt bzw. MVZ an der Hauptbetriebsstätte erbrachten Leistungen**. Deshalb kann ein Arzt nicht mit Erfolg geltend

machen, dass er ganz überwiegend spezielle Leistungen erbringe und deshalb berechtigt sei, in einer ausgelagerten Praxisstätte im Wesentlichen die gleichen Leistungen wie am Hauptsitz der Praxis anzubieten.

1. Vertretung nach Beendigung der Anstellung durch vormals angestellten Arzt

SG Marburg, Urteil v. 19.01.2022 - S 17 KA 346/19

RID 22-02-16

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

Ärzte-ZV §§ 32 I 5, 32b VI 1

Leitsatz: Ein Vertragsarzt/eine Vertragsärztin darf nach **Beendigung der Anstellung** übergangsweise **sich selbst** auf dem vakant gewordenen Arztsitz **vertreten**.

Das Verfahren betrifft die Rechtsfrage, ob sich eine ehemals in einem MVZ angestellte Ärztin gem. § 32b VI Ärzte-ZV auf dem vakant gewordenen Arztsitz selbst „vertreten“ kann. Dr. E war bei dem kl. MVZ angestellt, zuletzt mit jeweils einem halben Versorgungsauftrag als Fachärztin für Anästhesiologie und für Allgemeinmedizin. Das Beschäftigungsverhältnis wurde zum 30.09.2017 beendet. Die Kl. beschäftigte sodann für die Zeit 01.10.2017 bis November 2017 Dr. E als Vertreterin des nunmehr vakanten halben Sitzes für Allgemeinmedizin. Die Leistungen der Dr. E wurden im Honorarbescheid für das Quartal IV/17 vollständig von der Vergütung ausgeschlossen. Hiergegen legte die Kl. Widerspruch ein. Die Bekl. lehnte mit Bescheid vom 11.12.2018 die Genehmigung für die Vertretung von Dr. E ab. Ein Vertragsarzt dürfe sich nur durch einen „anderen Vertragsarzt“ vertreten lassen. Eine Vertretung durch sich selber sei gesetzlich nicht vorgesehen. Die Ärzte-ZV verlange eine Personenverschiedenheit. Mit ihrem erfolglosen Widerspruch trug die Kl. vor, dass betreffend des hälftigen Versorgungsauftrages im Bereich der Anästhesie schnell eine Nachfolgerin gefunden worden sei. Für den hälftigen hausärztlichen Versorgungsauftrag habe sich die Nachfolge schwieriger gestaltet. Aus diesem Grund habe sie mit Dr. E vereinbart, dass diese die hausärztliche Versorgung zunächst aufrechterhalte, indem sie den vormals durch sie bekleideten, nunmehr vakanten Sitz als Vertreterin besetzte. Das **SG** stellte fest, dass der angefochtene Bescheid rechtswidrig gewesen ist und die Beklagte verpflichtet gewesen wäre, die Vertretung durch Frau Dr. med. E. in der Zeit vom 01.10.2017 bis 11.12.2017 auf dem vakanten hausärztlichen Angestelltensitz mit Faktor 0,5 bei der Kl. zuzulassen.

2. Notdienst

a) Befreiung: Verweis auf Vertretung setzt normativ abgesicherte Dauervertretung voraus

SG Mainz, Urteil v. 20.01.2022 - S 3 KA 9/20

RID 22-02-17

www.juris.de

SGB V § 75 I 1, Ib 1

Eine KV überschreitet ihren **Gestaltungsspielraum**, soweit sie einen Arzt zur Teilnahme am Bereitschaftsdienst verpflichtet, der aus persönlichen Gründen hierzu nicht in der Lage ist und nicht sicher ausgeschlossen werden kann, dass dieser den Dienst selbst versehen muss (BSG, Ur. v. 19.08.2015 - B 6 KA 41/14 R - BSGE 119, 248 = SozR 4-2500 § 75 Nr. 15, juris Rn. 22).

Macht die KV die Befreiung eines persönlich ungeeigneten Arztes davon abhängig, ob es diesem finanziell zumutbar ist, sich auf eigene Kosten vertreten zu lassen, ist dies dem Grunde nach nicht zu beanstanden (BSG, Ur. v. 06.02.2008 - B 6 KA 13/06 R - SozR 4-2500 § 75 Nr. 7, juris Rn. 14). Ein solches Vorgehen setzt jedoch die Existenz einer **normativ abgesicherten Dauervertretung** voraus. Die KV muss durch den Erlass entsprechender Regelungen zuverlässig sicherstellen, dass ein Vertreter zur Verfügung steht. Die Letztverantwortung für die Ausübung des Bereitschaftsdienstes muss bei der KV liegen, wenn der zum Dienst eingeteilte Arzt niemanden findet, der den Dienst übernimmt, oder der vorgesehene Arzt kurzfristig ausfällt (BSG, Ur. v. 19.08.2015 - B 6 KA 41/14 R - aaO. Rn 22).

Das **SG** verpflichtete die Bekl., die Kl. über den 30.04.2019 hinaus von der Teilnahme am vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst zu befreien.

b) Heranziehung von Privatärzten zum KV-Notdienst (KV Hessen)

SG Marburg, Gerichtsbescheid v. 15.02.2022 - S 12 KA 136/21

RID 22-02-18

Berufung anhängig: LSG Hessen
HessHeilberG § 23 Nr. 2; GG Art. 3 I

Leitsatz: Die Kassenärztliche Vereinigung Hessen ist grundsätzlich berechtigt, **Privatärzte** zur **Teilnahme am Ärztlichen Bereitschaftsdienst heranzuziehen**. Der Umfang der Verpflichtung zur Teilnahme am Ärztlichen Bereitschaftsdienst hat sich dabei aber am Umfang der privatärztlichen Tätigkeit auszurichten. Insofern ist die Vorschrift zur Reduzierung des Teilnahmeumfangs nach § 3 Abs. 3 Satz 3 der maßgeblichen Bereitschaftsdienstordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen wegen Verstoßes gegen den Grundsatz zur Gleichbehandlung rechtswidrig.

Die Beteiligten streiten um die Befreiung des Kl. als Privatarzt vom von der Bekl. organisierten Ärztlichen Bereitschaftsdienst. Das **SG** verpflichtete die Bekl., den Kl. unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts über seinen Antrag neu zu bescheiden, und wies im Übrigen die Klage ab.

c) Kostenbeteiligung der Privatärzte am ärztlichen Bereitschaftsdienst: Fehlende Rechtsgrundlage

LSG Hessen, Beschluss v. 17.03.2022 - L 4 KA 3/22 B ER

RID 22-02-19

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGG § 86b I 1 Nr. 2; HessHeilberG § 23 Nr. 2

Leitsatz: 1. Es bestehen ernstliche Zweifel daran, dass § 3 Abs. 3 S. 1 und § 8 der Bereitschaftsdienstordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen in der von der Vertreterversammlung am 25. Mai 2013 beschlossenen Fassung, zuletzt geändert am 30. März 2019, auf einer hinreichenden höherrangigen **Ermächtigungsgrundlage** beruhen, soweit damit **Privatärzte**, die nicht Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen sind, zu **Beiträgen zur Finanzierung** des Bereitschaftsdienstes der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen herangezogen werden sollen.

2. Zu den Anforderungen des Verfassungs-, Bundes- und Landesrechts an die Regelung der Teilnahme- und Beitragspflicht von Privatärzten an einem Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigung.

SG Marburg, Beschl. v. 20.12.2021 - S 12 KA 305/21 ER - RID 22-01-32 lehnte den Antrag auf Anordnung der aufschiebenden Wirkung der Widersprüche ab, das **LSG** ordnete die aufschiebende Wirkung der Widersprüche bis zur rechtskräftigen Entscheidung in der Hauptsache an.

Parallelverfahren:

LSG Hessen, Beschluss v. 17.03.2022 - L 4 KA 1/22 B ER

RID 22-02-20

d) Beitragszahlung von Privatärzten: Fehlender Anordnungsgrund

SG Marburg, Beschluss v. 22.02.2022 - S 11 KA 22/22 ER

RID 22-02-21

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGG § 86b I 1 Nr. 2; HessHeilberG § 23 Nr. 2

Leitsatz: Auch wenn ein erstinstanzliches Gericht durch seine bisherigen **Hauptsacheentscheidungen** in Musterverfahren zu erkennen gegeben hat, dass es die zugrundeliegenden Verwaltungsentscheidungen für **rechtswidrig** hält, kann in einem sozialgerichtlichen **Eilverfahren** dennoch nicht auf das Vorliegen einer **unbilligen Härte** verzichtet werden. Der pauschale Verweis, dass sich allein aus der drohenden **Vollstreckung** der streitgegenständlichen Bescheide (hier: Gesamtforderung für die Jahre 2019 und 2020 mit einem Umfang von 276,38 €, von denen 153,38 € bereits entrichtet wurden) die Eilbedürftigkeit ergibt, kann eine solche Härte nicht begründen.

Das **SG** lehnte den Antrag auf Anordnung der aufschiebenden Wirkung der Widersprüche ab.

IV. Wirtschaftlichkeitsprüfung/Arzneikostenregress

Nach BSG, Urt. v. 06.04.2022 - **B 6 KA 6/21 R** - stellt der Senat klar, dass die - bis zur Änderung durch das Terminservice- und Versorgungsgesetz - im Grundsatz geltende, in der Rspr. des Senats für Maßnahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung entwickelte **vierjährige Ausschlussfrist** auch für **Beratungen** gilt. Das Gebot der

Rechtssicherheit verlangt, auch bei diesen Maßnahmen der Gefahr eines „ewigen Prüfverfahrens“ entgegenzuwirken. Die im Prüfzeitraum für Richtgrößenprüfungen vorgesehene **zweijährige Ausschlussfrist** (§ 106 Abs. 2 Satz 2 Halbsatz 2 SGB V a.F.) gilt nach dem klaren **Normwortlaut** jedoch **nur bei der Festsetzung eines den Krankenkassen zu erstattenden Mehraufwands**. Dass der Gesetzgeber nicht über den Wortlaut hinaus auch Beratungen einer zweijährigen Ausschlussfrist unterwerfen wollte, ergibt sich - ungeachtet der weit gefassten Formulierung in der Gesetzesbegründung zum GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz - jedenfalls aus der aktuellen Gesetzesentwicklung. Durch den heutigen § 106 Abs. 3 Satz 3 SGB V hat der Gesetzgeber den Anwendungsbereich der zweijährigen Ausschlussfrist zwar erweitert, diese insbesondere nicht mehr nur auf den Bereich der Richtgrößenprüfung beschränkt. Gleichzeitig hat er präzisiert, dass die zweijährige Ausschlussfrist nur für die „Festsetzung einer Nachforderung oder einer Kürzung“ gilt. Beratungen werden trotz des präzisierten Wortlauts nicht erwähnt. Daraus schließt der Senat, dass die Ausschlussfrist von zwei Jahren allein auf wirtschaftlich unmittelbar belastende Sanktionen, nicht aber auf die zunächst „nur“ auf eine Verhaltensänderung abzielende Beratung zu beziehen ist. Ob das Verordnungsvolumen der Klägerin in 2011 das Richtgrößenvolumen um mehr als 15 % ungerechtfertigt überschritten hat, wird das LSG im wiedereröffneten Berufungsverfahren festzustellen haben.

1. Arzneikostenregress

a) Verbot der vertragsärztlichen Parallelbehandlung während eines Krankenhausaufenthalts

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 02.02.2022 - L 3 KA 57/19

RID 22-02-22

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 31, 39; BMV-Ä §§ 3 I 1, 48

Leitsatz: 1. Das Verbot der **vertragsärztlichen Parallelbehandlung** während eines **Krankenhausaufenthalts** erstreckt sich auch auf Arzneimittel, deren Therapieziel nicht vom Versorgungsauftrag des Krankenhauses umfasst ist, die zur umfassenden vollstationären Behandlung des Versicherten aber erforderlich sind.

2. Zum **Verschulden** des Vertragsarztes bei Ausstellung der Verordnung, wenn sich aus der Patientenakte Anzeichen für eine noch andauernde stationäre Behandlung ergeben.

Im Streit steht die Feststellung eines sonstigen Schadens aufgrund einer vertragsärztlichen Arzneimittelverordnung während einer stationären Krankenhausbehandlung. Die Beigel. zu 2) ist eine ehemalige BAG eines Facharztes und einer Fachärztin für Urologie. Im September 2013 verordnete der Arzt für den bei der kl. Krankenkasse gesetzlich Versicherten das Arzneimittel Zytiga 250 mg Tabletten (Kosten: 4.221,47 € netto). Auf Widerspruch der Beigel. zu 2) hob der Bekl. den Regressbescheid der Prüfungsstelle auf. **SG Hannover**, Ur. v. 09.10.2019 - S 20 KA 171/17 - verurteilte den Bekl., gegenüber der Beigel. zu 2) einen Regress i.H.v. 4.211,47 € festzusetzen. Das **LSG** wies die Berufung der Beigel. zu 2) zurück.

b) Verordnung von Arzneimitteln für die stationäre Behandlung

SG Mainz, Urteil v. 28.04.2021 - S 7 KA 50/19

RID 22-02-23

www.juris.de = MedR 2022, 70

SGB V § 106, 106c; BMV-Ä § 48

Die Verordnung und Abrechnung von **Arzneimitteln** für die **stationäre Behandlung** ist nach § 41 VIII BMV-Ä nicht zulässig. Auch wenn keine generelle Verpflichtung der Vertragsärzte besteht, sich vor Ausstellung einer Arzneimittelverordnung zu vergewissern, dass sich der Versicherte, für den die Verordnung ausgestellt wird, zu diesem Zeitpunkt nicht in stationärer Behandlung befindet (vgl. BSG, Beschl. v. 28.09.2016 - B 6 KA 27/16 B - juris), so kann der Vertragsarzt im **Einzelfall** gehalten sein, vor Ausstellung einer Verordnung abzuklären, ob der Verordnung ein stationärer Aufenthalt entgegensteht, sofern konkrete Anhaltspunkte dafür bestehen. Konkrete Anhaltspunkte für einen stationären Aufenthalt, die eine entsprechende Nachfragepflicht beim behandelnden Arzt auslösen, können sich aus dem **Zustand des Patienten** ergeben, bei dem jederzeit mit einer stationären Behandlung gerechnet werden muss (hier: im letzten Behandlungsabschnitt einer tödlich verlaufenden Erkrankung, der Patient war nicht mehr in der Lage, die Praxis des behandelnden Arztes aufzusuchen). Versäumt es der Arzt, sich vor den jeweiligen Verordnungen nach dem Zustand des Patienten und dem aktuellen Behandlungsstatus zu erkundigen bzw. dokumentiert er dies nicht ausreichend, verletzt er die erforderlichen **Sorgfaltspflichten** im diesem konkreten Einzelfall und handelt somit **schuldhaft**.

Bei der **Verordnung von Betäubungsmitteln** ist besonders sorgfältig zu prüfen, ob die Voraussetzungen für eine Verordnung vorliegen oder ob konkrete Anhaltspunkte für einen Verordnungsabschluss bestehen.

Der kl. BAG gehörten ein Facharzt für HNO-Heilkunde und eine Fachärztin für Allgemeinmedizin an. Die Prüfungsstelle stellte einen sonstigen Schaden wegen ärztlicher Verordnungen während stationärer Aufenthalte fest. Der Widerspruch war z.T. erfolgreich. Das **SG** wies die Klage ab.

c) Richtgrößenprüfung: Ergänzende intellektuelle Prüfung bei Praxisbesonderheit

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 23.11.2021 - L 5 KA 846/19

RID 22-02-24

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 84 VI u. VIII, 106

Leitsatz: In Verfahren der **Richtgrößenprüfung** ist der Filter 6a 4 (Versorgung von insulinpflichtigen Diabetespatienten - ausschließlich mit Insulin behandelt) auf die Praxis eines Vertragsarztes, der fast ausschließlich **Typ-1-Diabetiker** behandelt, nicht ohne weiteres anzuwenden. Es bedarf insoweit einer ergänzenden intellektuellen Prüfung.

Der Kl. ist Facharzt für Innere Medizin und als hausärztlicher Internist zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Er behandelt schwerpunktmäßig Patienten mit Diabeteserkrankung. Die Prüfungsstelle setzte eine individuelle Beratung nach § 106 Ve 1 SGB V wegen erstmaliger Überschreitung des Richtgrößenvolumens 2013 um mehr als 25 % fest. Der Widerspruch blieb erfolglos. **SG Stuttgart**, Ur. v. 04.02.2019 - S 4 KA 7060/17 - wies die Klage ab. Das **LSG** verurteilte den Bekl. zur Neubescheidung unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats.

2. Zahnärzte: Kammern des Beschwerdeausschusses/Endodontie keine Praxisbesonderheit

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 23.11.2021 - L 5 KA 3451/18

RID 22-02-25

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 106

Der gemeinsame **Beschwerdeausschuss** kann in **Kammern** untergliedert werden, die dann die Entscheidung treffen. Die Untergliederung in Kammern ist lediglich ein die Geschäftsführung betreffendes, organisatorisches Strukturelement, zu dessen Einrichtung ausdrücklich § 1 II Wirtschaftlichkeitsprüfungsverordnung (WiPrüfVO) vom 05.01.2004 auf der Grundlage des § 106 IV a 9 SGB V a.F. ermächtigt.

In einer Spezialisierung im Bereich der **Endodontie** liegt keine **Praxisbesonderheit**. Es handelt sich bei diesem Teilbereich der Zahnheilkunde um das typische Leistungsspektrum einer zahnärztlichen Praxis. Im Übrigen kommt es entscheidend auf das Krankheitsbild der Patientenklientel an. Allein aus der erhöhten Abrechnung entsprechender Leistungen kann nicht auf ein von der Vergleichsgruppe abweichendes Patientenklientel geschlossen werden (vgl. BSG, Ur. v. 29.06.2011 - B 6 KA 17/10 R - SozR 4-2500 § 85 Nr. 66; BSG, Ur. v. 13.05.2020 - B 6 KA 25/19 R - SozR 4-2500 § 106 Nr. 63).

Der kl. Zahnarzt ist seit 2011 nach Praxisübernahme zur vertragszahnärztlichen Versorgung zugelassen. Der Bekl. bestätigte für das Quartal III/14 eine Honorarkürzung in Höhe von 10.144,72 € wegen eines offensichtlichen Missverhältnisses beim Gesamtfallwert (Überschreitung um 78 %, Abrechnungskürzung bis 160 %). **SG Stuttgart**, Ur. v. 04.05.2018 - S 10 KA 1229/17 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

V. Zulassungsrecht

Nach BSG, Ur. v. 06.04.2022 - **B 6 KA 7/21 R** - hat der Senat auf die zulässige Fortsetzungsfeststellungsklage und unter Aufhebung der vorinstanzlichen Urteile festgestellt, dass der allein streitgegenständliche Bescheid des bekl. Berufungsausschusses über die Ablehnung einer Anstellungsgenehmigung im **Sonderbedarf** mit dem **Anrechnungsfaktor 0,25** rechtswidrig war. Die Erteilung einer solchen **Anstellungsgenehmigung** ist in der vorliegenden Konstellation, dass ein Sonderbedarf im Umfang eines vollen Versorgungsauftrags fortbesteht, nicht von vornherein ausgeschlossen. Zwar kommt die „isolierte“ **Erteilung einer Anstellungsgenehmigung im Sonderbedarf** im Umfang eines Viertels eines Versorgungsauftrags nicht in Betracht. Normativer Ausgangspunkt ist § 101 Abs. 1 Nr. 3 SGB V, der den GBA ermächtigt, Vorgaben für die ausnahmsweise Besetzung zusätzlicher „Vertragsarztsitze“ zu beschließen. Ein Vertragsarzt kann aber bis heute nicht im Umfang von weniger als einem halben Versorgungsauftrag zugelassen werden. Für Anstellungsgenehmigungen im Wege des Sonderbedarfs kann hinsichtlich des abzudeckenden Versorgungsumfangs nichts anderes gelten. **Besteht aber - wie hier - ein Sonderbedarf in diesem Mindestumfang, kann dieser auch durch mehrere Anstellungsgenehmigungen mit dem Anrechnungsfaktor 0,25 gedeckt werden.** Aus den Tragenden Gründen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu § 36 Abs. 8 BedarfspRL, an die der Senat nicht gebunden ist, folgt nichts Abweichendes.

Nach BSG, Urt. v. 26.01.2022 - **B 6 KA 2/21 R** – kann eine **Anstellungsgenehmigung** auch dann, wenn ein Vertragsarzt in einem gesperrten Planungsbereich auf seine Zulassung verzichtet, um in einem MVZ tätig zu werden, nur erteilt werden, wenn der betreffende Arzt ein **abhängiges Beschäftigungsverhältnis in dem MVZ anstrebt**. Das Vertragsarztrecht unterscheidet zwischen angestellten Ärzten und Vertragsärzten. Die Einordnung als **angestellter Arzt** **schließt die Zulassung als Vertragsarzt aus und umgekehrt** kann einem zugelassenen Vertragsarzt für dieselbe Tätigkeit nicht gleichzeitig eine Anstellungsgenehmigung erteilt werden. Zwar wird der Begriff der „Anstellung“ im deutschen Recht nicht einheitlich auf Tätigkeiten in einem abhängigen Beschäftigungsverhältnis bezogen. Gleichwohl ergibt sich aus Systematik, Entstehungsgeschichte und Zweck der vertragsarztrechtlichen Regelungen, dass der Begriff im Vertragsarztrecht nicht in einem weiten zivilrechtlich geprägten, sondern im sozialversicherungsrechtlichen Sinne des Beschäftigten zu verstehen ist. Seit den 1990er Jahren sind die Möglichkeiten von Vertragsärzten, angestellte Ärzte regulär und dauerhaft zu beschäftigen, erweitert worden. Dabei bestand auch nach dem Inhalt der Gesetzgebungsmaterialien nie ein Zweifel daran, dass die bei einem Vertragsarzt angestellten Ärzte Beschäftigte im sozialversicherungsrechtlichen Sinne sind. Der Senat sieht auch keine Anhaltspunkte, dass der Begriff der Anstellung im MVZ anders auszulegen wäre. Vielmehr spricht der Umstand, dass Ärzte in einem MVZ auch die Möglichkeit haben, als Vertragsärzte tätig zu werden, und dass ein Arzt nicht dieselbe Tätigkeit sowohl in der Rolle des angestellten Arztes als auch in der Rolle des Vertragsarztes verrichten kann, gerade gegen ein erweitertes Verständnis des Begriffs des angestellten Arztes speziell im MVZ. Soweit der Senat in verschiedenen Entscheidungen die Annäherung der Stellung des angestellten Arztes an die des Vertragsarztes betont hat, betrifft dies die Stellung des angestellten Arztes im vertragsärztlichen System, etwa bezogen auf seine Mitgliedschaft in der KV oder seine Berücksichtigung bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen oder der Honorarverteilung. Dies ändert aber nichts an dem Status des angestellten Arztes als abhängig Beschäftigter im sozialversicherungsrechtlichen Sinne. Auch aus den mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz eingeführten und mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz erweiterten Regelungen zur Aufrechterhaltung der Gründereigenschaft von angestellten Ärzten im MVZ kann nicht abgeleitet werden, dass speziell für die in einem MVZ tätigen Ärzte ein anderer - eigenständiger - Begriff des angestellten Arztes gelten würde als sonst im Vertragsarztrecht. Dass **Gesellschafter zugleich abhängig Beschäftigte „ihrer“ Gesellschaft sein können**, ist nicht zweifelhaft. So können nach st. Rspr. des für Versicherungspflichtstreitigkeiten zuständigen 12. Senats des BSG selbst Gesellschafter-Geschäftsführer abhängig beschäftigt sein, wenn sie nicht die Rechtsmacht besitzen, durch Einflussnahme auf die Gesellschafterversammlung die Geschicke der Gesellschaft zu bestimmen und damit die eigene Weisungsgebundenheit als Angestellte der Gesellschaft aufzuheben. Dies ist aber bei den beiden Ärzten, für die die Kl. die Erteilung von Anstellungsgenehmigungen begehrt, gerade nicht der Fall: Beide sind **Geschäftsführer und zu gleichen Teilen an der Gesellschaft beteiligt** und können - da Beschlüsse der Gesellschaft der Einstimmigkeit bedürfen - ihnen nicht genehme Beschlüsse und Weisungen verhindern.

1. Zulassung

a) Keine vorrangige Berücksichtigung v. Sonderbedarfszulassungen/Dauer der sofortigen Vollziehung

LSG Bayern, Beschluss v. 10.02.2022 - L 12 KA 34/21 B ER

RID 22-02-26

www.juris.de

SGB V § 95, 101 I; SGG § 86b I 1 Nr. 1

Ein erstinstanzliches Sozialgericht kann eine **Anordnung der sofortigen Vollziehung** bis zum rechtskräftigen Abschluss des Hauptsacheverfahrens, d.h. **über die Dauer des erstinstanzlichen Verfahrens hinaus** aussprechen.

Mit der Neufassung der §§ 36, 37 BedarfspIRL zum 04.07.2013 ist ein Wegfall der Beschränkungen für Inhaber von **Sonderbedarfszulassungen nach Entsperrung des Planungsbereichs** nicht mehr vorgesehen. Es besteht damit - anders als bei Jobsharing-Zulassungen - kein Anspruch auf eine **vorrangige Berücksichtigung** bei Entsperrung des Planungsbereichs. Im Fall der Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen können Inhaber von Sonderbedarfszulassungen somit eine volle oder hälftige Regelzulassung nur im Rahmen des regulären Verfahrens nach § 26 BedarfspIRL beantragen (vgl. BSG, Urt. v. 27.01.2021 - B 6 KA 27/19 R - SozR 4-2500 § 103 Nr. 31; Tragende Gründe zum Beschluss des GBA über eine Änderung der BedarfspIRL vom 16.05.2013, 2.4 Abs. 2).

Eine zeitnahe und leicht erreichbare **vertragsärztliche Versorgung von Kindern** begründet unter Beachtung des Art. 3 I der UN-Kinderrechtskonvention grundsätzlich (zumindest) ein - wenn auch nicht zwingend besonderes - **öffentliches Interesse**; es steht im öffentlichen Interesse der Versichertengemeinschaft, dass eine Regelversorgung zur Verfügung gestellt wird, die angesichts eines derzeitigen Versorgungsgrades von 82,31 % noch nicht erreicht wird; die Erweiterung der Zulassung eines Facharztes für Kinder- und Jugendmedizin mit den **Schwerpunkten Kinder-Kardiologie und Kinder-Pneumologie** um einen weiteren hälftigen Versorgungsauftrag kann vor allem im Hinblick auf dessen Schwerpunkte eine bestehende **Versorgungslücke** im Planungsbereich schließen, damit wird dem öffentlichen Interesse der Versichertengemeinschaft Rechnung getragen, eine hochspezialisierte Versorgungsleistung im Planungsbereich nicht nur wohnortnah, sondern auch in bedarfsgerechtem Umfang zur Verfügung zu stellen.

Streitig ist noch die Befristung einer Anordnung des Sofortvollzugs einer vom Ag. erteilten Zulassung zur Teilnahme an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung. Der Ast. ist Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit den Schwerpunkten Kinder-Kardiologie und Kinder-Pneumologie und ist seit Oktober 2010 im Umfang eines hälftigen Versorgungsauftrages zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Im Februar 2020 beantragte er eine Zulassung im Umfang eines (weiteren) halben Versorgungsauftrages. Um die nach vorrangiger Beendigung von Zulassungs- und Leistungsbegrenzungen im Rahmen des Jobsharings verbliebene freie Zulassung im Umfang eines vollen Versorgungsauftrages bewarben sich neben dem Ast. u.a. die Träger eines MVZ, die Beigel. zu 8, die im Umfang eines halben Versorgungsauftrages die Genehmigung zur Anstellung einer Ärztin, der Beigel. zu 9, beantragt hatte, sowie die Beigel. zu 10, die wegen eines bestehenden Sonderbedarfes bereits im Umfang eines vollen Versorgungsauftrages zugelassen war, hierauf im Falle einer Zulassung aber verzichten wollte. Der Zulassungsausschuss erteilte der Beigel. zu 8 für die Zeit ab dem 01.07.2020 die Genehmigung zur Anstellung der Beigel. zu 9 mit einem Tätigkeitsumfang von 20 Wochenstunden (Bedarfsplanungsanrechnungsfaktor 0,5). Bzgl. des Ast. hob er die bisherige Beschränkung auf den hälftigen Versorgungsauftrag auf und ließ ihn im Umfang eines vollen Versorgungsauftrags zu. Die Anträge der übrigen Mitbewerber lehnte er ab. Der Ag. wies den Widerspruch der Beigel. zu 10 zurück. Die Anträge auf Anordnung der sofortigen Vollziehung lehnte er ab. **SG Nürnberg**, Beschl. v. 21.10.2021 - S 13 KA 12/21 ER - ordnete die sofortige Vollziehung der erteilten Zulassung des Ast. zur vertragsärztlichen Versorgung im Umfang eines (weiteren) hälftigen Versorgungsauftrages an und bestimmte, dass die Anordnung mit dem Wegfall der Rechtshängigkeit des Klageverfahrens S 13 KA 4/21 vor dem SG, spätestens einen Monat nach der Zustellung der schriftlichen Endentscheidung in diesem Verfahren an die Beigel. zu 10 endet. Im Übrigen lehnte es den Antrag ab. Das **LSG** ordnete auf Beschwerde des Ast. die sofortige Vollziehung der unter Ziffer 3 des Beschl. v. 12.11.2020 erteilten Zulassung des Bf. zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung mit einem hälftigen Versorgungsauftrag **bis zur rechtskräftigen Entscheidung** in der beim SG Nürnberg unter dem Az.: S 13 KA 4/21 anhängigen Hauptsache an.

b) Sonderbedarfszulassung

aa) Besondere Qualifikation: Zusatzbezeichnung „Klinische Neuropsychologie“

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 23.11.2021 - L 5 KA 1064/19

RID 22-02-27

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 78 I 2, 101 I 1 Nr. 3; BedarfspIRL §§ 36, 37

Leitsatz: Bei der **Zusatzbezeichnung „Klinische Neuropsychologie“** handelt es sich um eine besondere Qualifikation i.S. des § 37 Abs. 2 BedarfspIRL, die auch bei einem Psychologischen Psychotherapeuten einen **qualifikationsbezogenen Sonderbedarf** begründen kann.

Die Kl. ist Dipl.-Psychologin und seit 1999 approbierte Psychologische Psychotherapeutin, seit 2002 mit der Anerkennung im Psychotherapie-Richtlinienverfahren Verhaltenstherapie. Sie erwarb 2009 die Zusatzbezeichnung Klinische Neuropsychologie. Die Kl. beantragte im Januar 2015 die vertragsärztliche Zulassung für Leistungen der neuropsychologischen Therapie und Diagnostik als Sonderbedarfszulassung mit hälftigem Versorgungsauftrag. Zur Begründung führte sie aus, dass die entsprechenden Leistungen nach den GOP 30930 bis 30935 EBM im Jahr 2013 Bestandteil des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung geworden seien. Es bestehe im Planungsbereich für solche Leistungen ein spezifischer und dauerhafter Versorgungsbedarf. Der Antrag blieb erfolglos. **SG Stuttgart**, Ur. v. 04.02.2019 - S 4 KA 4234/16 - verpflichtete die Bekl., den Widerspruch der Kl. wegen Sonderbedarfszulassung im Umfang eines halben Versorgungsauftrages unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden, und wies im Übrigen die Klage ab. Das **LSG** wies die Berufungen des Bekl. und der Beigel. zu 1) zurück.

bb) Unterversorgung für eine sehr spezielle Leistung („Schlafmedizin“)

LSG Sachsen-Anhalt, Urteil v. 24.11.2021 - L 9 KA 1/18

RID 22-02-28

Revision zugelassen

www.juris.de

SGB V §§ 101, 103; BedarfspIRL §§ 36, 37

Leitsatz: 1. Nach einer **Zulassung** eines Arztes zur vertragsärztlichen Versorgung wegen eines lokalen **Sonderbedarfs** darf dieser alle Leistungen der Facharztgruppe abrechnen.

2. Eine generelle, flächendeckende **Unterversorgung für eine sehr spezielle Leistung** ist mangels örtlichen Bezugs kein Fall eines lokalen Sonderbedarfs.

3. Die Anerkennung eines **qualifikationsbezogenen Sonderbedarfs** für die Leistungen der Zusatzbezeichnung „**Schlafmedizin**“ kommt nicht in Betracht. Diese stellt keine besondere

Qualifikation dar, wie sie vergleichbar durch den Inhalt eines Schwerpunktes, einer fakultativen Weiterbildung oder einer besonderen Fachkunde für das Facharztgebiet nach der Weiterbildungsordnung für Ärzte Sachsen-Anhalt beschrieben ist.

Die Kl., eine gGmbH, die ein MVZ betreibt, begehrt die Genehmigung, den zu 8) beigel. Arzt anzustellen. Der Beigel. zu 8) ist im Krankenhaus der Kl. als Oberarzt beschäftigt und leitet dort das Schlaflabor. Er ist Facharzt für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Lungen- und Bronchialheilkunde und der Zusatzbezeichnung „Schlafmedizin“. Seit 1998 ist er auch zur ambulanten vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt. Die Kl. beantragte im September 2014 erfolglos die Genehmigung, den Beigel. zu 8) ab Januar 2015 in einem Umfang von mehr als 30 Stunden in der Woche anstellen zu dürfen. So solle der lokale und qualifikationsbezogene Sonderbedarf gedeckt werden. Derzeit warteten die Patienten 14 Monate. **SG Magdeburg**, Urt. v. 18.04.2018 - S 1 KA 87/15 - gab der Klage statt, das **LSG** wies die Klage ab und die Anschlussberufung der Kl. zurück.

c) MVZ-Nachrang bei Auswahl des Praxisnachfolgers

SG Hamburg, Urteil v. 28.09.2021 - S 3 KA 294/18

RID 22-02-29

Revision anhängig: B 6 KA 2/22 R

www.juris.de

SGB V § 103 IV, IVc

Orientierungssatz (juris): Ein MVZ, bei dem die **Mehrheit der Geschäftsanteile** und der Stimmrechte von im MVZ angestellten Ärzten gehalten wird, die zugunsten des MVZ **auf ihre Zulassung als Vertragsarzt verzichtet** haben, unterliegt ebf. der **Nachrangregelung** des § 103 IVc 3 SGB V.

2. Jobsharing und Leistungsobergrenze

a) Kein Wachstum auf Fachgruppendurchschnitt

SG Hamburg, Urteil v. 24.11.2021 - S 27 KA 12/21

RID 22-02-30

Sprungrevision zugelassen

www.juris.de

SGB V § 101 I 1 Nr. 6

Bei der Ergänzung des § 101 SGB V durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz v. 16.07.2015, Ausnahmeregelungen zur Leistungsbegrenzung bei einem Jobsharing im Fall eines unterdurchschnittlichen Praxisumfangs vorzusehen (§ 101 I 1 Nr. 6 SGB V), handelt es sich um die **zukünftige Erleichterung** der Tätigkeit von Vertragsärzten im Rahmen des Jobsharings in gesperrten Bereichen, aber **nicht um eine Erweiterung der Leistungsobergrenze für die Vergangenheit**. Auch der GBA sah bei Änderung des § 43 BedarfspIRL keine Notwendigkeit für die rückwirkende Anhebung der Leistungsbegrenzung bei unterdurchschnittlich abrechnenden Praxen. Dem Ziel einer Leistungsbegrenzung, den bisherigen Praxisumfang nicht wesentlich zu überschreiten, widerspricht es, wenn rückwirkend eine Leistungsbegrenzung in Höhe des Fachgruppendurchschnitts eingeräumt wird. Es gibt keinen allgemein gültigen Grundsatz, dass einer unterdurchschnittlichen Praxis bei **Jobsharing** ein **Wachstum** der Leistungsbegrenzung auf den **Fachgruppendurchschnitt** schon vor der Änderung des § 43 BedarfspIRL ermöglicht werden muss.

Der Kl., Arzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten, beschäftigte eine angestellte Ärztin im Jobsharing. Er beehrte im November 2018 die rückwirkende Anpassung seiner Leistungsobergrenze für die Quartale ab IV/12, weil es seit Beginn des Jobsharings zu einem erheblichen Leistungsanstieg gekommen sei. Zum einen sei das Hautkrebs-Screening als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung eingeführt worden, zum anderen hätte es der Praxis erlaubt werden müssen, bis zum Fachgruppendurchschnitt zu wachsen. Der Zulassungsausschuss änderte ab dem Quartal IV/16 unter Berücksichtigung des Fachgruppendurchschnitts die Leistungsobergrenze, weil erst zu diesem Quartal die Änderung der BedarfspIRL in Kraft getreten sei. Das **SG** wies die Klage ab.

b) Rückwirkende Herabsetzung von rechtswidrig festgesetzten Leistungsobergrenzen

SG Hamburg, Urteil v. 06.04.2022 - S 3 KA 293/18

RID 22-02-31

www.juris.de

SGB X § 45; SGB V § 101 I 1 Nr. 4

Einer rückwirkenden **Herabsetzung** von rechtswidrig festgesetzten Leistungsobergrenzen kann nach § 45 IV 1 SGB X **Vertrauensschutz** entgegenstehen.

Übermittelt die KV dem Zulassungsausschuss (ZA) **absichtlich erhöhte Umsatzzahlen** zur Festsetzung der Leistungsobergrenzen (LOG), liegt darin kein Fehlverhalten der Jobsharing-Ärzte. Ihre unterschriebene **Erklärung** bezieht sich ausdrücklich allein auf das Einverständnis mit der Höhe der festzusetzenden LOG und hat darüber hinaus keinerlei Erklärungswert. Für ein kollusives Zusammenwirken fehlen den Ärzten die notwendigen Kenntnisse. Das betrifft zunächst die Frage der Entscheidungsträgerschaft. Wenn schon dem Vorstandsvorsitzenden der KV nach seiner Aussage nicht bekannt war, dass die LOG-Festsetzung durch den ZA und nicht durch die KV erfolgt, kann diese Kenntnis bei den Ärzten nicht ohne weiteres vorausgesetzt werden. Auch bestanden seinerzeit Unklarheiten im Hinblick auf die hier vorliegende Sondersituation der möglichen Deckung eines Sonderbedarfs mittels einer LOG-Erhöhung für Job-Sharing-Verhältnisse. Ärzte können sich auch auf die gesteigerte Sachkunde der KV verlassen.

Die **Beigel. zu 5** ist eine ehemalige **BAG** eines Facharztes für Neurologie und Psychiatrie, für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (Dr. R) und einer Ärztin für Psychotherapeutische Medizin und Psychoanalyse (Dr. O). Vom 01.05.2012 bis zum 31.12.2017 war Dr. E, Facharzt für Neurologie, für Nervenheilkunde und für Psychiatrie und Psychotherapie ebf. in der BAG tätig. Der bekl. Berufungsausschuss hob auf Drittwiderspruch am 01.08.2012 die Zulassung des E wieder auf, weil für Dr. E. durch einen Fehler eines Mitarbeiters der **kl. KV** ein falsches, zu frühes Datum in die Warteliste eingetragen worden sei, so dass der Widerspruchsführer Vorrang genieße. Der **Vorstandsvorsitzende der Kl. B** einigte sich mit Dr. R und Dr. E, dass Dr. E Job-Sharing-Partner von Dr. R. werde und durch den ZA LOG festgesetzt werden, die entgegen den gesetzlichen Vorgaben zusätzlich einen Umsatz in Höhe eines vollen Fachgruppendurchschnittes einbezögen. Der ZA ließ mit den entsprechend **erhöhten LOG, basierend auf von der KV fehlerhaft gemeldeten zu hohen Umsatzzahlen** der BAG, mit Beschl. v. 08.08.2012 Dr. E im Rahmen eines **Jobsharing-Verhältnisses** zu. Die Kl. vergütete der Beigel. zu 5 die angeforderten Honorare. Sie **forderte** dann aber mit Bescheid vom 15.05.2017 die die gesetzlichen LOG in den Quartalen IV/12 bis IV/15 überschreitenden **Vergütungen** in Höhe von 220.473,95 € **zurück**. Mit Bescheid vom 24.10.2017 forderte die Kl. im Wege der sachlich-rechnerischen Berichtigung nach § 106d SGB V i.V.m. § 45 SGB X Honorare für die Quartale III/12 bis IV/16 in Höhe von 1.196.062,55 € zurück mit der Begründung, die Beigel. zu 5 habe in rechtsmissbräuchlichem Zusammenwirken mit dem Vorstandsvorsitzenden der Kl. B. eine falsch zu hohe LOG-Festlegung durch den ZA erwirkt und daher die zu viel gezahlten Honorare zurückzahlen. Die Beigel. zu 5 legte Widerspruch ein. In einem mit dem Antrag der Anordnung der aufschiebenden Wirkung des Widerspruchs geführten Eilverfahren (Az.: S 3 KA 327/17 ER) einigten sich die Beteiligten am 14.12.2017 auf eine Herstellung der aufschiebenden Wirkung durch die Kl. bis zur Entscheidung des Berufungsausschusses über den Antrag der Kl. an den ZA, die LOG rückwirkend herabzusetzen. Mit Verfügung v. 15.10.2018 stellte die **Staatsanwaltschaft** das aufgrund der Strafanzeige der Kl. geführte Ermittlungsverfahren gegen die Ärzte der Beigel. zu 5 und Herrn B. ein, betreffend Dr. E und Dr. R. sowie B nach § 153 StPO, weil ein öffentliches Interesse an der Strafverfolgung nicht bestehe. Das Verfahren gegen Dr. O sei nach § 170 II StPO einzustellen, weil ihr nicht nachzuweisen sei, dass sie an der Täuschungshandlung beteiligt gewesen sei. Den Antrag der Kl., die **LOG aktuell anzupassen und rückwirkend abzusenken**, lehnte der ZA mit Beschl. vom 07.03.2018 ab. Der Bekl. hob die LOG für die Quartale IV/13 bis IV/15 um insgesamt 54.970,78 € aufgrund des Antrags gemäß § 44 S. 3 BedarfspIRL n.F. (Neuberechnung, wenn Änderungen der Berechnung der für die Obergrenzen maßgeblichen Faktoren eine spürbare Veränderung bewirken) an. Den weitergehenden Widerspruch wies er zurück. Das **SG** wies die Klage ab.

3. Anstellungsgenehmigung: Geringe ärztliche Tätigkeit

LSG Bayern, Beschluss v. 21.04.2022 - L 12 KA 2/22 B ER
SGB V § 103 IVa 5; SGG § 86b II

RID 22-02-32

Für die **Nachbesetzung** einer **nach Teilentsperrung geschaffenen Angestelltenstelle** sind nicht die vom BSG allein für die erste Nachbesetzung einer durch Zulassungsverzicht in einem gesperrten Planungsbereich erworbenen Angestelltenstelle entwickelten Grundsätze anzuwenden.

Eine **Anstellungsgenehmigung** nach § 103 IVa 1 SGB V kann **erlöschen**, wenn eine Tätigkeitsaufnahme nicht stattfindet, die Tätigkeit nur von geringer Dauer ist oder es keine Anhaltspunkte dafür gibt, dass der anzustellende Arzt auf die vertragsärztliche Zulassung verzichtet, um als angestellter Arzt tätig zu werden. Solche Gründe liegen nicht vor, wenn der Zulassungsausschuss demgegenüber feststellt, dass die Anstellungsgenehmigung endet, da mitgeteilt worden sei, dass die Beschäftigung im MVZ zu diesem Zeitpunkt ende.

Eine **Tätigkeit** ist spätestens **nach drei Monaten aufzunehmen** (§ 95 VII SGB V). Das bedeutet, dass bereits nach der gesetzlichen Wertung einem MVZ nicht vorgeworfen werden kann, dass

innerhalb dieser ersten drei Monate eine dem genehmigten Umfang entsprechende Tätigkeit nicht in vollem Umfang aufgenommen wird.

Kündigt eine angestellte Ärztin im ersten Monat ihres Beschäftigungsverhältnisses, erscheint es nicht unplausibel, dass die Ärztin für das MVZ, das eine Tätigkeit im Bereich des Fachgebiets der angestellten Ärztin (hier: Urologie) erst mit der Anstellung aufnimmt, nur in einem **sehr geringen Umfang tätig** wird (hier: sieben Patienten im Quartal mit einem Honorarumsatz in Höhe von 252,26 €). Die hierfür genannten Gründe (Resturlaub, Überstundenabbau, Urlaub der Praxis, beginnende Tätigkeit des MVZ im Bereich Urologie) sind nachvollziehbar.

Der Zulassungsausschuss (ZA) erteilte der Ast. und Bg. nach Teilentsperrung die Genehmigung zur Beschäftigung von Frau Dr. J, Fachärztin für Urologie, als angestellte Ärztin in ihrem MVZ am Vertragsarztsitz W mit einem Tätigkeitsumfang von 20 Wochenstunden ab 01.07.2020. Der ZA stellte fest, dass die Anstellungsgenehmigung zum 30.09.2020 ende, da mitgeteilt worden sei, dass die Beschäftigung der Ärztin im MVZ zu diesem Zeitpunkt ende. Am 30.03.2021 ging beim ZA der Antrag auf Genehmigung zur Beschäftigung von Dr. V im MVZ mit einem Tätigkeitsumfang von 20 Wochenstunden ab 01.04.2021 zur Nachbesetzung der bisher angestellten Dr. J ein. Mit Beschl. v. 28.04.2021 lehnte der ZA den Antrag ab. Die Bg. habe mit Schreiben v. 15.02.2021 zunächst beantragt, die Frist zur Nachbesetzung um sechs Monate bis zum 30.09.2021 zu verlängern. Dieser Antrag sei vom ZA mit Beschl. v. 03.03.2021 abgelehnt worden. Die Nachbesetzung einer Stelle könne nur erfolgen, wenn die Anstellung durch den Vorgänger gelebt worden sei. Dies sei vorliegend nicht der Fall, Frau Dr. J habe lediglich sieben Patienten im Quartal III/20 behandelt und 252,26 € erwirtschaftet. Der Widerspruch blieb erfolglos. **SG Nürnberg**, Beschl. v. 31.01.2022 - S 13 KA 17/21 ER - erteilte der Bg. vorläufig, längstens bis zum rechtskräftigen Abschluss des Hauptsacheverfahrens (Az. S 13 KA 18/21), die Genehmigung zur Beschäftigung von Dr. V als angestelltem Arzt mit einem Tätigkeitsumfang von 20 Wochenstunden (Bedarfsplanungsanrechnungsfaktor 0,5) beim MVZ mit Vertragsarztsitz W im Rahmen der Nachbesetzung der Angestelltenstelle der ausgeschiedenen Dr. J. Das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

4. Ermächtigung

a) Einbeziehung von Versorgungsangeboten oder -defiziten in anderen Planungsbereichen

LSG Mecklenburg-Vorpommern, Urteil v. 24.11.2021 - L 1 KA 5/19

RID 22-02-33

www.juris.de
SGB V § 116

Leitsatz: 1. Die Erteilung von drei **Ermächtigungen ohne Fallzahlbegrenzung** stellt bei einem angenommenen Versorgungsdefizit in der vertragsärztlichen Versorgung **von allenfalls wenigen 100 Fällen** eine Überschreitung des Beurteilungsspielraums der Zulassungsgremien dar.

2. Bei der Prüfung von **Versorgungslücken** kommt die Einbeziehung von **Versorgungsangeboten** oder -defiziten **in anderen Planungsbereichen** nur ausnahmsweise in Betracht, etwa wenn der Versorgungsbedarf in Planungsbereichen von nur geringer räumlicher Ausdehnung durch leicht und schnell erreichbare Versorgungsangebote der angrenzenden Bereiche gedeckt wird (BSG, Urte. v. 19.07.2006 - B 6 KA 14/05 R - SozR 4-2500 § 116 Nr. 3). Stehen Planungsbereiche mit Größen zwischen 3.612 und mehr als 7.000 km² in Rede, ist von einem derartigen Ausnahmefall nicht auszugehen.

Die Kl. nimmt seit 2014 aufgrund einer Sonderbedarfszulassung an der vertragsärztlichen Versorgung als Fachärztin für Innere Medizin sowie Fachärztin für Rheumatologie mit Praxissitz in A-Stad teil. Sie legte ohne Erfolg Widerspruch gegen drei Ermächtigungen ein. **SG Schwerin**, Urte. v.06.03.2019 - S 3 KA 22/16 - wies die Klage ab, das **LSG** stellte fest, dass die Beschl. des Bekl. v. 01.06.2016 insoweit rechtswidrig gewesen sind, als darin die Beigel zu 1) bis 3) zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung, für Diagnostik und Behandlung von Patienten mit schweren Verlaufsformen rheumatologischer Erkrankungen und rheumatischen Erkrankungen während der Schwangerschaft auf Überweisung von Vertragsärzten, ermächtigt worden sind.

b) Ermächtigung eines Krankenhauses für bestimmtes Krankheitsbild

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 24.11.2021 - L 11 KA 2/20

RID 22-02-34

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 98, 116a; Ärzte-ZV §§ 31 I, 32 II

Es gibt eine **Rangfolge** der verschiedenen Formen der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung, da die ambulante vertragsärztliche Versorgung in erster Linie durch niedergelassene Vertragsärzte zu gewährleisten ist (vgl. BSG, Urt. v. 26.01.2000 - B 6 KA 51/98 R - SozR 3-5520 § 31 Nr. 10 m.w.N.).

Es sind vorrangig die **Krankenhausärzte** mit der fachlichen Qualifikation vor der Einrichtung im Hinblick auf Versicherte mit einer **chronischen pulmonalen Aspergillose** zu ermächtigen.

Sind vorrangig die bei der Einrichtung beschäftigten Ärzte zu ermächtigen, so können die Ärzte nicht zugunsten der Einrichtung **verzichten**.

Fehlt es an einer **Feststellung des zuständigen Landesausschusses** bzgl. einer bestehenden oder drohenden Unterversorgung, kommt eine Ermächtigung nach § 31 I 1 Nr. 1 Ärzte-ZV nicht in Betracht.

Es ist nicht ausreichend, die **Gruppenzugehörigkeit** i.S.v. § 31 I 1 Nr. 2 Ärzte-ZV (nur) mittels des **Krankheitsbildes** zu begründen.

Eine Beschlusslage des Landesausschusses i.S.v. § 100 I, III SGB V ist Voraussetzung einer **Ermächtigung nach § 116a Satz 1 SGB V**.

Streitig ist die Ermächtigung des Kl., Träger eines nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhauses in der Rechtsform einer Anstalt des öffentlichen Rechts, der u.a. eine Klinik für Innere Medizin I - Onkologie, Hämatologie, Klinische Infektiologie, Klinische Immunologie, Hämostaseologie, Internistische Intensivmedizin betreibt, dem u.a. ein sog. „Europäisches Exzellenzzentrum für Invasive Pilzinfektionen“ zugeordnet ist, zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung im Hinblick auf Versicherte mit einer chronischen pulmonalen Aspergillose. **SG Köln**, Urt. v. 04.12.2019 - S 40 KA 20/15 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

c) Psychiatrische Institutsambulanz: Fehlende Aufnahme in den Krankenhausplan

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 23.11.2021 - L 5 KA 4205/18

RID 22-02-35

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 2/22 B
www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 118 I

Leitsatz: Eine **Tagesklinik**, die nur als **unselbstständige Außenstelle** eines zugelassenen Krankenhauses geführt wird und nur insoweit Berücksichtigung im **Krankenhausplan** des Landes Baden-Württemberg findet, hat keinen Anspruch auf Erteilung einer unbefristeten **Ermächtigung** zum Betrieb einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) nach § 118 Abs. 1 SGB V.

Die Kl. verfügt als öffentliches Krankenhaus über ca. 600 Betten und Plätze. Neben der vollstationären Versorgung wurde das Krankenhaus 2009 unter der ärztlichen Leitung von Frau Kl gem. § 118 I SGB V zur ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung von Versicherten ermächtigt. Das Krankenhaus hat mehrere Betriebsstellen und Satelliten, unter anderem den „Satellit ZfP W“. Nachdem der Landeskrankenhausausschuss der Einrichtung einer Tagesklinik mit zehn Plätzen für das Fachgebiet Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie auf dem Gelände des ZfP W zugestimmt hatte, stellte das Regierungspräsidium 2013 fest, dass das Krankenhaus im Krankenhausplan geführt werde. Die Kl. beehrte erfolglos die Erteilung einer unbefristeten Ermächtigung zum Betrieb einer psychiatrischen Institutsambulanz am Standort W. **SG Stuttgart**, Urt. v. 24.10.2018 - S 5 KA 7224/16 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

5. Kein genereller Ausschluss der Überweisungsbefugnis von SPZ

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 24.11.2021 - L 11 KA 1/20

RID 22-02-36

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 119; BMV-Ä § 24

Die in § 24 BMV-Ä getroffenen Regelungen zu Überweisungen finden ihre **gesetzliche Grundlage** in § 82 I SGB V (BSG, Urt. v. 02.04.2014 - B 6 KA 20/13 R - SozR 4-2500 § 117 Nr. 6, juris Rn. 15).

§ 24 II 4 BMV-Ä regelt **kein „generelles Überweisungsverbot“**. Ist kein Ausschluss von der Teilnahme an der vertragsärztlichen Tätigkeit gegeben, handelt es sich der Sache nach lediglich um eine Ausgestaltung der vertragsärztlichen Stellung, die insb. daran zu messen ist, ob sie ohne Rechtfertigung in die von Art. 12 I 2 GG geschützte Berufsausübungsfreiheit eingreift.

Für einen **generellen Ausschluss der Überweisungsbefugnis** von Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) gibt es keine sachliche Grundlage. Die Zulassungsgremien haben im Rahmen ihres Beurteilungsspielraums auch bei einem SPZ zu prüfen, welche Überweisungsbefugnisse es im Einzelfall benötigt, um seinem durch die Ermächtigung erteilten Versorgungsauftrag gerecht werden zu können (vgl. BSG, Beschl. v. 11.09.2019 - B 6 KA 4/19 B - juris - Rn. 8).

Die Entscheidung über die Festlegung der von der Überweisungsbefugnis umfassten Leistungen setzt eine **„Bedarfsprüfung“** voraus, die allerdings von der Bedarfsabhängigkeit der Ermächtigung des SPZ verschieden ist (BSG, aaO., Rn. 8).

Streitig ist im Rahmen einer Fortsetzungsfeststellungsklage der Anspruch des klagenden Klinikums, einer Anstalt öffentlichen Rechts, auf Erteilung der Überweisungsbefugnis für das von ihm betriebene SPZ für die Zeit von Januar 2015 bis Dezember 2018. **SG Köln**, Urt. v. 04.12.2019 - S 40 KA 12/15 - wies die Klage ab, das **LSG** stellte fest, dass der Beschluss des Bekl. v. 08.07.2015 hinsichtlich der Entscheidung über die Nichterteilung einer Überweisungsbefugnis rechtswidrig gewesen ist.

6. Zulassungsentziehung: Nichtausüben der vertragsärztlichen Tätigkeit

SG Marburg, Gerichtsbescheid v. 30.03.2022 - S 12 KA 226/21

RID 22-02-37

Berufung anhängig: LSG Hessen
www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 95 VI

Leitsatz: Ein **Facharzt für Humangenetik**, der in vier aufeinanderfolgenden Quartalen (hier: Quartale IV/19 bis III/20) nach Zulassung lediglich ein bis zehn Fälle abrechnet und in den drei Folgequartalen keinen einzigen Fall, füllt von Anfang an seinen halben Versorgungsauftrag nicht aus, weshalb ihm die Zulassung wegen **Nichtausübens der vertragsärztlichen Tätigkeit** entzogen werden kann. Dabei ist es unerheblich, ob der Arzt nie beabsichtigt hat, den hälftigen Versorgungsauftrag tatsächlich auszufüllen, oder lediglich äußere Umstände wie die Coronakrise einen Praxisaufbau verhindert haben.

Das **SG** wies die Klage ab.

7. Streitwert

a) Ablehnung der Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens

SG Marburg, Beschluss v. 11.03.2022 - S 12 KA 91/21

RID 22-02-38

Beschwerde anhängig: LSG Hessen
www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
GKG § 52; SGB V § 103 IIIa 1 bis 3

Leitsatz: Der wirtschaftliche Wert der **Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens** folgt aus der **Verwertungsmöglichkeit des Vertragsarztsitzes**. Fehlt es an einem Vortrag, welcher Erlös für die Abgabe eines Vertragsarztsitzes erzielt werden kann, kann nur auf den Auffangwert in Zulassungsangelegenheiten (60.000,00 €) abgestellt werden.

Die Kl. betreibt ein MVZ, in dem insb. laboratoriumsmedizinische Leistungen erbracht werden. Sie beschäftigte bis zum 31.12.2019 den Facharzt für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie Dr. med. K in einem Umfang von elf Wochenstunden, was bedarfsplanungsrechtlich einem hälftigen vertragsärztlichen Versorgungsauftrag (Faktor 0,5) entspricht. Der bekl. Zulassungsausschuss (ZA) stellte mit Beschl. v. 18.02.2020 die Beendigung des Anstellungsverhältnisses fest. Der ZA verlängerte ferner die Nachbesetzungsfrist bis zum 31.12.2020. Der Antrag der Kl. auf Umwandlung der Anstellung in eine Zulassung im Umfang des freigewordenen Anrechnungsfaktors 0,5 blieb erfolglos. Hiergegen erhob die Kl. die Klage zum Az.: S 12 KA 321/21. Der Zulassungsausschuss lehnte ferner den Antrag auf Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens ab, weil er bereits in selbiger Sitzung den Antrag auf Umwandlung der Arztstelle abgelehnt habe. Hiergegen erhob die Kl. Klage zum Az.: S 12 KA 91/21. Auf Anraten des Gerichts beendeten die Bet. beide Verfahren durch Vergleich. Sowohl die Umwandlung der Angestelltenstelle als auch die Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens wurden genehmigt. Das **SG** setzte den Streitwert auf 30.000 € fest.

b) Ablehnung der Umwandlung einer Angestelltenstelle in eine Zulassung

SG Marburg, Beschluss v. 11.03.2022 - S 12 KA 231/21

RID 22-02-39

Beschwerde anhängig: LSG Hessen
www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
GKG § 52; SGB V § 95b

Leitsatz: Der wirtschaftliche Wert der **Umwandlung einer Angestelltenstelle** folgt aus der **Verwertungsmöglichkeit des Vertragsarztsitzes**. Fehlt es an einem Vortrag, welcher Erlös für die Abgabe eines Vertragsarztsitzes erzielt werden kann, kann nur auf den Auffangwert in Zulassungsangelegenheiten (60.000,00 €) abgestellt werden.

Zum Sachverhalt vgl. vorstehend SG Marburg, Beschl. v. 11.03.2022 - S 12 KA 91/21 -. Das **SG** setzte den Streitwert auf 30.000 € fest.

VI. Angelegenheiten der KBV und des GKV-Spitzenverbands

1. Schiedsamt: Gestaltungsspielraum bei Festsetzung der Steigerungsrate der Gesamtvergütung

LSG Sachsen-Anhalt, Urteil v. 24.11.2021 - L 9 KA 2/18 KL

RID 22-02-40

www.juris.de
SGB V §§ 71, 85 III, 89 I

Leitsatz: Das **Schiedsamt** unterschreitet seinen **Gestaltungsspielraum**, wenn es bei seiner Entscheidung die Kriterien des § 85 Abs. 3 Satz 1 SGB V nur daraufhin prüft, ob Gesichtspunkte für eine Steigerung über einen als Basis anzusetzenden Wert in voller Höhe der nach § 71 Abs. 3 Satz 1 SGB V maßgeblichen Veränderungsrate hinaus feststellbar sind.

Das **LSG** hob den Schiedsspruch vom 14.06.2018 auf und verpflichtete den Bekl., unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu über die vertragszahnärztliche Gesamtvergütung im Ersatzkassenbereich 2017 zu entscheiden.

VII. Verfahrensrecht

1. Ansprüche gegen das Versorgungswerk der Landeszahnärztekammer: Sozialrechtsweg unzulässig

LSG Thüringen, Beschluss v. 02.02.2022 - L 1 SF 672/21

RID 22-02-41

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
GVG § 17a II 3; SGG §§ 10 II, 58 I Nr. 4, 98

Leitsatz: 1. Die Bindungswirkung eines **Verweisungsbeschlusses** entfällt, wenn dieser offensichtlich fehlerhaft ist und im Ergebnis eine willkürliche Verlagerung des gesetzlichen Richters bedeutet. In diesem Fall muss die Rechtsfolge des §§ 98, 17a Abs. 2 Satz 3 GVG hinter dem Gedankengang des Art. 101 GG zurücktreten. Macht ein Kläger Ansprüche gegen das Versorgungswerk der Landeszahnärztekammer geltend, liegt offensichtlich keine dem Vertragsarztrecht im Sinne des § 10 Abs. 2 SGG zuzuordnende Streitigkeit vor.

2. Ist keines der beiden am negativen Kompetenzkonflikt beteiligten Gerichte für den Rechtsstreit tatsächlich zuständig, kann das gemäß § 58 Abs. 1 Nr. 4 SGG angerufene **übergeordnete Gericht** das ausschließlich zuständige Gericht ausnahmsweise nach Anhörung der Beteiligten bestimmen.

Der Ast. reichte im Jahr 2021 eine Klage verbunden mit dem Vermerk „Eilt“ beim SG Altenburg wegen so wörtlich „Verweigerung der Daseinsvorsorge für den behinderten Kläger“ ein. Zur Begründung führte er aus, dass die bekl. Landeszahnärztekammer ihm die zustehende Altersvorsorge nicht auszahle und damit seine Daseinsvorsorge verweigere. Dies müsse durch Schadensersatz aus sozialrechtlichem Herstellungsanspruch behoben werden. Er sei prozessunfähig und es müsse eine besondere Vertreterin bestellt werden. **SG Altenburg**, Beschl. v. 01.06.2021 erklärte sich für örtlich unzuständig und verwies den Rechtsstreit an das SG Gotha, weil dieses für Streitigkeiten der Kassenärzte und Kassenzahnärzte in Thüringen örtlich zuständig sei. **SG Gotha**, Beschl. v. 02.08.2021 - S 1 SV 1466/21 ER - erklärte sich ebf. für örtlich nicht zuständig und legte den Rechtsstreit dem LSG zur Bestimmung des örtlich zuständigen Gerichts vor. Zur Begründung führte es aus, dass

das Begehren des Kl. i.S.d. Geltendmachung eines Amtshaftungsanspruchs nach § 839 BGB i.V.m. Art. 34 Satz 3 GG auszulegen sei. Es liege daher ein Zivilrechtsstreit vor. Das **LSG** verwies den Rechtsstreit an das VG Gera.

VIII. Bundessozialgericht (BSG)

1. Internetveröffentlichung von Beschlüssen des Bewertungsausschusses/Rückwirkende Budgetierung

BSG, Urteil v. 26.05.2021 - B 6 KA 8/20 R

RID 22-02-42

BSGE 132, 162 = SozR 4-2500 § 87 Nr. 38 = ZMGR 2021, 366 = SGB 2022, 123 = NZS 2022, 183

Leitsatz: 1. Beschlüsse des **Bewertungsausschusses** sind bei einer **Bekanntgabe im Internet** erst mit der Veröffentlichung eines Hinweises im Deutschen Ärzteblatt auf die Internetfundstelle amtlich publiziert und damit wirksam.

2. Eine **rückwirkende Budgetierung von Gesprächsleistungen** ist zulässig, wenn der Vertragsarzt aufgrund der Unvollständigkeit der ursprünglichen Regelung zur Bildung des Budgets mit einer Ergänzung des Beschlusses durch den Bewertungsausschuss rechnen musste.

2. Jobsharing: Berechnung des Rückforderungsbetrags/Quartalspunktwert

BSG, Urteil v. 14.07.2021 - B 6 KA 12/20 R

RID 22-02-43

SozR 4-2500 § 101 Nr. 22

Leitsatz: 1. Die **Revision** ist unbeschränkt für alle Beteiligten zugelassen, wenn sich nicht aus der Zulassung selbst oder ihrer Begründung ausdrücklich eine Beschränkung ergibt.

2. Der Hinweis des Landessozialgerichts, welcher Rechtsfrage es grundsätzliche Bedeutung beimisst, reicht insoweit alleine für eine **Beschränkung der Revisionszulassung** nicht aus.

3. Praxisspezifische Gründe für eine **Anhebung der Job-Sharing-Obergrenze** können nur gegenüber den Zulassungsgremien und nicht gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung im Verfahren der Honorarberichtigung wegen Überschreitung der vom Zulassungsausschuss festgesetzten Grenze geltend gemacht werden.

3. Vertreter-/Assistentengenehmigung während der Erziehung von Kindern

BSG, Urteil v. 14.07.2021 - B 6 KA 15/20 R

RID 22-02-44

BSGE = SozR 4-5520 § 32 Nr. 6 = GesR 2021, 716 = KrV 2021, 238 = ArzR 2022, 9 = ZMGR 2022, 26

Leitsatz: 1. Ein Vertragsarzt darf einen **Vertreter** oder einen **Entlastungsassistenten** bis zu einer Dauer von 36 Monaten einsetzen, wenn er ein **Kind erzieht**, das das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

2. Ein Anspruch auf Vertretung oder Entlastungsassistenz besteht für **jedes Kind** für die Dauer von 36 Monaten, wobei Zeiten der gemeinsamen Erziehung von Kindern jedem der drei Kinder zugerechnet werden und nicht übertragbar sind.

4. Rundschreiben der Aufsichtsbehörde: Hinweise und Rechtssphäre der Gesamtvertragspartner

BSG, Urteil v. 04.11.2021 - B 6 A 2/20 R

RID 22-02-45

BSGE = SozR 4-1500 § 54 Nr. 52 = GesR 2022, 235 = KrV 2022, 73

Leitsatz: Ein **Rundschreiben der Aufsichtsbehörde** an alle bundesunmittelbaren Krankenkassen mit lediglich allgemeinen rechtlichen Hinweisen und Empfehlungen zur Gestaltung von Gesamtverträgen auf regionaler Ebene greift nicht in die **Rechtssphäre der Gesamtvertragspartner** ein und kann daher nicht zulässig mit der Aufsichtsklage angefochten werden, wenn die Umsetzung dieser Hinweise nicht verbindlich eingefordert wird und an deren Nichtbeachtung auch keine unmittelbaren aufsichtsrechtlichen Konsequenzen geknüpft sind.

5. Rechtskraftwirkung eines Bescheidungsurteils

BSG, Urteil v. 14.07.2021 - B 6 KA 1/20 R

RID 22-02-46

SozR 4-1500 § 141 Nr. 4 = ZMGR 2021, 373

Leitsatz: 1. Legt allein die beklagte Behörde **Berufung** gegen ein Urteil des Sozialgerichts ein und erlässt sie anschließend einen **Änderungsbescheid**, der Gegenstand dieses Berufungsverfahrens wird, bleibt das Berufungsgericht nach Rücknahme der Berufung verpflichtet, über den Änderungsbescheid auf Klage zu entscheiden.

2. Sind **Einwendungen des Klägers** in die als maßgeblich vorgegebene Rechtsauffassung eines **Bescheidungsurteils** nicht übernommen worden, ist der Kläger in dem nachfolgenden Verwaltungs- oder Klageverfahren aufgrund der Rechtskraftwirkung dieses Urteils mit den entsprechenden Einwendungen ausgeschlossen.

B. KRANKENVERSICHERUNGSRECHT

I. Vertrags(zahn)ärztliche Behandlung

1. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

a) Stammvarikosis bei chronisch-venöser Insuffizienz durch Radiofrequenztherapie

LSG Saarland, Urteil v. 13.10.2021 - L 2 KR 26/20

RID 22-02-47

www.juris.de

SGB V §§ 2 Ia 1, 13 III 1, IIIa, 135 I, 140a

Leitsatz: 1. Eine Behandlung der **Stammvarikosis bei chronisch-venöser Insuffizienz** durch **Radiofrequenztherapie** ist nicht vom Leistungskatalog der GKV erfasst.

2. Bietet eine Krankenkasse diese Behandlung im Rahmen des § 140a SGB V als besondere ambulante ärztliche Versorgung an, besteht kein Kostenerstattungsanspruch, wenn der Versicherte die Behandlung bei einem Arzt durchführen lässt, der keinen **Vertrag nach § 140a SGB V** abgeschlossen hat.

3. Der Versicherte hat keinen Anspruch nach Art. 3 Abs. 1 GG, dass Leistungen, zu deren Erbringung die Krankenkasse gesetzlich nicht verpflichtet ist und die nur sie im Rahmen eines nach § 140a SGB V geschlossenen Vertrages anbietet, **wohnortnah** erbracht werden.

SG für das Saarland, Gerichtsbb. v. 09.03.2020 - S 20 KR 539/18 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

b) Optische Kohärenztomografie bei posteriorer Uveitis

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 16.02.2022 - L 4 KR 30/18

RID 22-02-48

www.juris.de

SGB V §§ 2 I, Ia, 12 I, 13 III, 135

Leitsatz: Es stellt kein **Systemversagen** dar, dass der Gemeinsame Bundesausschuss im Jahre 2016 noch kein Beratungsverfahren nach § 135 Abs. 1 SGB V zum Einsatz der **optischen Kohärenztomografie** (OCT) bei posteriorer Uveitis durchgeführt hatte.

SG Neuruppin, Urt. v. 08.01.2014 - S 9 KR 239/16 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

c) Liposuktions-Operationen in der speziellen Form der Liposculptur

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 25.01.2022 - L 1 KR 415/19

RID 22-02-49

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 22/22 B

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 13 III, 27, 135 I

Eine Krankenkasse kann keine Zusage zur Übernahme der Kosten für ambulante Liposuktions-Operationen in der speziellen Form der **Liposculptur** treffen, da es sich um eine neue Behandlungsmethode handelt, für welche der GBA keine Empfehlung ausgesprochen hat.

Die patentierte Methode der **lymphologischen Liposculptur** ist nach einem von der Kl. eingereichten Prospekt der Privatklinik eine spezielle Form der Liposuktion, bei der achsengerecht und lymphgefäßschonend abgesaugt werde. Im Gegensatz zu anderen Fettabsaugungsmethoden könne es nicht zu einer Schädigung der gesunden Lymphgefäße kommen. *SG Neuruppin*, Gerichtsbb. v. 16.10.2019 - S 20 KR 171/18 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

2. Ambulante Mamillenpigmentierung nach Brustaufbauoperation

SG München, Urteil v. 17.03.2022 - S 15 KR 927/21

RID 22-02-50

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

Leitsatz: Zum Systemversagen bei einer ambulant durchgeführten bzw. durchzuführenden Mamillenpigmentierung entsprechend dem OPS 5-882.6 (Plastische Rekonstruktion durch Tätowierung).

Das **SG** verurteilte die Bekl., an die Kl. 1.208,38 € nebst Zinsen hieraus zu zahlen.

3. Kryokonservierung

a) Anspruch auch ohne EBM-Regelung I

SG Duisburg, Urteil v. 15.03.2022 - S 60 KR 1074/21

RID 22-02-51

www.juris.de
SGB V §§ 13 III, 27a IV

Mit § 27a IV SGB V hat der Gesetzgeber einen Anspruch auf **Kryokonservierung** von Ei- oder Samenzellen oder von Keimzellgewebe sowie auf die dazugehörigen medizinischen Maßnahmen geschaffen, der noch der Konkretisierung durch eine **Qualitätssicherungsrichtlinie des GBA** bedurfte. Der GBA als sachverständiges Gremium war insb. aber nicht ermächtigt, die Geltung des gesetzlichen Anspruchs der Versicherten auf Kryokonservierung vom bloß formalen Akt der Umsetzung im **EBM** abhängig zu machen.

Das **SG** verurteilte die Bekl., die Kosten der Kl. für die Entnahme und Kryokonservierung von Eizellen in Höhe von 2.124,49 € zu erstatten.

b) Anspruch auch ohne EBM-Regelung II

SG Dresden, Urteil v. 22.10.2020 - S 47 KR 2579/19

RID 22-02-52

www.juris.de
SGB V § 27a IV

Bei einer neoadjuvanten Chemotherapie mit ihren gonadotoxischen Wirkungen besteht regelmäßig die Gefahr von **Fertilitätseinschränkungen**. Dem kann durch die Entnahme von Ovargewebe zur späteren Autotransplantation entgegengewirkt werden. Damit besteht ein Anspruch auf Kryokonservierung nach § 27a IV SGB V. Dem steht nicht entgegen, dass es noch der Umsetzung der Richtlinie im **EBM** bedarf.

Das **SG** verurteilte die Bekl., die Kosten für die Kryokonservierung (Transportkosten und Lagerung) - von Anfang an - dem Grunde nach zu übernehmen.

II. Stationäre Behandlung: Mammareduktionsplastik

Nach BSG, Urt. v. 26.04.2022 - **B 1 KR 20/21 R** - haben Versicherte auch nach **Erlass einer Erprobungsrichtlinie** Anspruch auf die Versorgung mit Potentialleistungen grundsätzlich 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 (GBA) für die Annahme des Potentials einer erforderlichen Behandlungsalternative erfüllt sind. Für nicht an der Erprobung teilnehmende Krankenhäuser kann der GBA nach § 137e II 3 SGB V ergänzende Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringung regeln. Es handelt sich für diese Krankenhäuser um eine abschließende Regelungsermächtigung. Der GBA hat von ihr im Falle des Liposuktions-Erprobungsverfahrens keinen Gebrauch gemacht. Begrenzungen ergeben sich auch aus einer Erprobungsrichtlinie i.V.m. § 137e II 1 und 2 SGB V und dem Studiendesign selbst. Sie gelten aber nur für an der Erprobung teilnehmende Krankenhäuser. Das LSG hat seine Entscheidung noch an der vom Senat im März 2021 aufgegebenen Rechtsprechung zu § 137c III SGB V ausgerichtet und deswegen zu den Voraussetzungen des Anspruchs auf Potentialleistungen keine Feststellungen getroffen. Diese hat es nunmehr nachzuholen. Nach BSG, Urt. v. 10.03.2022 - B 1 KR 3/21 R – hat die Kl. keinen Anspruch auf Erstattung der Kosten einer **Mammaaufbauplastik**. Die 1994 geb. Kl. litt während ihrer Pubertät an einer Mammadysplasie der rechten Brust. Diese beeinträchtigte sie nicht in einer Körperfunktion. Sie wirkte auch nicht entstellend. Für eine **Entstellung** genügt nicht jede körperliche Abnormität. Vielmehr muss es sich objektiv um eine erhebliche Auffälligkeit handeln, die erwarten lässt, dass die Auffälligkeit sich schon bei flüchtiger Begegnung in alltäglichen Situationen quasi „im Vorbeigehen“

bemerkbar macht, die Betroffenen ständig viele Blicke auf sich ziehen, zum Objekt besonderer Beachtung anderer werden und sich deshalb aus dem Leben in der Gemeinschaft zurückziehen und zu vereinsamen drohen, sodass die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft gefährdet ist. Eine Entstellung kann in eng begrenzten Ausnahmefällen auch an üblicherweise **von Kleidung bedeckten Körperstellen** möglich sein. In diesen Bereichen müssen die Auffälligkeiten jedoch besonders schwerwiegend sein. Erforderlich ist, dass selbst die Offenbarung im privaten und vertrauten Bereich die Teilhabe, etwa im Rahmen der Sexualität nahezu ausschließen würde. Hierbei ist nicht das subjektive Empfinden der Betroffenen maßgeblich, sondern allein die objektiv zu erwartende Reaktion. Hierfür muss die Auffälligkeit evident abstoßend wirken. In den bislang vom BSG ablehnend entschiedenen Fällen wird diese Erheblichkeitsschwelle nicht erreicht. Gleiches gilt in aller Regel etwa auch für Hautüberschüsse, wie sie etwa nach einem erheblichen Gewichtsverlust infolge einer strengen Diät oder einer bariatrischen Operation verbleiben können. Vorliegend hat das LSG rechtsfehlerfrei festgestellt, dass die Brustasymmetrie der Klägerin sowohl im bekleideten als auch im unbedeckten Zustand nicht entstellend war. Schließlich rechtfertigte eine **psychische Belastung** der Klägerin aufgrund ihres Erscheinungsbildes keinen operativen Eingriff. Nach der ständigen Rechtsprechung des erkennenden Senats können psychische Leiden einen Anspruch auf eine Operation zum Brustaufbau grundsätzlich nicht begründen.

1. Mammareduktionsplastik bei orthopädischen Erkrankungen der Wirbelsäule

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 01.03.2022 - L 26 KR 227/19

RID 22-02-53

www.juris.de

SGB V §§ 27 I, 39 I

Es besteht ein Anspruch auf eine **operative Verkleinerung der Brust** bei bestehenden chronischen orthopädischen Erkrankungen der Wirbelsäule nach erfolgloser Ausschöpfung aller konservativen Therapiemaßnahmen und trotz der mit einer Operation verbundenen Risiken (Narkose, mögliche Komplikationen und Operationsfolgen wie Entzündungen, Thrombosen), wenn dies die **einzige noch erfolgversprechende Behandlung** zur Linderung der langjährigen chronischen Beschwerden ist.

SG Neuruppin, Gerichtsbb. v. 15.05.2019 - S 20 KR 197/11 - wies die Klage ab, das **LSG** verurteilte die Bekl., die Kosten für eine stationär durchzuführende beidseitige Mammareduktionsplastik zu übernehmen.

2. Beidseitige Mammareduktionsplastik zur Krebsvorsorge

LSG Mecklenburg-Vorpommern, Urteil v. 05.08.2021 - L 6 KR 114/17

RID 22-02-54

www.juris.de

SGB V §§ 27 I 1 u. 2 Nr. 5, 39 I

Die Auffassung der Vorinstanz, einem etwaig erhöhten **Krebsrisiko** im Bereich der Mammae könne durch engmaschige Vorsorgeuntersuchungen Rechnung getragen werden, weshalb kein Anspruch auf eine beidseitige **Mammareduktionsplastik** bestehe, ist nicht zu beanstanden.

SG Rostock, Urte. v. 20.09.2017 - S 21 KR 188/15 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung, **BSG**, Beschl. v. 10.03.2022 - B 1 KR 83/21 B - juris die Beschwerde zurück.

III. Kostenerstattung

1. Genehmigungsfiktion

a) Genehmigungsfiktion: Nur Kostenersstattungsanspruch

LSG Bayern, Urteil v. 16.06.2021 - L 5 KR 222/20

RID 22-02-55

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 13 IIIa

Leitsatz: Verfassungsrecht, insbesondere der allgemeine **Gleichheitssatz**, steht der Auslegung des § 13 Abs. 3a SGB V nicht entgegen, wonach die Genehmigungsfiktion nur einen **Kostenerstattungsanspruch** begründet.

Streitig ist die Versorgung der Klägerin mit einer Kunsttherapie als ambulante psychotherapeutische Maßnahme. *SG München*, Gerichtsbb. v. 12.05.2020 - S 44 KR 2513/19 - verurteilte die Bekl. unter Bezugnahme auf die zu diesem Zeitpunkt noch geltende Rspr. des BSG aufgrund Eintritts der Genehmigungsfiktion zur Kostenerstattung selbstbeschaffter Leistungen der Kunsttherapeutin D1 in Höhe von 320 € sowie zur Versorgung der Kl. mit weiteren 52 Therapiestunden. Das **LSG** wies die Klage ab. **BSG**, Beschl. v. 10.11.2021 - B 1 KR 62/21 B - juris - wies die Nichtzulassungsbeschwerde zurück.

b) Lauf der Entscheidungsfrist: Inkrafttreten der Regelung

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 17.03.2022 - L 4 KR 230/19

RID 22-02-56

Revision anhängig: B 1 KR 9/22 R
www.juris.de
SGB V § 13 IIIa 1

Leitsatz: Die **Entscheidungsfrist** des § 13 Abs. 3a S. 1 SGB V beginnt frühestens an dem Tag zu laufen, an dem die materiell-rechtliche Norm, auf die der Antragsteller sein Leistungsbegehren stützt, in Kraft tritt.

SG Berlin, Gerichtsbb. v. 30.04.2019 - S 182 KR 2081/17 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

2. Vorfestlegung auf bestimmten Leistungserbringer

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 01.03.2022 - L 26 KR 208/20

RID 22-02-57

www.juris.de
SGB V § 13 III, IIIa

Eine **Vorfestlegung** auf einen bestimmten Leistungserbringer steht einem Kostenerstattungsanspruch nach § 13 III und IIIa SGB V entgegen.

SG Potsdam, Urt. v. 19.11.2019 - S 28 KR 43/17 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

3. Erstattung einer stationären Krankenhausbehandlung in Privatklinik

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 22.02.2022 - L 11 KR 881/21

RID 22-02-58

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

Leitsatz: 1. Die Wahl des **Kostenerstattungsverfahrens** nach 13 Abs. 2 SGB V kann nicht auf eine konkrete Behandlungsmaßnahme **beschränkt** werden.

2. Legt sich eine Versicherte von vornherein auf eine bestimmte Art der Krankenhausbehandlung bei einem nicht zugelassenen Leistungserbringer fest, besteht kein Anspruch auf eine Kostenerstattung nach § 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V. Ein starkes Indiz für eine solche **Vorfestlegung** ist es, wenn ein Antrag auf Übernahme der Behandlungskosten für eine konkrete, von der Versicherten selbst ausgesuchte, nicht zugelassene Privatklinik gestellt wird für Krankheiten, deren Behandlung als Sachleistung in der gesetzlichen Krankenversicherung ein alltäglicher Vorgang ist.

Am 22.01.2019 verordnete die behandelnde V der Kl. Krankenhausbehandlung wegen psychovegetativer Erschöpfung und einer somatischen Funktionsstörung. Auf der Verordnung gab sie einen „Notfall“ an. Sie attestierte der Kl. am gleichen Tag, dass sie sich wegen dieser Erkrankung dringend in eine Therapie begeben müsse. Da im jetzigen Akutstadium die Distanz zum häuslichen Umfeld gegeben sein sollte, sei ein Aufenthalt in der Klinik F medizinisch notwendig. Am 24.01.2019 stellte die Klinik F der Kl. zur Vorlage bei der Krankenkasse einen Kostenvoranschlag für einen dreiwöchigen Aufenthalt über 6.980,40 € zzgl. Wahlleistungen aus. Am 25.01.2019 beantragte die Kl. unter Vorlage dieser Unterlagen ohne Erfolg die Erstattung dieser Kosten. *SG Karlsruhe*, Gerichtsbb. v. 12.02.2021 - S 3 KR 2760/19 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

4. Satzungsregelung zur Kostenübernahme für nicht zugelassenes Krankenhaus

LSG Rheinland-Pfalz, Urteil v. 22.04.2021 - L 5 KR 226/20

RID 22-02-59

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 8/22 R
www.juris.de
SGB V §§ 39, 107, 108

Übernimmt die Krankenkasse nach ihrer Satzung die Kosten für Leistungen in einem nicht nach § 108 SGB V zugelassenen **Krankenhaus**, entfällt ein Leistungsanspruch, wenn die gesetzlichen Kriterien eines Krankenhauses nicht erfüllt werden. Erforderlich für die Einordnung als eigenständiges Krankenhaus ist, dass dieses und die **Rehabilitationsklinik räumlich, organisatorisch und wirtschaftlich eindeutig voneinander getrennt** agieren. Hinzu kommt, dass die jederzeitige Verfügbarkeit ärztlichen Personals, die § 107 I Nr. 3 SGB V vorschreibt, nur durch Einbeziehung des Dienstarztes der Rehabilitationsklinik insb. in der Nacht gewährleistet ist, so dass auch in dieser

Hinsicht keine eindeutige Trennung vorliegt. Diese Auffassung der Vorinstanz ist nicht zu beanstanden.

SG Koblenz, Urt. v. 29.10.2020 wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

5. Verpflichtung des Krankenhauses zur Sachleistung

LSG Mecklenburg-Vorpommern, Urteil v. 15.03.2022 - L 6 KR 47/17

RID 22-02-60

www.juris.de

SGB V §§ 13 III, 108 Nr. 2

Leitsatz: 1. Ein Anspruch auf Kostenerstattung für eine stationäre Chemoperfusionsbehandlung aus § 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V scheidet auch im Falle einer **unaufschiebbaren Leistung** aus, wenn sie in einem zugelassenen Plankrankenhaus (§ 108 Nr. 2 SGB V) erbracht wird und somit bei unterstellter medizinischer Notwendigkeit als **Sachleistung** hätte erbracht werden müssen.

2. Dem Vertragsleistungserbringer steht es nicht frei, sein Vergütungsrisiko im Verhältnis zur Krankenkasse auf den Versicherten abzuwälzen, indem er diesem in Negation seines Sachleistungsanspruchs eine **zivilrechtliche Vergütungspflicht** abnötigt.

SG Stralsund, Urt. v. 28.04.2017 - S 3 KR 21/15 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

6. Künstliche Befruchtung

a) Zahlungen der privaten Krankenkasse an Ehemann

SG Nürnberg, Urteil v. 28.01.2022 - S 11 KR 767/19

RID 22-02-61

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 27a III

Die **Gewährung einer Geldleistung** anstelle einer Sachleistung ergibt sich nicht nur unzweifelhaft aus der Formulierung „Zuschuss“ in dem Bescheid, sondern auch aus der von der Krankenkasse vorgesehenen Verfahrensweise, wonach die Versicherte die Originalrechnungen sammeln und einreichen soll, damit anschließend der Zuschuss überwiesen werden kann.

Eine **private Krankenkasse** erbringt ihre **Erstattungszahlungen an den Ehemann** offensichtlich nicht zur Erfüllung der Leistungsschuld der Krankenkasse der Ehefrau, sondern zur Erfüllung ihrer Zahlungsverpflichtungen aus dem Versicherungsverhältnis mit diesem (vgl. dazu BGH, Urt. v. 03.03.2004 - IV ZR 25/03 - BGHZ 158, 166). Betragen diese Leistungen nicht mehr als 50 % der Kosten, so überschneiden sich die Ansprüche der Ehefrau und ihres Ehemannes nicht, sondern sie ergänzen sich. Der Ansicht von LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 24.04.2015 - L 9 KR 9/13 - RID 15-04-78, wonach erstattungsfähige Aufwendungen des gesetzlich Versicherten für medizinische Behandlungen nach § 27a SGB V nicht mehr gegeben sein sollen, wenn dem Ehepartner bereits 50 % der Behandlungskosten durch eine private Krankenkasse erstattet worden sind, ist nicht zu folgen.

Das *SG* verurteilte die Bekl., an die Kl. 3.575,22 € zu zahlen.

b) Verstoß gegen ESchG: Befruchtung von sieben Eizellen

SG München, Beschluss v. 26.01.2022 - S 7 KR 242/21

RID 22-02-62

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 13 IV, 27a; ESchG § 1 I Nr. 5

Ein Erstattungsanspruch gem. § 13 IV 1 SGB V besteht nicht, wenn bei der Behandlung gegen das **Verbot** des § 1 I Nr. 5 **ESchG** verstoßen wird, **mehr Eizellen** einer Frau **zu befruchten**, als ihr innerhalb eines Zyklus **übertragen werden sollen**.

Streitig ist die Kostenerstattung einer in Österreich durchgeführten künstlichen Befruchtung in Höhe von 8.948,26 €. Das *SG* wies die Klage ab.

IV. Arzneimittel

1. Cannabinoide

a) ADHS und eine dem medizinischen Standard entsprechende Leistung

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 11.11.2021 - L 11 KR 3804/21

RID 22-02-63

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 31 VI

Leitsatz: 1. Ob eine **ADHS** eine **schwerwiegende Erkrankung** i.S.d. § 31 Abs. 6 SGB V ist (hier verneint), hängt vom Ausmaß der hierdurch hervorgerufenen Beeinträchtigungen ab.

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

3. Die nach § 31 Abs. 6 Satz 1 Nr. 1 Buchst b) SGB V erforderliche begründete **Einschätzung des behandelnden Vertragsarztes** ist unzureichend, wenn dieser maßgeblich auf eine vom Versicherten entwickelte „Abneigung gegen jegliche Einnahme von Tabletten“ abstellt, die im Wesentlichen nur auf den anamnestischen Angaben des Versicherten beruht.

SG Mannheim, Gerichtsb. v. 11.11.2021 - S 7 KR 3143/20 - juris wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

b) Behandlung von Rückenschmerzen

SG Karlsruhe, Urteil v. 27.01.2022 - S 15 KR 2520/20

RID 22-02-64

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 31 VI

Leitsatz: Eine Versorgung mit Cannabisarzneimitteln durch die gesetzliche Krankenversicherung kommt erst in Betracht, wenn geeignete, allgemein anerkannte und dem medizinischen Standard entsprechende **Behandlungsmethoden nicht mehr zur Verfügung** stehen.

Der Kl. begehrte die Versorgung mit Cannabinoiden zur Behandlung von Rückenschmerzen von seiner gesetzlichen Krankenversicherung. Das **SG** wies die Klage ab.

c) Kein Cannabis von der Krankenkasse wegen Alkoholsucht

LSG Hessen, Urteil v. 17.03.2022 - L 1 KR 429/20

RID 22-02-65

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 31 VI

Versicherte mit einer schwerwiegenden Erkrankung können gegenüber ihrer Krankenkasse eine Versorgung mit Cannabis beanspruchen. Voraussetzung ist allerdings, dass sie nicht mit einer Standardtherapie behandelt werden können. Zur Behandlung einer **Alkoholerkrankung** stehen insb. **Rehabilitationsbehandlungen** zur Verfügung. Ein Anspruch auf Cannabis besteht daher nicht.

SG Gießen, Urt. v. 23.09.2020 - S 11 KR 548/17 - juris wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

2. Arzneimittel Epidyolex: Wirkstoff Cannabidiol/Off-Label-Use

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 16.02.2022 - L 5 KR 59/22 B ER

RID 22-02-66

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 27 I, 31

Das Arzneimittel Epidyolex enthält allein den Wirkstoff **Cannabidiol**, nicht aber Dronabinol oder Nabilon, und wird damit schon tatbestandlich nicht von der Regelung des **§ 31 VI SGB V** erfasst.

Fehlt schon eine hinreichende Wahrscheinlichkeit, dass ein Wechsel des antiepileptischen Medikamentes zu einer Besserung der Verhaltensauffälligkeiten führt, so kann die angestrebte Therapie im Rahmen des einstweiligen Rechtsschutzes schon nicht als erfolgsversprechende **Alternative** im Rahmen eines **Off-Label-Use** angesehen werden.

Wird eine notwendige **Studienlage** vom Ast. schon nicht behauptet und ist eine solche im Rahmen der im einstweiligen Rechtsschutzverfahren möglichen Ermittlungen auch nicht ersichtlich, so kommt ein Anspruch nach den Grundsätzen des Off-Label-Use nicht in Betracht.

SG Münster, Beschl. v. 04.01.2022 - S 9 KR 3281/21 ER - juris lehnte den Antrag auf einstweiligen Rechtsschutz ab, das *LSG* wies die Beschwerde zurück.

3. Nicht zugelassenes Arzneimittel Eteplirsen (Exondys 51) bei Muskeldystrophie Duchenne

LSG Saarland, Beschluss v. 23.11.2021 - L 2 KR 16/21 B ER

RID 22-02-67

www.juris.de

SGB V §§ 2 Ia 2, 31 I 1, 35c; AMG § 1; SGG § 86b II

Leitsatz: 1. Ein Leistungsanspruch auf Versorgung mit dem **Arzneimittel** Eteplirsen (Exondys 51) besteht auch nicht nach den Grundsätzen grundrechtsorientierter Leistungsauslegung aus der Regelung des § 2 Abs. 1a SGB V. Sie begründet keinen Anspruch auf Fertigarzneimittel für eine Indikation, für die eine **Genehmigung** in einem Zulassungsverfahren nach VO (EG) Nr 726/2004 **abzulehnen** war. Dazu genügt es, dass der Ständige Ausschuss für Humanarzneimittel ein im Ergebnis ablehnendes Gutachten erstellte, ohne dass der Antragsteller das Verfahren weiterverfolgt (BSG, Urt. v. 11.09.2018 - B 1 KR 36/17 R - GesR 2019, 38, juris Rn. 15 ff.; BSG, Urt. v. 13.12.2016 - B 1 KR 10/16 R - BSGE 122, 181 = SozR 4-2500 § 2 Nr. 6, juris Rn 18 ff.).

2. Soweit der Senat in seinem Beschluss vom 04.07.2019 einen **Anordnungsanspruch** auf Versorgung mit Eteplirsen (Exondys) **bejaht** hatte, ging er von einer Weiterverfolgung des Zulassungsverfahrens durch den Hersteller aus (LSG Saarland, Beschl. v. 04.07.2019 - L 2 KR 6/19 B ER - RID 19-03-101, juris Rn. 33), was sich jedoch nicht bestätigt hat.

SG für das Saarland, Beschl. v. 15.09.2021 - S 1 KR 35/21 ER - verpflichtet die Ag. im Wege des einstweiligen Rechtsschutzes, dem Ast. ab sofort die Arzneimitteltherapie mit dem Medikament Eteplirsen (Exondys 51) zu gewähren, befristet bis zum 30.09.2022. Das *LSG* lehnte den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab.

4. Fertigarzneimittel Cytotect CP Biotest: Prophylaktische Anwendung zum Schutz des Ungeborenen

LSG Bayern, Urteil v. 25.11.2021 - L 4 KR 318/18

RID 22-02-68

Revision anhängig: B 1 KR 7/22 R

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 2 Ia, 13 III, 27; GG Art. 2 II

Leitsatz: 1. Es besteht kein Sachleistungsanspruch auf Versorgung mit dem **Fertigarzneimittel Cytotect CP Biotest** zur prophylaktischen Anwendung nach primärer CMV-Infektion einer Schwangeren **zum Schutz des Ungeborenen**.

2. Ein **Off-label-Use** scheidet aus; es fehlt an einer aufgrund der Datenlage begründeten Erfolgsaussicht.

3. Die **drohende CMV-Infektion des Fötus** stellt ein behandlungsbedürftiges Erkrankungsrisiko dar und ist damit als eine Krankheit im Sinne von § 27 Abs. 1 Satz 1 und § 2 Abs. 1a SGB V anzusehen.

4. Die **CMV-Infektion der Mutter** kann nicht als lebensbedrohliche oder regelmäßig tödliche oder wertungsmäßig vergleichbare Erkrankung im Sinne von § 2 Abs. 1a SGB V angesehen werden. Der Grad der Wahrscheinlichkeit, dass sich die mit der CMV-Infektion der Mutter verbundenen Gefahren für den Fötus verwirklichen, ist hierfür zu gering.

5. Zur **Studienlage** und statistischen Wahrscheinlichkeit im Jahre 2015.

6. Eine Ausweitung der Ansprüche von Versicherten der GKV auf Arzneimittel, die **arzneimittelrechtlichen Standards** nicht genügen, muss auf eng umgrenzte Sachverhalte mit notstandsähnlichem Charakter begrenzt bleiben (BSG-Rechtsprechung).

SG München, Urt. v. 21.03.2018 - S 7 KR 1723/15 - verurteilte die Bekl., der Kl. die Kosten in Höhe von 8.753,55 € zzgl. Zinsen zu erstatten. Das *LSG* wies die Klage ab.

5. Nahrungsergänzungsmittel (Daosin-Kapseln zum Histaminabbau): Keine Individualprüfung

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 23.12.2021 - L 16 KR 113/21

RID 22-02-69

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

Bei dem Präparat Daosin handelt es sich um ein Lebensmittel in Form eines **Nahrungsergänzungsmittels**. Als **Lebensmittel** ist es nach der Arzneimittel-Richtlinie von der Versorgung nach den gesetzlichen Vorgaben ausgeschlossen. Dabei spielt es auch keine Rolle, dass das begehrte Präparat kostenintensiv ist und zu wirtschaftlichen Belastungen führt. Ein Nahrungsergänzungsmittel wird durch einen hohen Preis oder eine besondere persönliche Bedarfslage nicht zum Arzneimittel.

SG Osnabrück, Gerichtsb. v. 14.01.2021 - S 3 KR 104/20 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

6. Arzneimittel Lektinol (Phytotherapeutisches Mistelpräparat)

LSG Thüringen, Urteil v. 19.08.2021 - L 2 KR 62/17

RID 22-02-70

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 2 I 3, 12 I, 13 III 1, 31

Leitsatz: 1. Bei dem **Arzneimittel Lektinol** handelt es sich um ein phytotherapeutisches Mistelpräparat, das ohne fundierte Überprüfung von Qualität, Wirksamkeit und Unbedenklichkeit in der Bundesrepublik Deutschland lediglich aufgrund einer **fiktiven Zulassung** verkehrsfähig ist. Ein Anspruch auf Verordnung des Arzneimittels zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung besteht daher nicht (verneint für die Behandlung eines Leberzellkarzinoms).

2. Aus der **Zulassung** des Arzneimittels Lektinol zur adjuvanten und palliativen Behandlung von Krebserkrankungen in einem **anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union** folgt nicht automatisch eine Arzneimittelzulassung für die Bundesrepublik Deutschland.

3. Ein Anspruch auf Übernahme der Kosten für die Beschaffung von Lektinol zur Behandlung einer Leberzellkarzinoms ergibt sich auch nicht nach den Grundsätzen des **Off-Label-Use** oder aufgrund einer **grundrechtsorientierten Auslegung** des Leistungsrechts.

SG Gotha, Gerichtsb. v. 19.12.2016 - S 38 KR 2865/16 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

7. Medizinprodukt Granudacyn Wundspüllösung

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 25.01.2022 - L 11 KR 3215/21

RID 22-02-71

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

Leitsatz: Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) haben keinen Anspruch auf Versorgung mit dem Medizinprodukt Granudacyn.

SG Karlsruhe, Gerichtsb. v. 24.09.2021 - S 16 KR 3860/20 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

V. Hilfsmittel/Heilmittel

1. Kombierter Steh- und Bewegungstrainer vom Typ Innowalk Medium

LSG Thüringen, Urteil v. 23.12.2021 - L 6 KR 1126/18

RID 22-02-72

Revision anhängig: B 3 KR 3/22 R
www.juris.de
SGB V § 33

Bei einem **kombinierten Steh- und Bewegungstrainer vom Typ Innowalk Medium** handelt es sich um ein **Hilfsmittel** i.S.d. § 33 SGB V. Dieses wird nicht mit der Zielsetzung der Vorbeugung einer drohenden Behinderung oder zum Ausgleich einer Behinderung eingesetzt, sondern soll schwerpunktmäßig den Erfolg einer Krankenbehandlung sichern (§ 33 I Var. 1 SGB V).

Hilfsmittel, die zur **Sicherung des Erfolgs einer Krankenbehandlung** eingesetzt werden und untrennbar mit einer „neuen“ **Behandlungsmethode** verbunden sind, sind erst nach einer positiven Empfehlung des GBA von der Leistungspflicht der GKV umfasst (vgl. BSG, Urt. v. 08.07.2015 - B 3 KR 5/14 R - SozR 4-2500 § 33 Nr. 47, juris Rn. 24).

SG Altenburg, Urt. v. 09.07.2018 wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

2. Restkraftunterstützender Greifreifenantrieb „E-Motion M25“

LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 07.04.2022 - L 28 KR 8/22 B ER

RID 22-02-73

www.juris.de

SGB V §§ 33 I, 34 IV; SGG § 86b II; UNBehRÜbk Art. 20

Leitsatz: Austausch einer vorhandenen Hilfsmittelversorgung mit dem elektrischen Zusatzantrieb „WheelDrive“ durch den restkraftunterstützenden Greifreifenantrieb „E-Motion M25“ zur Nutzung an einem vorhandenen manuellen Rollstuhl im Verfahren des einstweiligen Rechtsschutzes.

Die Versorgung mit einem Hilfsmittel trotz bereits erfolgter Versorgung mit einer aus Sicht der Krankenkasse zuvor erfolgten **höherwertigen Versorgung** kann **erforderlich** sein, wenn das vorhandene Hilfsmittel aufgrund der individuellen Krankheitsentwicklung nicht mehr die angemessene Versorgung darstellt, weil dieses dem behinderten Menschen nicht mehr die Möglichkeit gibt, sich selbständig im Wohnumfeld zu bewegen und notwendige Bedürfnisse ohne Hilfe durch andere Personen zu befriedigen.

SG Potsdam, Beschl. v. 06.12.2021 - S 28 KR 176/21 ER - lehnte den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das *LSG* verpflichtete die Ag. im Wege der einstweiligen Anordnung, die Ast. vorläufig bis zum rechtskräftigen Abschluss des Hauptsacheverfahrens mit dem Greifreifenantrieb E-Motion M25 einschließlich Fernbedienung zu versorgen.

3. Hörgerät: Besondere berufliche Anforderungen einer Lehrerin

SG Leipzig, Urteil v. 19.10.2021 - S 8 KR 268/18

RID 22-02-74

www.juris.de

SGB V §§ 12 I 2, 13 III, 33 I, 36; SGB IX §§ 14 II 1, 48 VIII Nr. 4

Leitsatz: Zum Anspruch einer **Lehrerin** (kaufmännische Ausbilderin) auf Versorgung mit einem **Hörgerät** oberhalb des **Festbetrages**.

Das *SG* verurteilte die Bekl., der Kl. über den Festbetrag von 833,50 € für eine Hörhilfe rechts hinaus die Kosten für das Hörgerät „H. S.“ i.H.v. weiteren 1.284,90 € zu erstatten, und wies im Übrigen (bzgl. Zinsen) die Klage ab.

4. Versorgung mit Spracherkennungssoftware zur Teilnahme am Schulunterricht

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 01.04.2020 - L 4 KR 187/18

RID 22-02-75

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 33 I

Zu den seit langer Zeit anerkannten Aufgaben der GKV gehört die **Herstellung und die Sicherung der Schulfähigkeit eines Schülers** bzw. der Erwerb einer elementaren Schulausbildung (vgl. dazu u.a. BSG, Urt. v. 22.07.2004 - B 3 KR 13/03 R - SozR 4-2500 § 33 Nr. 6). Benötigt ein Schüler aufgrund einer Krankheit oder Behinderung ein - von der Schule nicht vorzuhaltendes - **Hilfsmittel**, um am Unterricht in der Schule erfolgreich teilzunehmen bzw. die Hausaufgaben erledigen zu können, hat die Krankenkasse dieses Hilfsmittel zur Verfügung zu stellen, weil es um die Herstellung und Sicherung der Schulfähigkeit geht. Betroffen sind Kinder und Jugendliche, die als Grund- und Hauptschüler, Realschüler, Gymnasiasten oder Sonderschüler den Unterricht noch im Rahmen ihrer Schulpflicht besuchen.

Leidet eine Versicherte (im Zeitpunkt der Anschaffung 9-jährig, inzwischen 13-jährig) unter einer spastischen Zerebralparese, weshalb sie nicht so schnell reagieren und so schnell reden kann wie andere Kinder, so rechtfertigt ihre Integration in den Kreis der gleichaltrigen Schüler die Gewährung einer **Spracherkennungssoftware**.

SG Oldenburg, Urt. v. 27.03.2018 - S 62 KR 536/16 - verurteilte die Bekl., die Kosten für die Spracheingabesoftware „Dragon“ in Höhe von 595 € zu erstatten, das *LSG* wies die Berufung zurück.

VI. Rehabilitation/Häusliche Krankenpflege/Fahrkosten

Nach BSG, Urt. v. 17.02.2022 - **B 3 KR 17/20 R** - können Versicherte **im ambulant betreuten Wohnen** einen Anspruch auf **Leistungen der (einfachen) Behandlungspflege** haben, wenn diese bereits Gegenstand bewilligter Eingliederungshilfe sind. Können Personen im Haushalt von Versicherten Maßnahmen der einfachsten Behandlungspflege tatsächlich ausführen, steht das einem Anspruch auf Leistungen der Behandlungspflege nur entgegen, wenn sie entweder dort leben (§ 37 III SGB V) oder sonst zu ihrer Durchführung rechtlich verpflichtet sind. Dafür reicht es außerhalb der (früheren) stationären Eingliederungshilfe nicht schon aus, dass im Haushalt von Krankenversicherten überhaupt **Eingliederungshilfeleistungen** erbracht werden und bei dieser Gelegenheit notwendige Behandlungspflegemaßnahmen in einem untergeordneten Umfang ebenfalls durchgeführt werden können. Abgesehen davon, dass allein das Anspruchs auf Leistungen der Eingliederungshilfe nicht begründen könnte, fehlt es jedenfalls an Maßstäben für Verwaltungen und Gerichte, die bei der Vielgestaltigkeit der Fallkonstellationen praxisingerechte Abgrenzungen für ein in diesem Sinne noch untergeordnetes Maß an zusätzlicher Leistungsverpflichtung des Eingliederungshilfeträgers erlauben würden; das müsste der **Gesetzgeber selbst vorgeben**. Dies ist auch nicht deshalb entbehrlich, weil die Behandlungspflege unabhängig von ihrem Gegenstand im Einzelnen Teilhabebezüge in dem Sinne aufwies, dass Versicherten ohne zureichende Versorgung mit der im Einzelfall gebotenen Behandlungspflege die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft versperrt wäre und der zuständige Eingliederungshilfeträger jedenfalls unter diesem Gesichtspunkt für sie einzustehen hätte; andernfalls müsste die Eingliederungshilfe in dieser Konstellation für jegliche Krankenbehandlung gesetzlich Krankenversicherter aufkommen. Das rechtfertigt sich vielmehr nur dann, wenn der Gegenstand von Eingliederungshilfe und Behandlungspflege im Einzelfall als **deckungsgleich** angesehen werden kann.

1. Rehabilitation

a) Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten und Ermessensausübung

SG Oldenburg, Urteil v. 13.01.2022 - S 63 KR 261/20

RID 22-02-76

www.juris.de
SGB V § 40 II

§ 40 II 4 SGB V enthält eine besondere Regelung zum **Wunsch- und Wahlrecht** der Versicherten, die über die allgemeinen Regelungen in § 33 SGB I für die Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen in SGB IX hinausgeht.

Die Krankenkasse hat sich mit den vom Versicherten vorgetragenen (medizinischen) Gründen **auseinanderzusetzen**. Die allgemeine Eignung aufgrund des Behandlungsspektrums der Rehaklinik ist ebenso wenig ausreichend für die rechtmäßige Ermessensausübung wie der bloße, keinerlei konkrete Berechnungen enthaltene Hinweis, dass die ausgewählte Klinik kostengünstiger sei.

Das **Wunsch- und Wahlrecht** geht nunmehr, d.h. mit Einführung des Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VSG) zum 16.07.2015, ausdrücklich dem **Wirtschaftlichkeitsgebot** vor. Die dem entgegenstehende Rspr. (BSG, Urt. v. 07.05.2013 - B 1 KR 12/12 R - SozR 4-2500 § 40 Nr. 7) ist mit dieser Gesetzesänderung überholt.

Zwischen den Beteiligten ist ein Bescheid zur Forderung von Mehrkosten für die Durchführung einer Anschlussrehabilitation nach durchgeführter Hüft-TEP-OP streitig. Das **SG** verpflichtete die Bekl., unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts den Antrag neu zu bescheiden.

b) Keine Zuständigkeit der Krankenkasse für Kostentragung einer Adaptionsmaßnahme

LSG Hamburg, Urteil v. 20.01.2022 - L 1 KR 51/21

RID 22-02-77

www.juris.de
SGB V § 11 II, 40 ff.; SGB IX § 14 IV 1; SGB X § 108 II

Für die Frage, ob es sich bei einer **Adaptionsbehandlung** im Anschluss an eine Drogenentwöhnungstherapie um eine **medizinische Rehabilitationsleistung** mit Zuständigkeit der Krankenkassen nach dem SGB V handelt, bedarf es jeweils einer individuellen Prüfung des Einzelfalls und dabei einer Bewertung sowohl des Angebots der Einrichtung, in der die Adaptionsbehandlung erbracht wird, als auch und vor allem des Inhalts der konkret zu beurteilenden Maßnahme. Bei einer Maßnahme mit **sozial-integrativem Charakter** handelt es sich nicht um eine medizinische Reha.

SG Hamburg, Urt. v. 23.04.2021 - S 46 KR 1391/17 - wies die Klage des Trägers der Eingliederungshilfemaßnahme ab, das **LSG** die Berufung zurück.

2. Häusliche Krankenpflege

a) Medizinische Behandlungspflege in einer Einrichtung der Wohnungslosenhilfe

SG Konstanz, Urteil v. 30.03.2022 - S 7 KR 661/21

RID 22-02-78

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 37 II; SGB XII § 67

Der Anspruch auf **medizinische Behandlungspflege** besteht nur insoweit, als der Versicherte die Leistung von der Einrichtung nicht selbst verlangen kann. Eine **Einrichtung der Wohnungslosenhilfe** hat als Einrichtung der Eingliederungshilfe **einfachste Maßnahmen** der medizinischen Behandlungspflege, für die es keiner besonderen medizinischen Sachkunde oder medizinischer Fertigkeiten bedarf und die daher regelmäßig von dem in der Einrichtung beschäftigten Personal wie von jedem erwachsenen Haushaltsangehörigen ohne Weiteres ausgeführt werden können, zu erbringen (vgl. BSG, Urt. v. 25.02.2015 - B 3 KR 11/14 R - BSGE 118, 122 = SozR 4-2500 § 37 Nr. 13, juris Rn. 31). Durch die Reform des Eingliederungshilferechts zum 01.01.2020 durch das Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen - Bundesteilhabegesetz (BTHG) - BGBl. I 2016, 3234 - sind keine relevanten Änderungen eingetreten. Das **SG** wies die Klage ab.

b) Einstweiliger Rechtsschutz

SG München, Beschluss v. 16.12.2021 - S 29 KR 1965/21 ER

RID 22-02-79

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 37 II; SGG § 86b II

Leitsatz: Zum Anordnungsanspruch auf **Behandlungspflege** nach § 37 Abs. 2 S. 1 SGB V im **einstweiligen Rechtsschutz** bei divergierenden Gutachten gemäß § 106 Abs. 3 Nr. 5 SGG.
Das **SG** lehnte den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab.

3. Fahrkosten

a) Längere Fahrwege bei spezialfachärztlicher Versorgung

LSG Hamburg, Urteil v. 14.02.2022 - L 1 KR 121/20

RID 22-02-80

www.juris.de
SGB V § 60

Das BSG hat für Fälle der **dermatologischen Behandlung der blonden Barthaare** aufgrund geschlechtsangleichender Maßnahmen bei der Diagnose Mann-zu-Frau-**Transsexualismus** auch ein vertragsärztliches Systemversagen erkannt und in diesen eine Verpflichtung der Krankenkasse auf Kostenübernahme der privatärztlichen Kostenabrechnung nach der GoÄ für richtig erachtet (vgl. BSG, Urt. v. 17.12.2020 - B 1 KR 19/20 R - SozR 4-2500 § 15 Nr. 3 und - B 1 KR 4/20, B 1 KR 6/20 R, B 1 KR 28/20 R - sämtlich in juris).

Fahrkosten sind jedoch eine in Bezug auf den Anspruch auf Krankenbehandlung (§ 27 SGB V) akzessorische Leistung der gesetzlichen Krankenkasse. Bei ihnen gilt daher das Wirtschaftlichkeitsgebot in besonderer Weise. Der Versicherte ist für seine Gesundheitspflege auch im System der GKV prinzipiell eigenverantwortlich (§ 2 I 1 SGB V). Um einen Ausnahmefall gem. § 8 KrTRL Anl. 2 handelt es sich nicht bei einer hautärztlichen Dauerbehandlung wegen der Barthaarentfernung. § 8 II KrTRL stellt ausdrücklich nicht auf die jeweilige wirtschaftliche Lage des Versicherten ab, sondern nur auf die Behandlungsdauer und -häufigkeit des jeweiligen Behandlungsschemas, welches mit § 60 I SGB V in Einklang steht. In Fällen **spezialfachärztlicher Versorgung** kann dies u.U. auch **häufige und längere Fahrten** für die Versicherten bedeuten, deren Kosten selbst zu tragen sind.

Die Kl. beantragte unter Einreichung verschiedener Bescheinigungen im Februar 2017 vor dem Hintergrund ihrer Transsexualität für die Transition vom Mann zur Frau eine Nadelepilationsbehandlung zur Gesichtshaarentfernung. Im Rahmen der Antragstellung teilte sie mit, dass sie seit gut zwei Jahren Hormone nehme und vor knapp 1,5 Jahren ihren Namen und Personenstand geändert habe. Die Bekl. lehnte den Antrag ab, da es sich bei einer Elektrologistin um kein in der gesetzlichen Krankenversicherung zur Leistungserbringung

zugelassenes Berufsbild handele. **SG Hamburg**, Urt. v. 07.08.2020 - S 60 KR 359/18 - gab der Klage im Wesentlichen statt (Anspruch darauf, dass die Bekl. die Kosten der Nadelepilationsbehandlung durch Frau Dr. J. im Umfang von deren Kostenvoranschlag zzgl. der notwendigen Fahrtkosten nach B. übernehme), das **LSG** wies die Klage insoweit ab, soweit die Bekl. auch zur Tragung der jeweils notwendigen Fahrtkosten der Kl. nach B. und zurück verpflichtet worden war.

b) Fahrtkosten zur Arbeitsstelle bei stufenweiser Eingliederung

SG Leipzig, Urteil v. 09.03.2022 - S 22 KR 570/21

RID 22-02-81

www.juris.de

SGB V §§ 42, 60; SGB IX §§ 14, 44, 73

Leitsatz: Fahrtkosten zur Arbeitsstelle bei **stufenweiser Eingliederung** nach § 74 SGB V (nicht: Belastungserprobung nach § 42 SGB V) sind nicht durch die gesetzliche Krankenversicherung zu tragen (entgegen SG Dresden, Urt. v. vom 17.6.2020 - S 18 KR 967/19 - RID 20-03-100).

Denn die stufenweise Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit ist zwar eine Maßnahme der **medizinischen Rehabilitation**, aber ebensowenig wie die Erwerbstätigkeit selbst eine Leistung des Rehabilitationsträgers. Die Zielsetzung der Wiedereingliederung wird mit der Leistung des vollen Krankengeldes unterstützt (entgegen LSG Mecklenburg-Vorpommern, Urt. v. 28.05.2020 - L 6 KR 100/15 -).

Das **SG** wies die Klage ab.

c) Antrag auf Fahrkostenerstattung: Verwirkung

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 10.12.2021 - L 4 KR 3344/17

RID 22-02-82

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 60; BGB § 242

Wird zwischen Juni und Oktober 2006 ein **Antrag** auf Fahrkostenerstattung für Fahrten zur ambulanten Psychotherapie in der Zeit vom 05.02.2004 bis 14.06.2006 gestellt und wird die Bearbeitung des Antrags erst mehr als sieben Jahre nach dem Ende der Mitgliedschaft im Dezember 2015 angemahnt, dann ist der Antrag **verwirkt**.

SG Reutlingen, Gerichtsbb. v. 25.07.2017 - S 6 KR 1536/16 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

VII. Beziehungen zu Krankenhäusern

Nach BSG, Urt. v. 26.04.2022 - **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 werden, durch den ganze Leistungsbereiche ausgegliedert werden (hier: **Strahlentherapie**), nicht zu den allgemeinen Krankenhausleistungen i.S.d. § 2 II 2 Nr. 2 KHEntG. Diese Regelung erlaubt es nicht, dass das Krankenhaus wesentliche der vom Versorgungsauftrag umfassten Leistungen regelmäßig und **planvoll auf Dritte auslagert**, die nicht in seine Organisation eingegliedert sind. Das Krankenhaus hat für die **im Versorgungsauftrag ausgewiesenen Bereiche** (Fachabteilungen, Zentren, Fachprogramme etc.) die **räumliche, apparative und personelle Ausstattung zur Erbringung der wesentlichen Leistungen selbst vorzuhalten**. Wesentlich sind dabei alle die Leistungen, die in der ausgewiesenen Fachabteilung regelmäßig notwendig sind - mit Ausnahme unterstützender und ergänzender Leistungen, wie etwa Laboruntersuchungen oder radiologischer Untersuchungen. Das Krankenhaus der Kl. war mit einer Fachabteilung für Strahlentherapie im Krankenhausplan ausgewiesen, konnte aber nach der Schließung der Abteilung für Strahlentherapie keine strahlentherapeutischen Leistungen mehr selbst erbringen. Bestrahlungen sind für ein Krankenhaus mit einem Versorgungsauftrag für Strahlentherapie wesentliche Leistungen. Nach BSG, Urt. v. 26.04.2022 - **B 1 KR 26/21 R** - hat ein Krankenhaus keinen Anspruch auf Vergütung für Krankenhausbehandlungen, an denen ein **Nichtarzt** als vermeintlicher Arzt mitgewirkt hat. Der Vergütungsausschluss gilt auch dann, wenn dem Nichtarzt zuvor eine **echte Approbationsurkunde** ausgestellt worden ist. Er erstreckt sich allerdings nicht auf eigenständige und abgrenzbare Behandlungsabschnitte, an denen der Nichtarzt nicht mitgewirkt hat. Für Krankenhausbehandlungen, an denen ein Nichtarzt mitgewirkt hat, besteht wegen des in der gesetzlichen Krankenversicherung geltenden **Arztvorbehalts** kein Vergütungsanspruch. Voraussetzung der Erbringung ärztlicher Leistungen ist nicht nur die Approbation, sondern auch die **fachliche Qualifikation als Arzt**. Die Approbation ist zwar notwendige Voraussetzung für die Ausübung des Arztberufs. Sie spricht im Sinne einer widerlegbaren Vermutung auch dafür, dass der Betreffende über die medizinische Mindestqualifikation verfügt; sie fingiert diese aber nicht. Fehlt es an dieser, verletzt dies den Arztvorbehalt und damit das bei jeder Behandlung zu beachtende Qualitätsgebot. Unerheblich ist hierbei, ob die von P erbrachten Leistungen für sich genommen medizinisch mangelfrei waren und ob am Behandlungsgeschehen noch andere Personen mitgewirkt haben. Denn bei der Krankenhausbehandlung handelt es sich um

eine komplexe Gesamtleistung, die mit Fallpauschalen vergütet wird. Eine **Ausnahme** von dem Vergütungsausschluss gilt lediglich für eigenständige und abgrenzbare Behandlungsabschnitte, an denen der Nichtarzt nicht mitgewirkt hat. Der Ausschluss des Vergütungsanspruchs dient allein der Einhaltung des Qualitätsgebots und soll keine darüber hinausgehende Sanktion des Leistungserbringers bewirken. Er erstreckt sich daher nicht auf Teile der Behandlung, die vom Rechtsverstoß nicht erfasst sein können. Das Landessozialgericht muss nun feststellen, ob in den Behandlungsfällen eigenständige und abgrenzbare Behandlungen durchgeführt wurden, an denen P nicht mitgewirkt hat.

Nach BSG, Urt. v. 26.04.2022 - **B 1 KR 5/21 R** - war die durchgeführte **vollstationäre Behandlung** des Versicherten **medizinisch nicht erforderlich**, weil von Beginn an eine teilstationäre Behandlung ausgereicht hätte. In Betracht kommt allerdings ein **Vergütungsanspruch** für die erforderlich gewesene teilstationäre Krankenhausbehandlung nach den **Grundsätzen des fiktiven wirtschaftlichen Alternativverhaltens**. Das BSG hat einen solchen Vergütungsanspruch in unterschiedlichen Fallkonstellationen für den Fall bejaht, dass das Krankenhaus von zwei gleichermaßen zweckmäßigen und notwendigen Behandlungsalternativen die unwirtschaftliche gewählt hat. Gleiches gilt, wenn das Krankenhaus anstelle einer erforderlichen und auch ausreichenden teilstationären Behandlung eine ebenfalls zweckmäßige, aber nicht erforderliche vollstationäre Behandlung wählt. Denn der in § 39 I 2 SGB V zum Ausdruck kommende **Nachrang** der vollstationären gegenüber der teilstationären Behandlung **stellt lediglich eine besondere Ausprägung des Wirtschaftlichkeitsgebots dar**. In dem Stufenverhältnis der unterschiedlichen Formen der Krankenhausbehandlung (vollstationär oder stationsäquivalent, teilstationär, ambulant) kommt deshalb ein Vergütungsanspruch nach Maßgabe eines fiktiven wirtschaftlichen Alternativverhaltens immer dann in Betracht, wenn eine zweckmäßige, medizinisch jedoch in einer höheren Stufe der Krankenhausbehandlung nicht erforderliche Behandlung durchgeführt wurde, eine Behandlung in einer niedrigeren Stufe aber gleichermaßen zweckmäßig und medizinisch erforderlich gewesen wäre. Das gilt sowohl für das Verhältnis von vollstationärer oder stationsäquivalenter zu teilstationärer Krankenhausbehandlung als auch für das Verhältnis von stationärer zu ambulanter Krankenhausbehandlung. Weitere Voraussetzung für eine Abrechnung auf der Grundlage eines fiktiven wirtschaftlichen Alternativverhaltens ist, dass das Krankenhaus berechtigt gewesen wäre, die **(fiktive) wirtschaftliche Leistung selbst zu erbringen** und unmittelbar gegenüber der KK abzurechnen. Der Vergütungsanspruch nach Maßgabe eines fiktiven wirtschaftlichen Alternativverhaltens darf nicht dazu führen, dass das Krankenhaus außerhalb seines **Versorgungsauftrages** tätig wird oder dass zwingende Vorgaben des Leistungserbringerrechts unterlaufen werden. Von diesen Grundsätzen geht auch die zum 01.01.2020 neu gefasste Regelung des § 8 III KHEntgG aus. Das LSG hat nicht festgestellt, ob die vollstationäre und die teilstationäre Krankenhausbehandlung in dem vorliegenden Fall des Versicherten gleichermaßen zweckmäßig waren, um das Behandlungsziel zu erreichen. Die fehlenden Feststellungen sind vom LSG nachzuholen. Nach BSG, Urt. v. 26.04.2022 - **B 1 KR 14/21 R** - hält der Senat an seiner Rspr. fest, dass jedenfalls für die Zeit **vor 2019** die Berechnung zweier Behandlungsfälle als ein Behandlungsfall nach den aus dem Wirtschaftlichkeitsgebot abgeleiteten **Grundsätzen des fiktiven wirtschaftlichen Alternativverhaltens** nicht dadurch ausgeschlossen wird, dass die Vertragsparteien der Fallpauschalenvereinbarung (FPV) Regelungen über die Fallzusammenführung vereinbart haben. Unerheblich ist es deshalb, wenn eine nach Satz 1 des § 2 II FPV angeordnete Fallzusammenführung nach dessen Satz 2 im Sinne einer Rückausnahme wieder entfällt und damit die Abrechnung von zwei Behandlungsfällen nicht schon preisrechtlich ausgeschlossen ist. Das Wirtschaftlichkeitsgebot gebietet es, dass Versicherte nicht entlassen werden dürfen, wenn erstens in einem überschaubaren Zeitraum Klarheit darüber geschaffen werden kann, ob eine Fortsetzung der stationären Behandlung medizinisch geboten ist, und zweitens ggf. die Fortsetzung der Behandlung aus medizinischen Gründen auch tatsächlich erfolgen kann. Maßgeblich dafür ist der im Zeitpunkt der Entscheidung über die Entlassung verfügbare Wissens- und Kenntnisstand der Krankenhausärzte. In der Regel ist ein **Zeitraum von zehn Tagen ab der Entscheidung über die Entlassung** bis zur Fortsetzung der Behandlung noch als überschaubar anzusehen ist. Das Krankenhaus hätte nach diesen Grundsätzen lediglich einen einzigen, beide Behandlungsepisoden erfassenden Behandlungsfall abrechnen dürfen. Denn das Krankenhaus hätte angesichts der bevorstehenden Tumorkonferenz die Versicherte nicht entlassen dürfen. Es war auch absehbar, dass die Fortsetzung der stationären Behandlung binnen zehn Tagen in Betracht kam. So ist es auch geschehen. Nach BSG, Urt. v. 10.03.2022 - **B 1 KR 35/20 R** - setzt eine **Gewöhnung** an die **maschinelle Beatmung** nach der Senatsrechtsprechung „die erhebliche Einschränkung oder den Verlust der Fähigkeit, über einen längeren Zeitraum vollständig und ohne maschinelle Unterstützung spontan atmen zu können“ voraus. Hierfür genügt weder, dass die Beatmung als solche medizinisch notwendig ist, noch sind weitere Voraussetzungen zu erfüllen, etwa eine Adaption des Patienten an den Respirator oder eine beatmungsbedingte Schwächung der Atemmuskulatur. Zu der Feststellung, dass keine Methode der **Entwöhnung** angewandt wurde, genügt nicht, dass eine solche nicht dokumentiert ist. Es ist vielmehr zunächst von der Dokumentation auszugehen und diese tatrichterlich zu bewerten, ggf. unter Heranziehung sachverständiger Hilfe oder Rückgriff auf bereits vorliegende Sachverständigengutachten. Bei Zweifeln muss das Tatsachengericht den Sachverhalt ergänzend aufklären, etwa durch Vernehmung der behandelnden Ärzte oder der behandelten Versicherten. Lässt sich nach Ausschöpfen der gebotenen Aufklärung nicht feststellen, dass die tatbestandlichen Voraussetzungen der abgerechneten Fallpauschale erfüllt gewesen sind, trägt das Krankenhaus die objektive Beweislast für das Vorliegen dieser tatbestandlichen Voraussetzungen.

1. Vergütungsanspruch/Fälligkeit

a) Keine kurzfristige Entlassung über Nacht bei Operation am Folgetag

LSG Hamburg, Urteil v. 20.01.2022 - L 1 KR 101/20

RID 22-02-83

www.juris.de

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

Es ist nicht zu beanstanden, dass diejenigen Operationen, die aus medizinischer Sicht nicht zwingend sofort durchgeführt werden müssen, erst am Folgetag in der Tagesschicht erfolgen. Es ist sachgerecht, den Versicherten **nicht wieder nach Hause zu schicken**, wenn die **Erkrankung** (hier: drittgradiger Harnaufstau in der Niere, der aufgrund von Bakterien im Nierenbecken eine Entzündung hätte hervorrufen können, die wiederum zu einer Urosepsis hätte führen können) sehr schnell in einen lebensbedrohlichen Zustand wechseln kann, der dann in häuslicher Umgebung nicht mehr kontrollierbar wäre.

SG Hamburg, Ur. v. 24.08.2020 - S 2 KR 80/18 - wies die Klage ab, das **LSG** verurteilte die Bekl., 754,89 € nebst Zinsen an die Kl. zu zahlen.

b) Vergütungsanspruch bei Studienteilnahme: Stationäre Behandlungsbedürftigkeit

LSG Sachsen-Anhalt, Urteil v. 22.04.2021 - L 6 KR 46/18

RID 22-02-84

Revision anhängig: B 1 KR 25/21 R

www.juris.de = KRS 2022, 92

SGB V §§ 27, 39 I 2, 109 IV 3, 137c

Leitsatz: 1. § 137c Abs. 2 S. 2 SGB V (in der Fassung bis 31.12.2011) begründete die Möglichkeit, dass die Krankenkassen die notwendige stationäre Versorgung der in Studien einbezogenen versicherten Patienten mit den Krankenhausentgelten vergüten, wenn die **Studienteilnahme** der Verwirklichung der Ziele der Krankenbehandlung (§ 27 SGB V) dient und solange der Patient notwendig stationär versorgt werden muss (Anschluss an BSG, Ur. v. 17.12.2013 - B 1 KR 70/12 R - BSGE 115, 95 = SozR 4-2500 § 2 Nr. 4).

2. Dies setzt nicht nur voraus, dass die Durchführung der Studie allein stationär erfolgen muss, sondern auch, dass der Patient ohne die Studienintegration **stationär behandlungsbedürftig** i.S.v. § 39 SGB V gewesen ist (hier abgelehnt wegen möglicher ambulanter Standardtherapie).

SG Magdeburg, Ur. v. 06.03.2018 - S 15 KR 443/15 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

c) Zeitlicher Anknüpfungspunkt für die Festsetzung der Aufschläge nach § 275c III 1 SGB V

SG Mannheim, Beschluss v. 07.04.2022 - S 15 KR 382/22 ER

RID 22-02-85

www.juris.de

SGB V § 275c III

Für den **zeitlichen Anknüpfungspunkt** für die Festsetzung der **Aufschläge** nach § 275c III 1 SGB V ist nicht das Datum der Krankenhausaufnahme entscheidend. Da die Rechnung des Ast. der Ag. auch im Jahr 2021 zugegangen ist, kommt es vorliegend auf die Frage, ob letztlich die Rechnungserstellung oder der Zugang der Rechnung bei den Krankenkassen entscheidend ist, nicht an.

Das **SG** ordnete die aufschiebende Wirkung des Widerspruchs an.

d) Pflicht zur Erbringung einer geriatrischen Frührehabilitation

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 19.01.2022 - L 10 KR 142/20

RID 22-02-86

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 18/22 B

www.juris.de

SGB V §§ 39 I, 69 I 2 u. 3, 109 IV 2; KHG § 17c I 1 Nr. 2; KHEntgG § 2 II Nr. 5

Ein **Schadensersatzanspruch der Krankenkasse** aufgrund der Verletzung einer Pflicht bei der Behandlung eines Versicherten kommt aus öffentlich-rechtlichem Schuldverhältnis gegen ein zugelassenes Krankenhaus in Betracht, wenn zum einen die grundsätzlich abschließenden

Vorschriften des Vierten Kapitels des SGB V, die §§ 63, 64 SGB V, die Regelungen des KHG und des KHEntgG sowie die hiernach erlassenen Rechtsverordnungen für den Schadensersatz wegen Pflichtverletzung keine vorrangige Regelung treffen (§ 69 I 2 SGB V) und zum anderen die heranzuziehenden Vorschriften des BGB mit den Vorgaben des § 70 SGB V und den übrigen Aufgaben und Pflichten zwischen Krankenkasse und Krankenhaus nach dem Vierten Kapitel des SGB V vereinbar sind (§ 69 I 3 SGB V).

Für die **Frührehabilitation** sind die Krankenhäuser nur so lange zuständig, wie ein akutstationärer Interventionsbedarf besteht.

Ist die **geriatrische Frührehabilitation** vom Versorgungsauftrag eines Krankenhauses umfasst, steht es diesem nicht frei, Leistungen der geriatrischen Frührehabilitation zu erbringen.

SG Duisburg, Urt. v. 14.02.2020 - S 44 KR 379/17 - verurteilte die bekl. Krankenhausträgerin zur Zahlung von 3.553,65 € an die kl. Krankenkasse, das **LSG** verurteilte die Bekl. zur Zahlung von 3.253,65 € nebst Zinsen und wies die weitergehende Berufung der Bekl. zurück.

e) Qualitätsgebot: Implantation eines Medizinprodukts und vom Hersteller angegebene Indikation

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 22.02.2022 - L 11 KR 1308/20

RID 22-02-87

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 1, 109, 137h

Leitsatz: Die **Implantation** eines **Medizinprodukts** (hier: atmungsunabhängiger Hypoglossusstimulator System aura6000) entspricht nicht dem allgemeinen Qualitätsgebot des § 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V, wenn sie außerhalb der **vom Hersteller angegebenen Indikation** erfolgt.

SG Mannheim, Urt. v. 11.03.2020 - S 4 KR 2026/19 - verurteilte die Bekl., der Kl. 24.775,08 € nebst Zinsen zu zahlen, das **LSG** wies die Klage ab.

f) Endoskopische Lungenvolumenreduktion mittels Coils: Qualitätsgebot

SG Duisburg, Urteil v. 10.06.2021 - S 17 KR 3/20

RID 22-02-88

www.juris.de

SGB V §§ 2 I 3, 12 I, 39 I, 109 IV, 112 II Nr. 1, 137c; KHEntgG § 7 I 1 Nr. 1

Für eine im Juni/Juli 2016 durchgeführte **endoskopische Lungenvolumenreduktion** mittels der Implantation von Coils lag eine hinreichende **Studienlage** vor, aus denen über Qualität und Wirksamkeit der Methode zuverlässige, wissenschaftlich nachprüfbar Aussagen gemacht werden konnten und aufgrund derer eine Mehrheit der einschlägigen Fachleute die Methode bei einem schweren Lungenemphysem befürwortet hat.

Das **SG** verurteilte die Bekl., an die Kl. einen Betrag in Höhe von 30.938,40 € nebst Zinsen zu zahlen.

g) Matrixassoziierte autologe Chondrozytenimplantation (MACI)

SG Duisburg, Urteil v. 28.10.2021 - S 46 KR 2614/19

RID 22-02-89

www.juris.de

SGB V § 137c; AMG § 4b

Bei der **matrixassoziierten autologen Chondrozytenimplantation (MACI)** am Knie handelt es sich um eine **neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode**, welche zum Zeitpunkt der Behandlung des Versicherten mit Beschluss des GBA vom 23.04.2009 auf Grundlage von § 137c SGB V i.V.m. Kapitel 2, § 14 der Verfahrensordnung des GBA unter Aussetzung des Bewertungsverfahrens unter bestimmten Voraussetzungen zu Lasten der GKV erbracht werden konnte. Die Methode beinhaltet zwingend die Anwendung eines **Medizinprodukts** wie „**Novocart Inject**“. Es handelt sich hierbei um die Trägermatrix, auf der die entnommenen Knorpelzellen kultiviert werden und die in dem zweiten Eingriff implantiert wird. Solche Produkte sind arzneimittelrechtlich als Arzneimittel zu qualifizieren und zwar als sog. Arzneimittel für neuartige Therapien (ATMP = Advanced Therapy Medicinal Products). Dies sind Arzneimittel für die Anwendung beim Menschen, die auf Genen, Geweben oder Zellen basieren, vgl. § 4 Abs. 9 AMG.

Für **Novocart Inject** liegt eine **Genehmigung** nach § 4b AMG vor. Es ist damit verkehrsfähig.

Die Kl. war auch nicht unter Verweis auf das **Qualitätsgebot** dazu verpflichtet, anstelle des verwendeten Produkts „Novocart Inject“ das im Jahr 2017 arzneimittelrechtlich zugelassene Produkt „**Spherox**“ zu verwenden. Ein Verstoß gegen das Qualitätsgebot durch die Auswahl eines von mehreren auf dem Markt befindlichen Produkten mit unterschiedlichem arzneimittelrechtlichen Zulassungsstatus könnte nur dann angenommen werden, wenn die zentrale europäische Zulassung eines ATMP im Vergleich zu einer nationalen Genehmigung nach § 4b AMG zwingende Rückschlüsse auf die Überlegenheit des Produkts in Qualität und Wirksamkeit zuließe. Dies ist jedoch nicht der Fall.

Das **SG** verurteilte die Bekl., an die Kl. einen Betrag in Höhe von 6.007,14 € nebst Zinsen zu zahlen.

h) Aphasiespezialbehandlung

SG Aachen, Urteil v. 08.03.2022 - S 13 KR 53/21

RID 22-02-90

www.juris.de
SGB V §§ 39 I, 109 IV

Eine **Aphasiespezialbehandlung** ist als intensive multidisziplinäre Komplexbehandlung als stationäre Krankenhausbehandlung notwendig.

Die Aphasiespezialbehandlung des Versicherten diene sowohl der Behandlung einer **Krankheit** - „Aphasie“ (ICD-10-Ziffer R47.0) - als auch der **Frührehabilitation** gem. § 39 I 3, 2. Halbs. SGB V. Die Aufnahme in das Krankenhaus der Klägerin erfolgte nur deshalb, weil die rehabilitativen Vorbehandlungen nicht zur signifikanten Verbesserung der schweren Aphasie geführt hatten.

Das **SG** verurteilte die Bekl., der Kl. 10.139,02 € zzgl. Zinsen zu zahlen.

i) Intravenöse Applikation von Immunglobulinen

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 25.03.2022 - L 4 KR 983/19

RID 22-02-91

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 39 I 2, 109 IV 1, 137c; BGB § 387; KHEntgG § 1 I

Leitsatz: 1. Die intravenöse Applikation von **Immunglobulinen** (hier: IVIG) stellt keine **Behandlungsmethode** i.S. des § 137c SGB V dar.

2. Versicherte können eine Versorgung mit einem verschreibungspflichtigen **Fertigarzneimittel** zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung grundsätzlich nur beanspruchen, wenn eine arzneimittelrechtliche Zulassung für das Indikationsgebiet besteht, in dem es angewendet werden soll.

3. Eine Versorgung mit IVIG im Rahmen eines Off-Label-Use kommt nur nach den Vorgaben des § 35c SGB V bzw. nach den allgemeinen, vom BSG entwickelten Grundsätzen für einen **Off-Label-Use** in Betracht.

SG Ulm, Ur. v. 18.01.2019 - S 5 KR 4243/16 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

j) Fallzusammenführung/Zusammenfassung getrennter stationärer Aufenthalte

SG Augsburg, Urteil v. 13.12.2021 - S 10 KR 400/21

RID 22-02-92

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 39 I, 109 IV 3

Zur **Fallzusammenführung** finden sich in § 2 FPV abschließende Regelungen. Eine erweiternde Auslegung kommt grundsätzlich nicht in Betracht, da die Abrechnungsvorschriften nach ständiger Rspr. des BSG eng am Wortlaut auszulegen sind.

Es spricht viel dafür, dass mit Einführung der Regelung § 8 V 3 KHEntgG die abrechnungsmäßige **Zusammenfassung getrennter stationärer Aufenthalte** zu einem abrechenbaren Behandlungsfall in anderen als den in der Fallpauschalenvereinbarung genannten Fällen unter Verweis auf **wirtschaftliches Alternativverhalten**, insb. auch unter Verweis auf eine mögliche Beurlaubung als wirtschaftliches Alternativverhalten ausgeschlossen ist.

Das **SG** verurteilte die Bekl., an die Kl. 3.786,89 € nebst Zinsen zu zahlen.

k) Unterlassen einer MDK-Prüfung: Beweislastverteilung

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 25.01.2022 - L 11 KR 236/20

RID 22-02-93

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 2 Ia, 39 I, 109 IV, 137c, 275 Ic

Leitsatz: Begleitet die Krankenkasse innerhalb vorgegebener Zahlungsfristen eine Schlussrechnung des Krankenhauses für die vollstationäre Behandlung eines Versicherten, erfolgt die Zahlung konkludent unter dem Vorbehalt einer nachträglichen Prüfung. Dies hat zur Folge, dass das Krankenhaus im Rahmen einer **nachträglichen Prüfung** weiterhin die **Beweislast** für das Bestehen seiner Vergütungsforderung trägt. Anders ist dies, wenn das Krankenhaus die nach § 301 SGB V erforderlichen Daten der Krankenkasse vollständig übermittelt hat, die Krankenkasse eine - im Hinblick auf die von ihr erhobenen Einwände allein in Betracht kommende - **Auffälligkeitsprüfung nicht eingeleitet** hat, aber nach Ablauf der Prüffrist des § 275 Abs. 1c SGB V a.F. eine Erstattungsforderung wegen (vermeintlich) zu Unrecht gezahlter Vergütung einklagt. In diesem Fall trägt die Krankenkasse die Beweislast für das Bestehen ihres Erstattungsanspruchs.

SG Stuttgart, Gerichtsbb. v. 12.12.2019 - S 14 KR 5594/18 - wies die Klage der Krankenkasse ab, das **LSG** die Berufung zurück.

l) Einschaltung des MDK bereits bei Prüfung des Versichertenanspruchs

SG Detmold, Urteil v. 16.12.2021 - S 24 KR 413/21

RID 22-02-94

www.juris.de
SGB V §§ 39 I, 109 IV, 275 I 1, 275c I

Leitsatz: 1. Die Krankenkasse ist bei **Abrechnungsprüfungen** nach § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V verpflichtet, zur Notwendigkeit der Leistung eine gutachtliche Stellungnahme des **MDK** einzuholen. Dies gilt auch, wenn der MDK bereits im Verwaltungsverfahren gegenüber der Versicherten befasst war und mehrere Gutachten erstellt hat. Nach Ablauf der **Ausschlussfrist** des § 275c Abs. 1 Satz 1 SGB V sind die Krankenkasse und der MDK auf die Daten beschränkt, die das Krankenhaus der Krankenkasse im Rahmen seiner Informationsobliegenheiten bei der Krankenhausaufnahme und zur Abrechnung zur Verfügung gestellt hat.

2. Nichts anderes folgt aus der Tatsache, dass ein Arzt des Krankenhauses bereits im Verwaltungsverfahren im **Versicherungsverhältnis** „beteiligt“ war. Denn die Beteiligung des Krankenhauses in dem Versicherungsverhältnis ist nicht mit der Beteiligung im vorliegenden Abrechnungsstreit zu vergleichen. Dies folgt aus der unterschiedlichen Natur des Versicherungsverhältnisses auf der einen Seite und des Abrechnungsverhältnisses auf der anderen Seite.

Das **SG** verurteilte die Bekl., an die Kl. 7.486,16 € nebst Zinsen zu zahlen.

m) Unzulässige Verrechnung wegen Fristablaufs nach Landesvertrag

LSG Thüringen, Urteil v. 19.08.2021 - L 2 KR 1354/18

RID 22-02-95

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 5/22 R
www.juris.de
SGB V §§ 39, 112 II Nr. 1; BGB § 387

Eine **Verrechnung** ist unwirksam, wenn sie entgegen § 14 II 4 Landesvertrag Thüringen außerhalb der dort vereinbarten **Frist** von sechs Monaten ab Fälligkeit - bezogen auf den strittigen Fall - vorgenommen wird. Eine **Verlängerung** der Frist für den Fall, dass die Prüfung des Vorliegens der Voraussetzungen für die Abrechnung der Leistungen bzw. deren Notwendigkeit noch nicht abgeschlossen ist, ist nicht vorgesehen, und zwar unabhängig davon, worauf dies zurückzuführen ist. Der Krankenkasse bleibt es bei Versäumung der Frist unbenommen, den Anspruch geltend zu machen, ggf. im Klagewege. Bedenken gegen diese Bestimmung bestehen nicht.

SG Meiningen, Urt. v. 27.04.2018, verurteilte die Bekl. antragsgemäß zur Zahlung, das **LSG** wies die Berufung zurück.

n) Eingeschränkte Möglichkeit zur Aufrechnung/Pflegeintervention

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 29.09.2021 - L 11 KR 472/17

RID 22-02-96

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 112 II Nr. 1

§ 112 II 1 Nr. 1 Buchst. b) SGB V erfasst auch die Befugnis zur Vereinbarung von Regelungen über die Abrechnung von Entgelten. Dieses schließt die Möglichkeit von Vereinbarungen über die Zulässigkeit und **Grenzen von Aufrechnungen** mit ein.

Aus § 15 IV 2 LV NRW folgt nach der einhelligen Rspr. des LSG Nordrhein-Westfalen im Umkehrschluss ein Aufrechnungsverbot für **Erstattungsforderungen**, die unter keine der drei vertraglich vereinbarten Varianten fällt.

Das **Bobath-Konzept** ist ein Rehabilitationskonzept zur Behandlung von Patienten mit zentralen Lähmungen. Mangels Lähmungserscheinungen ist die Anwendung des Bobath-Konzepts nicht indiziert.

Die pflegfachliche Erforderlichkeit einer **Pflegeintervention** ist vom individuellen Krankheitszustand des Patienten abhängig.

SG Dortmund, Urt. v. 19.06.2017 - S 40 KR 2472/16 - RID 17-04-122 verurteilte die Bekl., an die Kl. 2.262,97 € nebst Zinsen zu zahlen. Das **LSG** wies die Berufung zurück. Auf die Widerklage der Bek. verurteilte es die Kl., an die Bekl. 2.262,97 € zu zahlen.

o) Fälligkeit nach Rechnungslegung: Mögliche Fehlerhaftigkeit unbeachtlich

SG Braunschweig, Urteil v. 07.04.2021 - S 54 KR 673/20 WA

RID 22-02-97

Sprungrevision zugelassen
www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 39, 109, 112

§ 13 VI nieders. Sicherstellungsvertrag (SV) regelt in Satz 1 eindeutig, dass die Krankenkasse die **Rechnung unverzüglich**, spätestens innerhalb von 14 Tagen nach Rechnungsdatum zu bezahlen hat. Eine **mögliche Fehlerhaftigkeit** der Rechnung steht dem Zahlungsanspruch nicht entgegen. Für solche Fälle steht der Krankenkasse gem. § 13 VI 5 SV die Möglichkeit der Verrechnung (korrekt: Aufrechnung) zur Verfügung. Das Verbot der unzulässigen bzw. arglistigen Rechtsausübung (dolo agit...) gilt aufgrund der Regelung in § 13 VI 5 SV nicht. Im Übrigen besteht eine Rückzahlungsverpflichtung erst nach Feststellung der Fehlerhaftigkeit der Rechnung. Das ist regelmäßig ein Zeitpunkt nach Prüfung durch den MDK.

Die Beteiligten streiten (noch) darüber, ob sich der Rechtsstreit nach Zahlung der Klageforderung erledigt hat. Ursprünglich ging es um die Vergütung einer stationären Krankenhausbehandlung. Das **SG** stellte fest, dass sich der Rechtsstreit aufgrund der Zahlung der Behandlungskosten und der Zinsen für die Behandlung des Versicherten Herrn H. im Zeitraum vom 10.02.2017 bis 06.03.2017 erledigt hat.

2. Prüfvereinbarung: Rechnungskorrektur/Gabe von Apherese-Thrombozytenkonzentraten

SG Detmold, Urteil v. 25.11.2021 - S 24 KR 723/17

RID 22-02-98

www.juris.de
SGB V §§ 12 I, 109 IV, 301; KHG § 17c II; PrüfV 2014 § 7 V

Leitsatz: 1. Eine **Rechnungskorrektur** ist nicht nach § 7 Abs. 5 Satz 1 PrüfV 2014 ausgeschlossen, wenn sie **vor Einleitung des MDK-Prüfverfahrens** vorgenommen wurde. Denn zu diesem Zeitpunkt ist der sachliche Anwendungsbereich des § 7 Abs. 5 Satz 1 PrüfV 2014 noch nicht eröffnet.

2. Aus dem Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 Abs. 1 SGB V folgt, dass für die Annahme einer Wirtschaftlichkeit der **Gabe von Apherese-Thrombozytenkonzentraten** (ATK) deren Überlegenheit gegenüber **Pool-Thrombozytenkonzentraten** (PTK) auf Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse nachgewiesen sein muss. Solche fundierten wissenschaftlichen Erkenntnisse liegen bisher nicht vor, sodass beide Produkte als gleichwertig anzusehen sind.

3. Die Entscheidung, ob ATK vor PTK vorrangig ist, ist im Wege einer **konkret-individuellen Prüfung** des jeweiligen Einzelfalles zu ermitteln. Im Rahmen dieser Prüfung sind Stellungnahmen von fachkundigen Stellen, wie dem Paul-Ehrlich-Institut, zu berücksichtigen.

Das **SG** verurteilte die Bekl., an die Kl. 5.831,50 € nebst Zinsen zu zahlen, und wies im Übrigen die Klage ab.

3. Fallpauschalen

a) Verlegung

aa) Eigenständige Fallpauschale für jedes Krankenhaus

LSG Thüringen, Urteil v. 07.10.2021 - L 6 KR 1278/18

RID 22-02-99

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 4/22 R
www.juris.de

SGB V § 12 I; KHG § 17c I Nr. 2

Die maßgeblichen Abrechnungsbestimmungen geben im Jahr 2017 eindeutig vor, dass bei **Verlegungen** jedes Krankenhaus eine eigenständige **Fallpauschale** abzurechnen hat. Dies wird von weiteren Voraussetzungen, insb. der Frage der medizinischen Notwendigkeit einer Verlegung, gerade nicht abhängig gemacht (BSG, Urt. v. 16.12.2008 - B 1 KR 10/08 R - SozR 4-2500 § 109 Nr. 14, juris Rn. 14 ff.).

SG Altenburg, Urt. v. 21.09.2018, verurteilte die Bekl., an die Kl. 1.447,76 € nebst Zinsen zu zahlen.

bb) Verlegungsabschlag: Vollstationäre Behandlung nach teilstationärer Dialysebehandlung

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 16.02.2022 - L 10 KR 208/21 KH

RID 22-02-100

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 38/22 B
www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 39 I 2, 69, 109 IV 3, 275 I c 2; KHG § 17b; KHEntgG §§ 7 S. 1 Nr. 1; FPV §§ 1, 2 II 3, 6 III

Die Regelungen der FPV zur Berücksichtigung von **Verlegungspauschalen** gelten auch für **teilstationäre Behandlungen**. „Chronische Dialysebehandlungen“ sind allgemeine Krankenhausleistungen.

§ 6 III FPV betrifft ausschließlich eine Regelung für eine **Verlegung innerhalb eines Krankenhauses**.

Die Vertragsparteien haben in § 1 FPV explizit geregelt, dass und wann eine **Verlegung** anzunehmen ist und wie eine solche abzurechnen ist. Maßgeblich ist insoweit zunächst nur, dass sowohl das aufnehmende als auch das abgebende Krankenhaus dem DRG-Vergütungsregime unterfällt. Eine weitergehende Differenzierung zwischen einer Verlegung von teil- in vollstationäre Behandlung ist nicht getroffen worden, Anknüpfungspunkt kann sowohl die teilstationäre als auch die vollstationäre Behandlung sein (im Ergebnis wie hier bereits LSG Hessen, Urt. v. 14.06.2017 - L 8 KR 27/16 - RID 17-04-132, juris Rn 39 ff.).

SG Duisburg, Urt. v. 16.12.2020 - S 31 KR 2733/19 - verurteilte die bekl. Krankenhausträgerin, an die kl. Krankenkasse 1.136,12 € nebst Zinsen zu zahlen. Das **LSG** änderte lediglich den Zinsausspruch.

b) Dokumentationsanfordernisse für hochaufwendige Pflege von Erwachsenen

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 10.12.2021 - L 4 KR 246/20

RID 22-02-101

www.sozialgerichtsbarkeit.de

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

Weder im Leistungsbereich A (Körperpflege) noch im Leistungsbereich D (Bewegen/Sicherheit) sind für eine **hochaufwendige Pflege** Aufwandspunkte zu berücksichtigen, wenn in der **Pflegedokumentation** die Voraussetzungen nicht aufgezeichnet werden (hier: qualitative Bewusstseinsveränderung). Die Abrechnung einer hochaufwendigen Pflege setzt voraus, dass diese tatsächlich durchgeführt wurde und entsprechend dokumentiert ist.

SG Freiburg, Gerichtsbb. v. 16.12.2019 - S 6 KR 4708/17 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

c) Anwendung von Sicherungsmaßnahmen

SG Braunschweig, Urteil v. 31.03.2021 - S 54 KR 733/20

RID 22-02-102

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

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

Allein die Unterbringung auf einer **geschlossenen Station** kann nicht als Anwendung von **Sicherungsmaßnahmen** im Sinne des OPS angesehen werden. Es handelt sich nicht um eine individuelle Maßnahme, die Teil der täglichen Behandlung ist. Sie ist lediglich einmal vor der Behandlung als deren Voraussetzung erforderlich. Einen abrechenbaren Ressourcenaufwand erzeugt sie ebenso wenig wie jede andere ärztliche Zuweisung auf eine bestimmte Station.

Das **SG** wies die Klage ab.

d) Spezielle Intervention auf der Intensivstation

SG für das Saarland, Urteil v. 19.01.2022 - S 1 KR 1566/19

RID 22-02-103

www.juris.de

SGB V § 109 IV

Leitsatz: 1. Die **EEG-Untersuchung** stellt eine spezielle Intervention auf der Intensivstation nach den Vorgaben des TISS-Katalogs dar.

2. Eine spezielle **Intervention auf der Intensivstation** erfordert nicht das Vorliegen einer „invasiven“ Maßnahme.

3. Es handelt sich bei der Auslegung des Begriffs der „**speziellen Intervention auf der Intensivstation**“ um eine rechtlich zu beurteilende Frage; eines medizinischen **Sachverständigenbeweises** hierzu bedarf es nicht.

Das **SG** verurteilte die Bkl., an die Kl. 6.281,65 € nebst Zinsen zu zahlen.

e) Ständige ärztliche Anwesenheit auf der Intensivstation

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 27.01.2022 - L 16 KR 265/19

RID 22-02-104

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

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

Ist nur ein Arzt auf der **Intensivstation** tätig und verlässt dieser Arzt in insgesamt 87 Fällen im Jahr die Intensivstation zwecks außerhalb dieser Station vorzunehmender Reanimationen, so ist keine **ständige ärztliche Anwesenheit** auf der Intensivstation i.S.d. „Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)“ (OPS <2010> 8-980) gewährleistet.

SG Duisburg, Urt. v. 23.01.2019 - S 31 KR 853/14 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

f) Beatmung

aa) HFNC-Beatmung: „Maschineller Beatmung“ nicht gleichgestellt

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 17.02.2021 - L 10 KR 861/19

RID 22-02-105

www.juris.de

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

Nach der Definition der DKR 10011 ist die **HFNC-Beatmung** (High-Flow-Nasenkanüle) nicht als „maschinelle Beatmung“ anzusehen. Bei der HFNC leistet der Patient die Atemarbeit, nicht eine künstlich beatmende Maschine (BSG, Urt. v. 30.07.2019 - B 1 KR 13/18 R - SozR 4-5562 § 9 Nr. 13, juris Rn. 18).

Die HFNC-Beatmung ist nicht durch die DKR einer maschinellen Beatmung **gleichgestellt**.

Eine **Entwöhnung** ist nur von einer „maschinellen Beatmung“ im Sinne der Definition möglich. Fehlt es an dieser, kann auch keine Entwöhnung vorliegen.

SG Duisburg, Urt. v. 19.09.2019 - S 60 KR 360/18 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.
BSG, Beschl. v. 07.01.2022 - B 1 KR 28/21 B - juris verwarf die Nichtzulassungsbeschwerde als unzulässig.

bb) Entwöhnung vom Beatmungsgerät

SG München, Urteil v. 17.02.2022 - S 59 KR 1471/19

RID 22-02-106

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

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

Leitsatz: 1. Mit der neuen Rechtsprechung des BSG zur Gewöhnung an die maschinelle Beatmung als Voraussetzung für eine **Entwöhnung vom Beatmungsgerät** im Sinne der DKR 10011 (BSG, Ur. v. 17.12.2020 - B 1 KR 13/20 R - KRS 2021, 212) ist insbesondere klargestellt, dass keine wie auch immer zu definierende Mindestdauer einer vorherigen Beatmung, insbesondere über Tracheostoma, zu fordern ist, bis eine Entwöhnung beginnen kann. Vielmehr ist es möglich, dass eine maschinelle Beatmung, die bei intensivmedizinisch versorgten Patienten über Maskensysteme erfolgt, von Anfang an in Form einer Entwöhnung erbracht wird.

2. Es kann dahinstehen, ob ein Einwand, den die beklagte Krankenkasse erstmals in der mündlichen Verhandlung gegen die Abrechnung vorgebracht hat, schon deshalb **präkludiert** war, weil er nicht mit den wesentlichen Gründen innerhalb der **Ausschlussfrist von 9 Monaten** nach Übermittlung der Prüfanzzeige mitgeteilt worden war (§ 8 Sätze 2, 3 und 4 Prüfverfahrensvereinbarung 2014).

Das **SG** verurteilte die Bekl., an die Kl. einen Betrag in Höhe von 5.297,71 € nebst Zinsen zu zahlen.

g) Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Klarstellungsrecht des DIMDI

SG Lüneburg, Urteil v. 25.03.2021 - S 9 KR 721/18

RID 22-02-107

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de = KRS 2021, 282

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

Leitsatz: 1. OPS 8-981 „**Neurologische Komplexbehandlung** des akuten Schlaganfalls“: Zur Auslegung des Strukturmerkmals der „**halbstündigen Transportentfernung**“ nach der rückwirkenden Neufassung des OPS 8-98b.

2. Verfassungskonforme Auslegung des § 301 Abs. 2 S. 4 SGB V in der Fassung ab 1. Januar 2019 - **Klarstellungsrecht des DIMDI**.

Das **SG** wies die Klage der Krankenkasse auf Zahlung von 878,97 € nebst Zinsen ab.

h) Geriatriische frührehabilitative Komplexbehandlung: Anforderung an Dokumentation

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 19.01.2022 - L 10 KR 511/20

RID 22-02-108

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

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

Die rückwirkend ab dem 01.01.2013 geltende **Klarstellung des DIMDI** zum **OPS-Kode 8-550 (2019)** (Geriatriische frührehabilitative Komplexbehandlung) verhält sich nicht zu der Frage, in welchem Umfang und wie konkret die „Ergebnisse der bisherigen Behandlung und die weiteren Behandlungsziele“ zu **dokumentieren** sind. Diesbezüglich bleiben mithin auch nach Lektüre der Neufassung des OPS-Kodes 8-550 Fragen offen, die anhand der (bisherigen) BSG-Rspr. beantwortet werden können.

Eine **Dokumentation**, der lediglich **Statusbeschreibungen** zu entnehmen sind, reicht für den OPS-Kode 8-550 nicht aus. Einer solchen Dokumentation ist weder zu entnehmen, welches Ergebnis die bisherige Behandlung zu Tage geführt hat, noch welche weiteren Behandlungsziele erreicht werden sollen.

Das Merkmal „**wöchentliche Teambesprechung**“ wird nicht erfüllt, wenn nach der Aufnahme des Versicherten am 09.11.2013 die erste Teambesprechung am Mittwoch, dem 13.11.2013, stattfindet, die zweite Teamsitzung jedoch erst am Montag, dem 25.11.2013, also zu Beginn der dritten Behandlungswoche, einen Tag vor der Entlassung des Versicherten.

SG Dortmund, Ur. v. 24.07.2020 - S 74 KR 1768/17 - verurteilte die bekl. Krankenhausträgerin, an die kl. Krankenkasse 4.462,12 € nebst Zinsen zu zahlen, das **LSG** änderte den Zinsspruch und wies im Übrigen die Berufung zurück.

i) Gabe von Apherese-Thrombozyten-Konzentraten nach herzchirurgischem Eingriff
(Kunstherz)

SG Detmold, Urteil v. 24.11.2021 - S 5 KR 688/17

RID 22-02-109

www.juris.de

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

Stützt sich die Rückforderung der Krankenkasse nicht auf die medizinischen Besonderheiten, sondern allein auf die **Risikoverteilung** der nicht ausreichenden Verfügbarkeit **gepoolter Thrombozytenkonzentrate** (PTK), und kann aus der Ex-Post-Perspektive die Frage der ausreichenden Eignung von PTK nicht beantwortet werden, da die Wertigkeit von PTK und **Apherese-Thrombozyten-Konzentraten** (ATK) unterschiedlich ist, trägt die Krankenkasse das Risiko der **Nichterweislichkeit** der Tatsachen, aus denen sich das behauptete Nichtbestehen eines Rechtsgrundes der erbrachten Leistungen ableitet.

Aus dem Gebot, zuverlässige und wissenschaftlich nachprüfbar Aussagen zu berücksichtigen, ergibt sich keine **Überlegenheit** der ATK gegenüber PTK im herzchirurgischen Bereich.

Zwischen den Beteiligten ist nur noch die Berechtigung eines von der bekl. Krankenkasse im Rahmen einer Widerklage geforderten Rückerstattungsanspruchs für die Vergütung von Thrombozytenkonzentraten im Rahmen einer stationären Behandlung umstritten. Das **SG** wies die Widerklage ab.

j) Partielle Maxillektomie und Gebot der monokausalen Kodierung

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 04.01.2022 - L 11 KR 597/21

RID 22-02-110

Revision anhängig: B 1 KR 6/22 R

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

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

Leitsatz: Wurde im Jahr 2016 neben einer Nasenseptumkorrektur (OPS-Kode 5-214.6) und Operationen an der unteren Nasenmuschel (OPS-Kode 5-215.2 und 5-215.4) auch eine **partielle Maxillektomie** (Entfernung des in die Nasenhöhle ragenden Vorsprungs des Kieferknochens) durchgeführt, konnte die partielle Maxillektomie ohne Verstoß gegen das **Gebot der monokausalen Kodierung** mit dem OPS-Kode 5-771.10 verschlüsselt werden (siehe bereits LSG Baden-Württemberg, Ur. v. 06.08.2019 - L 11 KR 2643/17 - RID 19-04-103 für das Jahr 2015).

SG Karlsruhe, Gerichtsbb. v. 04.01.2021 - S 5 KR 2440/20 - wies die Klage ab, das **LSG** verurteilte die Bekl., der Kl. einen Betrag i.H.v. 1.414,71 € nebst Zinsen zu zahlen

k) Komplette Revision der Liquorableitung i.S.d. OPS-Kodes 2010 5-024.3

LSG Hamburg, Urteil v. 16.12.2021 - L 1 KR 30/19

RID 22-02-111

www.juris.de

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

Führt eine für den klinischen Aufwand eher **unbedeutende Kode-Änderung** zu einem **Vergütungsunterschied** von 175.539,01 €, ist dies eine im Rahmen des DRG-basierten Vergütungssystems mit seinen Gruppierungsprozessen angelegte und hinzunehmende Konsequenz. Es obliegt den Vertragsparteien, diesem wie anderen wertungsmäßig problematischen Umständen im Zusammenhang mit den jährlich erfolgenden Anpassungen zu begegnen („lernendes System“, s. zuletzt BSG, Beschl. v. 28.07.2021 - B 1 KR 31/21 B - juris Rn. 6 m.w.N.).

Eine komplette **Revision der Liquorableitung** i.S.d. **OPS-Kodes 2010 5-024.3** (Revision und Entfernung von Liquorableitungen: Revision komplett; Inklusivum: Kompletter Wechsel einer Liquorableitung) liegt vor, wenn der abgeklemmte periphere Katheter auf Durchlässigkeit und damit Funktionsfähigkeit überprüft wird. Dass dieser Katheter hierfür noch zur Verfügung stand, war ein atypischer Zustand und dessen Revision wäre durch den OPS-Kode 5-024.3 nicht mit abgebildet, was der allgemeinen Grundregel des „Right-Codings“ widerspräche. Die anschließende Entfernung des Rickham-Reservoirs und des zentralen Katheters (sowie des nach außen führenden Katheters) diente dann ausschließlich der Durchführung der endoskopischen Untersuchung. Deren Ergebnis wiederum führte zu dem Entschluss, nach Wiedereinlage eines Rickham-Reservoirs mit zentralem Katheter einen weiteren zentralen Katheter in das vierte Hirnventrikel einzubringen und diesen mit einer Y-Verbindung an den bestehenden ableitenden peripheren Katheter anzuschließen.

SG Hamburg, Urt. v. 06.02.2019 - S 25 KR 248/13 - verurteilte die Bekl., an die Kl. 175.539,01 € nebst Zinsen zu zahlen, und wies im Übrigen - im Hinblick auf die ebf. geltend gemachte Aufwandspauschale - die Klage ab. Das **LSG** änderte den Zinsanspruch und wies im Übrigen die Berufung zurück.

l) Kodierung der Behandlung einer Skoliose

LSG Hamburg, Urteil v. 17.02.2022 - L 1 KR 85/20

RID 22-02-112

www.juris.de

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

Die Kodierung des Codes M 41.86 ist auch in Fällen, in dem nur ein Segment der Wirbelsäule (das sind 2 Wirbelkörper) - hier L 4/5 - betroffen ist, als **Behandlung einer Skoliose** - hier als Nebendiagnose - gerechtfertigt. Diese primär medizinische Frage, die eine Definition der Skoliose erfordert, führt hier dazu, dass eine neben der **Spondylolysthesis** mitbehandelte Skoliose bei der Versicherten vorlag.

SG Hamburg, Urt. v. 17.06.2020 - S 45 KR 1192/13 - wies die Klage ab, das **LSG** verurteilte die Bekl., 1.853,36 € nebst Zinsen an die Kl. zu zahlen.

m) Entfernung des Ileumsegments

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 26.01.2022 - L 5 KR 1829/20

RID 22-02-113

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

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

Leitsatz: Der Ansatz des OPS 5-454.20 (Segmentresektion des Ileums) ist nicht durch die mit OPS 5-455.41 (Resektion des Colon ascendens mit Coecum und rechter Flexur) verschlüsselte Prozedur ausgeschlossen, wenn die **Entfernung des Ileumsegments** nicht aus **operationstechnischen**, sondern aus **chirurgisch-onkologischen Gründen** erfolgte und der entfernte Ileumabschnitt die bei einer operationstechnisch mit zu entfernende, übliche Länge von 10 (bis 20) cm überschreitet.

SG Mannheim, Urt. v. 18.05.2020 - S 4 KR 1594/19 - juris verurteilte die Bekl., der Kl. 3.084,40 € zzgl. Zinsen zu zahlen, das **LSG** wies die Berufung zurück.

n) Akutes Nierenversagen

SG Schwerin, Urteil v. 23.03.2022 - S 8 KR 732/19

RID 22-02-114

www.juris.de

SGB V § 109 IV 3

Leitsatz: Der Kode N17.91 (ICD-10-GM, Version 2015) für das **akute Nierenversagen**, nicht näher bezeichnet: Stadium 1, ist im Verhältnis zum **Nierenversagen nach medizinischen Maßnahmen** (N99.0) der spezifischere im Sinne der DKR. Aus dem Exklusivum im Hinweistext zu N17-N19 mit der Verweisung auf N99.0 folgt nichts anderes (vgl. zu N17.93: SG Hannover, Urt. v. 30.01.2020 - S 19 KR 2103/16 - RID 20-03-137).

Das **SG** verurteilte die Bekl., an die Kl. 4.054,59 € nebst Zinsen zu zahlen.

o) Verursachung einer Harnwegsinfektion durch Katheter

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 25.01.2022 - L 1 KR 267/17

RID 22-02-115

www.juris.de

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

Ausreichend für die Annahme einer sozialrechtlich erheblichen **Kausalität** ist, dass eine Bedingung mit hoher Wahrscheinlichkeit wesentliche Ursache für eine eingetretene Folge gewesen ist. Ist die bei dem Versicherten eingetretene Besiedelung des Harntrakts mit Keimen mit hoher Sicherheit auf die einliegenden **Harnkatheter** zurückzuführen, hat der Keimbefall eine intravenöse Antibiotikatherapie während des gesamten Krankenhausaufenthaltes erforderlich gemacht, so dass auch der für die Kodierung der T83.5 als Nebendiagnose erforderliche hervorgerufene besondere Behandlungsaufwand eingetreten ist. Demnach waren die Voraussetzungen einer Nebendiagnose gem. dem Kode T83.5 nach ICD-10-GM erfüllt.

SG Berlin, Urt. v. 16.05.2017 - S 76 KR 1283/13 - verpflichtete die Bekl. zur Zahlung von 1.555,62 € nebst Zinsen, das *LSG* wies die Berufung zurück.

4. Bescheinigung über Strukturmerkmale

a) Weitere Abrechenbarkeit bisheriger Leistungen im Jahr 2022

SG Nürnberg, Beschluss v. 10.02.2022 - S 18 KR 981/21 ER

RID 22-02-116

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 275d IV

Nach § 275d IV 1 SGB V können zwar Krankenhäuser, die die **strukturellen Voraussetzungen** nach Abs. 1 nicht erfüllen, diese Leistungen ab dem Jahr 2022 nicht vereinbaren und nicht abrechnen. Nach Satz 2 können diese Krankenhäuser aber bis zum Abschluss der Strukturprüfung bislang erbrachte Leistungen **weiterhin vereinbaren und abrechnen**, sofern die Bescheinigung über die Einhaltung der Strukturmerkmale nach Abs. 2 aus von ihnen nicht zu vertretenden Gründen (hier: bejaht) erst nach dem 31.12.2021 vorliegt.

Die Ast. begehrt im Wege der einstweiligen Anordnung eine Bescheinigung über die Einhaltung des Strukturmerkmals „Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)“ - OPS-Code 8.98f. Das *SG* verwarf den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung als unzulässig.

b) Einstweiliger Rechtsschutz/Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Erwachsenen

SG Altenburg, Beschluss v. 25.01.2022 - S 4 KR 1794/21 ER

RID 22-02-117

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 275d II; SGG § 86b II

Ein **Widerspruch** gegen den **Bescheid des Medizinischen Dienstes**, der dessen Prüfergebnis nach § 275d II SGB V umsetzt, entfaltet - ebenso wie eine Klage - eine aufschiebende Wirkung.

Ein Krankenhaus hat eine **einfachere Möglichkeit** als den einstweiligen Rechtsschutz nach § 86b SGG, um die Bescheinigung über die Einhaltung der Strukturmerkmale gemäß § 275d II SGB V zu erlangen, da es die in dem Gutachten genannten **Mängel und Defizite abstellen** und durch den Medizinischen Dienst die Einhaltung der Strukturmerkmale erneut begutachten lassen kann, um so die begehrte Bescheinigung zu bekommen.

Die **stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Erwachsenen** soll nach dem Wortlaut des § 115d I SGB V eine an sich notwendige vollstationäre Krankenhausbehandlung ersetzen, sodass für eine solche stationsäquivalente psychiatrische Behandlung die gleichen Qualitätsanforderungen, insb. hinsichtlich der Facharztqualifikation der behandelnden Ärzte, wie bei der vollstationären psychiatrischen Krankenhausbehandlung eines Erwachsenen gelten müssen.

Das *SG* lehnte den Antrag auf den Erlass einer einstweiligen Anordnung i.S.v. § 86b II 2 SGG hinsichtlich der Verpflichtung des Ag., der Ast. die begehrte Bescheinigung über die Einhaltung der Strukturmerkmale gem. § 275d II SGB V, hier bezogen auf den OPS 9-701 (Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Erwachsenen) in der Version des OPS 2021 gem. § 301 II SGB V, mit Wirkung ab dem 01.01.2022 zu erteilen, als unzulässig und als insgesamt unbegründet ab.

c) Unklare Rechtslage/Glaubhaftmachung eines Anordnungsgrunds

SG Dresden, Beschluss v. 25.02.2022 - S 47 KR 171/22 ER

RID 22-02-118

www.juris.de

SGB V § 275d; SGG § 86b II

Die Konstellation eines **negativen Prüfergebnisses** ist so lückenhaft geregelt, dass der Antrag auf **Erlass einer Regelungsanordnung statthaft** ist.

Aufgrund der unklaren Rechtslage kann nicht davon auszugehen sein, dass ein Widerspruch gegen das Gutachten **aufschiebende Wirkung** hat. Es kann auch nicht davon ausgegangen werden, dass die Ast. aufgrund der Konzeptprüfung weiterhin den OPS 8-550 abrechnen kann.

Der Erlass einer Regelungsanordnung nach § 86b II 2 SGG setzt jedoch voraus, dass dieser zur Abwendung wesentlicher Nachteile notwendig erscheint. Solche **wesentlichen Nachteile** hat die

Antragstellerin **nicht glaubhaft gemacht**. Hierfür reicht es nicht aus, dass die Ast. derzeit keine (Positiv-)Bescheinigung übermitteln kann. Dies ist das Wesen der Abläufe nach § 275d II. u. III sowie IV SGB V: Krankenhäuser, die die strukturellen Voraussetzungen nach Abs. 1 nicht erfüllen, dürfen die Leistung ab dem Jahr 2021 vorab nicht vereinbaren und nicht abrechnen. Gerade aus diesem Umstand müssten sich allerdings wesentliche Nachteile ergeben. Die Nachteile müssten über den Umstand der „Nicht-Abrechnung“ hinausgehen. Hierfür ist bislang nichts weiter vorgetragen und mutmaßlich auch noch nicht erkennbar.

Die Ast. wandte sich gegen das Ergebnis einer Strukturprüfung durch den Medizinischen Dienst betreffend die Voraussetzungen zur Abrechnung von geriatrischen Komplexbehandlungen mit dem Antrag, der Ag. aufzugeben, ihr eine vorläufige Bescheinigung gem. § 275d II SGB V zu erteilen, die zur Vereinbarung und Abrechnung des OPS 8-550 ab dem 01.01.2022 berechtige. Das **SG** wies den Antrag ab.

5. Aufwandspauschale: Sachlich-rechnerische Richtigkeitskontrolle/Mitwirkung des MDK

SG Neuruppin, Urteil v. 09.02.2022 - S 20 KR 1/19 WA

RID 22-02-119

www.juris.de
SGB V § 275 I c 3

Die Prüfung der **Auffälligkeit** ist von der Prüfung der **sachlich-rechnerischen Richtigkeit** zu unterscheiden. Das Prüfreime der sachlich-rechnerischen Richtigkeit wird nicht durch jenes der Auffälligkeitsprüfung verdrängt.

Das Prüfreime der **sachlich-rechnerischen Richtigkeitskontrolle** wird nicht dadurch verlassen, dass die Krankenkasse unter **Mitwirkung des MDK** überprüft, ob ihr das Krankenhaus für die Abrechnung pflichtgemäß zutreffende Tatsachen mitgeteilt hat.

Eine **rückwirkende Anwendung der Neuregelung** des § 275 I c 4 SGB V oder des § 275c SGB V kommt nicht in Betracht.

Das **SG** wies die Klage ab.

Parallelverfahren:

SG Neuruppin, Urteil v. 09.02.2022 - S 20 KR 240/16

RID 22-02-120

www.juris.de

VIII. Beziehungen zu Leistungserbringern und Arzneimittelherstellern

Nach BSG, Ur. v. 07.04.2022 - **B 3 KR 4/20 R** - unterliegt die **Berechnung von Hilfsmittelfestbeträgen** keinen eigenständigen Vorgaben, sondern folgt den Vorgaben für Arzneimittelfestbeträge (§ 36 III SGB V). Das lässt Raum für die Berücksichtigung von Hilfsmittelbesonderheiten nur, soweit einzelne Berechnungsparameter des § 35 V SGB V mangels Übertragbarkeit in die Hilfsmittelfestbetragsberechnung nicht eingehen können. Die Neuausrichtung von § 127 SGB V kann nur verstanden werden als Versuch, über zwei unterschiedliche Wege - Anreiz zu Preiswettbewerb durch Begrenzung der Einstandspflicht auf das untere Drittel der tatsächlich verlangten Hilfsmittelpreise einerseits und Preisverhandlungen andererseits - eine gleichermaßen kostengünstige und qualitätsvolle Hilfsmittelversorgung sicherstellen zu können. Sollte sich diese Vorstellung wegen Besonderheiten des Hilfsmittelmarkts oder bedingt durch Auswirkungen von § 127 IV SGB V auf die Feststellung von tatsächlichen Abgabepreisen als nicht oder nur eingeschränkt umsetzbar erweisen, rechtfertigte das gleichwohl nicht, die Festsetzung von Hilfsmittelfestbeträgen partiell von den Marktrealitäten zu entkoppeln und ergänzend kalkulatorisch bestimmte Vergütungsanteile in die Festbetragsberechnung einzubeziehen; hierzu ermächtigen die Befugnisse aus § 36 SGB V i.V.m. § 35 V SGB V nicht. Dem genügt die streitbefangene Festsetzung nicht. Wie das LSG unangegriffen und damit bindend (§ 163 SGG) festgestellt hat, sind die streitbefangenen Festbeträge Ergebnis einer Kalkulation unter Rückgriff auf Erhebungen zu Materialkosten, einen geschätzten Anteil für Materialverschleiß, den basierend auf Auskünften von Verbänden der Orthopädieschuhtechnik von dem Beklagten als ausreichend erachteten Zeitaufwand für die Materialbearbeitung, aus anderen Handwerken abgeleiteten Personalkosten, einen aus dem Jahr 2014 abgeleiteten und um eine Steigerungsrate von 1,5 % jährlich erhöhten Gemeinkostenzuschlag und schließlich einen vom Beklagten als angemessen erachteten prozentualen Anteil für Unternehmerrisiko und -gewinn von 5 %. Damit sind sie **kein Abbild von Marktrealitäten**, sondern **Ergebnis wertender Setzung**, was die Abgabe der streitbefangenen Hilfsmittel (höchstens) kosten darf. Das kann nach dem Regelungsansatz des § 127 SGB V allerdings erst das Ergebnis von Verhandlungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern auf der zweiten Stufe des Preisbildungskonzepts sein (vgl. nunmehr ausdrücklich § 127 I a SGB V insb. mit Satz 6 und 7) und nicht als vorweggenommene verbindliche Preisobergrenze bereits auf der ersten Stufe im Verfahren nach §§ 36, 35 SGB V einseitig festgesetzt werden; das verletzt die betroffenen Leistungserbringer in ihrer durch Art. 12 I GG geschützten Vertragsabschlussfreiheit. Nach BSG, Ur. v. 17.02.2022 - **B 3 KR 13/20 R** - und - **B 3 KR 14/20 R** - können landesrechtlich zugelassene **private Anbieter von Krankentransportleistungen** eine **Preisvereinbarung** gegen Krankenkassen im Fall des Scheiterns von Preisverhandlungen gerichtlich nicht durchsetzen, wenn kein Schiedsverfahren vorgesehen ist. Soweit das **Vergütungsrecht des SGB XI** im Interesse der Versorgungssicherheit (§ I 1 SGB XI) auf ausdifferenzierte Vergütungen unter Berücksichtigung von Einrichtungsbesonderheiten zielt, muss das auf die bundesrechtlichen Vorgaben zur Vergütung qualifizierter

Krankentransportleistungen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übertragen werden. Die Sicherstellung des Rettungsdienstes ist keine Aufgabe der Krankenkassen, sondern obliegt jedenfalls seit der Herauslösung aus dem bundesrechtlichen Personenbeförderungsrecht (vgl. § 1 II Nr. 2 PBefG i.d.F. des Gesetzes vom 25.07.1989, BGBl I 1547) der **ausschließlichen Verantwortung der Länder**. Dem entsprechend ist dem **Gesetzgeber auf Bundesebene** eine erschöpfende Ausgestaltung der Vergütung für Krankentransportleistungen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung nach Art des pflegeversicherungsrechtlichen Vergütungsrechts weder möglich noch kompetenzrechtlich erlaubt. Dass er sich vor diesem Hintergrund auf die Anordnung des Vorrangs landesrechtlicher Vergütungsbestimmungen und dessen Grenzen (§ 133 I 1 und 2, II SGB V) beschränkt und die Vergütung im Übrigen an möglichst preisgünstigen Versorgungsmöglichkeiten ausgerichtet hat (§ 133 I 5 SGB V), erscheint vor diesem Hintergrund weder sachwidrig noch sonst unbillig. Dass der Gesetzgeber die Vergütung von Leistungserbringern im Interesse der Funktionsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung am Modell des Preiswettbewerbs ausrichtet, ist **von Verfassungs wegen** von ihnen hinzunehmen. Das gilt auch, soweit der **Zugang zum selbständigen Beruf des Rettungsdienstunternehmers** von den Landesgesetzgebern bedarfsabhängig ausgestaltet ist und insoweit nur eingeschränkte Marktzutrittschancen bestehen.

1. Zuwendungen bei Arzneimittelabgabe und einstweiliger Rechtsschutz

SG Berlin, Beschluss v. 10.12.2021 - S 208 KR 1782/21 ER

RID 22-02-121

www.juris.de = PharmR 2022, 243

SGB V § 129

Eine **Apotheke** darf gesetzlich Versicherten keine **Zuwendungen** bei der Abgabe verordneter Arzneimittel gewähren (§ 129 III 3 SGB V). Gegen die Befürchtung, deshalb mit einer Vertragsstrafe belegt zu werden, besteht kein **vorbeugender Rechtsschutz**. Die Apotheke kann auf nachträglichen Rechtsschutz verwiesen werden. Es muss dem gegen die Regelung des § 129 III 3 SGB V Verstößenden die Gelegenheit zur Bezahlung der **Vertragsstrafe** binnen einer bestimmten Frist gegeben werden. Erst nach Fristablauf kann die Aussetzung der Berechtigung zur weiteren Versorgung als Druckmittel erforderlich sein, um die Zahlung der Vertragsstrafe durchzusetzen.

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

2. Sprechstundenbedarf: Keine Beschränkung auf Lieferanten von Exklusivverträgen

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 09.12.2021 - L 16 KR 868/18

RID 22-02-122

Revision anhängig: B 3 KR 4/22 R

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 12, 69, 83 I; GG Art. 12 I

Eine Krankenkasse kann der Zahlungsverpflichtung aus einem **Sprechstundenbedarfsvertrag** nicht die mit Dritten geschlossenen **Exklusivverträge** entgegenhalten. Ein solches Recht folgt nicht aus dem allgemeinen Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 SGB V i.V.m. der Vertragsfreiheit, denn der damit verbundene Eingriff in die Gewerbefreiheit der Lieferanten erfordert eine spezielle Rechtfertigung, die sich allein aus dem **Wirtschaftlichkeitsgebot** nicht herleiten lässt (a.A. LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 27.05.2010 - L 21 KR 11/09 SFB - RID 10-03-150).

Die Beteiligten streiten um die Vergütung der Belieferung von Vertragsärzten mit Röntgenkontrastmitteln. Die Kl., die über eine Erlaubnis zum Großhandel mit Arzneimitteln gemäß § 52a AMG verfügt, beliefert u.a. zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Radiologen in Rheinland-Pfalz und im Saarland mit den Röntgenkontrastmitteln Ultravist® (Wirkstoff: Iopromid), Gadovist® (Wirkstoff: Gadobutrol) und Gastrografin® (Wirkstoffkombination: Natriumamidotrizoat/Megluminamidotrizoat). Sprechstundenbedarf wird nach den Vereinbarungen über dessen ärztliche Verordnung zulasten der bekl. Krankenkasse verordnet. Diese schloss nach europaweiter Ausschreibung im offenen Verfahren, gegen die sich die Kl. letztlich erfolglos zur Wehr setzte, Rahmenverträge bezüglich der Lieferung von Röntgenkontrastmitteln an die Vertragsärzte mit der A GmbH & Co. KG und der Y Handelsgesellschaft betreffend Zeiträume vom 01.11.2016 bis 28.02.2019. Mit Schreiben vom 03.01.2017 informierte die Beklagte die Klägerin sowie andere Lieferanten darüber, dass die Abrechnung bzw. Erstattung von Kosten nicht bezuschlagter Kontrastmittel grundsätzlich nicht mehr möglich sei. **SG Düsseldorf**, Urt. v. 29.11.2018 - S 8 KR 868/18 - verurteilte die Bekl. antragsgemäß zur Zahlung, das **LSG** wies die Berufung zurück.

3. Häuslicher Krankenpflege: Ergänzende Heranziehung der Verjährungsvorschriften des BGB

SG Neuruppin, Gerichtsbescheid v. 16.02.2022 - S 20 KR 191/19

RID 22-02-123

www.juris.de

SGB V §§ 69 I 3, 132, 132a

Regelt ein Vertrag gem. §§ 132 und 132a Abs. 2 SGB V über die einheitliche Versorgung mit Häuslicher Krankenpflege sowie zur Erbringung von Leistungen nach §§ 198 und 199 RVO (Häusliche Pflege bzw. Haushaltshilfe) nur die Verjährungsfrist, sind gem. § 69 I 3 SGB V die **Verjährungsvorschriften des BGB** ergänzend heranzuziehen.

Das *SG* wies die Klage ab.

IX. Verfahrensrecht

1. BVerfG/Fachgerichtliches Eilverfahren: Folgenabwägung/Prüfung der Erfolgsaussichten

BVerfG, 1. Sen. 1. Ka., Beschluss v. 10.03.2022 - 1 BvR 484/22

RID 22-02-124

www.juris.de

GG Art. 19 IV 1; SGG § 86b II 4; ZPO § 920 II

Die Verfassungsbeschwerde gegen *LSG Bayern*, Beschl. v. 09.02.2022 - L 4 KR 612/21 B ER - wird nicht zur Entscheidung angenommen.

Die Entscheidungen im fachgerichtlichen Eilverfahren dürfen sowohl auf eine **Folgenabwägung** als auch auf eine **summarische Prüfung der Erfolgsaussichten** in der Hauptsache gestützt werden.

Je gewichtiger die drohende Grundrechtsverletzung und je höher ihre Eintrittswahrscheinlichkeit ist, desto intensiver hat die tatsächliche und rechtliche **Durchdringung der Sache** bereits im Verfahren des vorläufigen Rechtsschutzes zu erfolgen. Die Durchführung einer Folgenabwägung statt der Prüfung der Erfolgsaussichten in der Hauptsache steht unter der Bedingung, dass eine der drohenden Grundrechtsverletzung entsprechende Klärung der Sach- und Rechtslage im Eilverfahren nicht möglich ist. Wenn die Fachgerichte die Erfolgsaussichten in der Hauptsache geprüft haben, ist für eine Folgenabwägung kein Raum.

2. Feststellungsklage gegen untergesetzliche Norm: Feststellungsinteresse

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 03.12.2021 - L 1 KR 425/14 KL

RID 22-02-125

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 15/22 B

www.juris.de

SGG § 55; GG Art. 19 IV

Leitsatz: Das berechtigte Interesse an baldiger **Feststellung** nach § 55 Abs. 1 SGG fehlt bei einer Feststellungsklage gegen eine untergesetzliche Norm, wenn die belastenden Regelungen aktuell nicht Anwendung finden und ungewiss ist, ob sie zu einem noch über ein Jahr in der Zukunft liegenden Zeitraum unverändert Geltung beanspruchen werden.

Das *LSG* wies die Klagen ab.

3. Ordnungsgeld: Ausbleiben eines Vertreters der Krankenkasse wegen Covid-19-Pandemie

LSG Sachsen, Beschluss v. 21.02.2022 - L 1 KR 326/21 B

RID 22-02-126

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGG § 111; ZPO §§ 141 I, III, 380, 381 I

Leitsatz: 1. Der **pauschale Verweis** auf „die Covid-19-Pandemie“ oder „das Fortbestehen einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite“ begründet keine genügende Entschuldigung für das **Ausbleiben** eines sachkundigen Vertreters der beklagten Krankenkasse im Termin zur mündlichen Verhandlung vor einem Sozialgericht.

2. Zur Festsetzung eines **Ordnungsgeldes** gegen ein trotz Anordnung des persönlichen Erscheinens in der mündlichen Verhandlung nicht erschienenenes Vertretungsorgan einer juristischen Person des öffentlichen Rechts.

SG Chemnitz, Beschl. v. 14.09.2021 - S 15 KR 863/20 - verhängte gegen den Vorstandsvorsitzenden der bekl. Krankenkasse ein Ordnungsgeld von 300 €, das *LSG* verwarf die Beschwerde.

4. Mündliche Verhandlung: Einverständnis mit Bild- und Tonübertragung

SG Darmstadt, Urteil v. 21.02.2022 - S 13 KR 200/18

RID 22-02-127

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 44; SGG § 110a; ZPO § 295

Leitsatz: Sind die Verfahrensbeteiligten mit der Fortführung der **mündlichen Verhandlung** im Wege der **Bild- und Tonübertragung** trotz des Ausfalls der Bildübertragung einverstanden, liegt darin ein unbeachtlicher Verfahrensmangel.

Das *SG* wies die Klage ab.

5. Schadensersatzansprüche aus Art. 82 I DSGVO: Rechtsweg

LSG Hessen, Beschluss v. 26.01.2022 - L 6 SF 7/21 DS

RID 22-02-128

Weitere Beschwerde anhängig: B 1 SF 1/22 R
www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

GG Art. 34 III; DSGVO § 82 I; GVG § 17a III

Leitsatz: Aus Art. 34 Satz 3 GG folgt nicht nur die Eröffnung des **Rechtswegs** zu den ordentlichen Gerichten für Schadensersatzansprüche aus Amtspflichtverletzung, sondern (weiterhin) eine abschließende Rechtswegzuweisung. Diese umfasst auch **Schadensersatzansprüche aus Art. 82 Abs. 1 DSGVO**, sofern die geltend gemachten Verstöße in einem öffentlich-rechtlichen Sozialleistungsverhältnis wurzeln.

SG Frankfurt a. M., Beschl. v. 09.11.2021 - S 25 KR 490/21 - stellte fest, der Rechtsweg zu den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit ist unzulässig, und verwies den Rechtsstreit an das LG Düsseldorf. Das *LSG* wies die Rechtswegbeschwerde des Kl. zurück.

6. Rechtsmittel der Berufung keine Nichtzulassungsbeschwerde

LSG Baden-Württemberg, Beschluss v. 16.12.2021 - L 4 KR 2289/20

RID 22-02-129

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGG §§ 144 I, 158

Das Rechtsmittel der **Berufung** kann nicht als **Nichtzulassungsbeschwerde** ausgelegt oder in eine solche umgedeutet werden, wenn eine anwaltlich vertretene Kl. ausdrücklich „Berufung“ gegen das Urteil des SG einlegt und sie darüber hinaus auch im Rahmen der Rechtsmittelbegründung inhaltlich keinen Bezug zu den Zulassungsgründen des § 144 II SGG herstellt. Bei der Auslegung von Anträgen, die ein Rechtsanwalt stellt, kann regelmäßig davon ausgegangen werden, dass dieser das Gewollte richtig wiedergibt (vgl. BSG, Beschl. v. 30.03.2021 - B 10 ÜG 1/21 C - juris Rn. 6 m.w.N.).

Eine **Umdeutung** der eingelegten Berufung in eine Nichtzulassungsbeschwerde (§ 145 SGG) kommt schon wegen der unterschiedlichen Zielrichtungen der beiden Rechtsmittel nicht in Betracht (vgl. BSG, Ur. v. 20.05.2003 - B 1 KR 25/01 R - SozR 4-1500 § 158 Nr. 1, juris Rn. 20). Wird trotz nicht statthafter Berufung vom SG über eine Berufung belehrt, liegt darin zwar eine **fehlerhafte Rechtsmittelbelehrung**, dies eröffnet jedoch nicht die Möglichkeit, eine Berufung ohne Rücksicht auf die Unterschiede der beiden Rechtsmittel in eine Nichtzulassungsbeschwerde umzudeuten. Die Folge ist vielmehr, dass das falsche Rechtsmittel nach § 153 Satz 1 SGG als unzulässig zu verwerfen ist (BSG, Ur. v. 04.07.2018 - B 3 KR 14/17 R - USK 2018-71).

Die Kl. begehrte die Erstattung von Kosten einer selbstbeschafften Haushaltshilfe, die ihr nach einem Krankenhausaufenthalt im Zeitraum vom 23.02.2019 bis 31.03.2019 von Verwandten und Nachbarn geleistet worden ist. *SG Reutlingen*, Ur. v. 04.06.2020 - S 6 KR 1127/19 - wies die Klage ab, das *LSG* verwarf die Berufung als unzulässig.

X. Bundessozialgericht (BSG)

1. Künstliche Befruchtung bei gleichgeschlechtlichem Ehepaar

BSG, Urteil v. 10.11.2021 - B 1 KR 7/21 R

RID 22-02-130

BSGE = SozR 4-2500 § 27a Nr. 21

Leitsatz: Es verstößt nicht gegen Verfassungsrecht, dass **gleichgeschlechtliche Ehepaare** im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung keinen Anspruch auf eine **Kinderwunschbehandlung** in Form einer heterologen Insemination haben.

2. Zahnimplantologische Leistungen

BSG, Urteil v. 16.08.2021 - B 1 KR 8/21 R

RID 22-02-131

SozR 4-2500 § 28 Nr. 10 = KrV 2021, 233

Leitsatz: Es verstößt nicht gegen den allgemeinen **Gleichheitssatz**, dass Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung nur bei einer aus human- und zahnmedizinischen Bestandteilen bestehenden Gesamtbehandlung Anspruch auf **zahnimplantologische Leistungen** haben.

3. Krankenhausbehandlung: Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative (Liposuktion)

BSG, Urteil v. 25.03.2021 - B 1 KR 25/20 R

RID 22-02-132

BSGE 132, 67 = SozR 4-2500 § 137c Nr. 15 = KRS 2021, 337 = SGB 2021, 714 = NZS 2022, 103

Leitsatz: 1. Die ab 23. Juli 2015 geltenden Regelungen des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes über Krankenhausbehandlungen, die das Potential einer erforderlichen **Behandlungsalternative** haben, beinhalten eine partielle **Einschränkung des Qualitätsgebots** und eröffnen Versicherten einen Anspruch auf solche Krankenhausbehandlungen auch außerhalb von Erprobungs-Richtlinien (Aufgabe der st. Rspr. des BSG v. 24.04.2018 - B 1 KR 13/16 R - BSGE 125, 262 = SozR 4-2500 § 137e Nr. 1, v. 24.04.2018 - B 1 KR 10/17 R - BSGE 125, 283 = SozR 4-2500 § 137c Nr. 10 und v. 28.05.2019 - B 1 KR 32/18 R - BSG SozR 4-2500 § 137c Nr. 13).

2. Zur Gewährleistung ausreichenden Versichertenschutzes sind die Regelungen über Ansprüche auf Leistungen, die das Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative haben, **restriktiv auszulegen**, wenn sie außerhalb der Teilnahme an einer Erprobungs-Richtlinie erbracht werden.

3. Versicherte haben **vor Erlass einer Erprobungs-Richtlinie** 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 eines Potentials erfüllt sind.

4. Genehmigungsfiktion

a) Zugang der Mitteilung der Krankenkasse über Beauftragung des MDK

BSG, Urteil v. 10.03.2022 - B 1 KR 6/21 R

RID 22-02-133

www.juris.de

Für den **Zugang der Mitteilung der Krankenkasse** über die **Beauftragung des MDK** gilt nicht § 37 II SGB X. Der Zugang behördlicher Erklärungen, die keine Verwaltungsakte sind, richtet sich entsprechend § 130 BGB nach den auch für Willenserklärungen geltenden allgemeinen Grundsätzen. Maßgeblich ist danach bei einer Abgabe der Erklärung unter Abwesenden der Zeitpunkt des tatsächlichen Zugangs (§ 130 I 1 BGB). Zugegangen ist eine Willenserklärung, wenn sie so in den Bereich des Empfängers gelangt ist, dass dieser unter normalen Verhältnissen die Möglichkeit hat, vom Inhalt der Erklärung Kenntnis zu nehmen.

Zahlt ein Versicherter den im **Kostenvoranschlag** ausgewiesenen Betrag bereits vor der Antragstellung und schließt er damit letztlich schon einen Behandlungsvertrag ab, stellt dies ein gewichtiges Indiz für eine Vorfestlegung dar.

b) Beschränkung auf Antrag

BSG, Urteil v. 10.03.2022 - B 1 KR 2/21 R

RID 22-02-134

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

Die Reichweite der **Genehmigungsfiktion** ist bei **implantologischen Leistungen** auf die unter Vorlage des Behandlungsplans konkret beantragten Leistungen beschränkt. Es ist insoweit unerheblich, dass die Zahnregionen bei der beantragten und der tatsächlich erbrachten Implantatleistung teilweise identisch sind, wenn es darum geht, die implantologischen Voraussetzungen für eine spätere Versorgung mit einer festsitzenden Oberkiefer-Zahnprothese zu schaffen, nicht jedoch um eine jeweils isolierte Versorgung mit einzelnen Zahnimplantaten. Das beantragte Implantatkonzept stellt eine andere Leistung dar als das Implantatkonzept, nach dem sich die tatsächlich durchgeführte Versorgung richtet (vgl. auch BSG, Ur. v. 16.08.2021 - B 1 KR 8/21 R - SozR 4-2500 § 28 Nr. 10, juris Rn. 18).

5. Krankenhausvergütung

a) Mindestmenge: Widerlegung einer Prognose eines Krankenhauses

BSG, Urteil v. 25.03.2021 - B 1 KR 16/20 R

RID 22-02-135

BSGE 132, 55 = SozR 4-2500 § 136b Nr. 1 = KrV 2021, 151 = KRS 2021, 287 = NZS 2022, 141 = SGB 2022, 108

Leitsatz: 1. Die **Widerlegung** der **Mindestmengenprognose** eines Krankenhausträgers erfolgt durch getrennte Verwaltungsakte der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen, die formal in einem gemeinsamen Bescheid zusammengefasst sein können.

2. Gegen die Widerlegung einer Mindestmengenprognose ist die **Anfechtungsklage** statthaft.

3. Die Berechtigung zur Erbringung von Leistungen, für die der Krankenhausträger eine Mindestmengenprognose abzugeben hat, setzt keine positive Entscheidung der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen über die **Leistungsberechtigung** voraus.

4. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen müssen dem Krankenhausträger vor Erlass des Widerlegungsbescheids im Rahmen einer **Anhörung** Gelegenheit geben, erkennbar unvollständige oder unplausible Angaben zu konkretisieren oder zu ergänzen.

b) Notfallbehandlung vor Verlegung im Schockraum: Vertragsärztliche Versorgung

BSG, Urteil v. 18.05.2021 - B 1 KR 11/20 R

RID 22-02-136

BSGE 132, 137 = SozR 4-2500 § 109 Nr. 85 = WzS 2021, 311 = KRS 2021, 378 = MedR 2022, 166 = NZS 2022, 259

Leitsatz: 1. Die einer Aufnahme in die stationäre Behandlung vorausgehende **Aufnahmeuntersuchung** dient auch bei einer **Notfallbehandlung** der Klärung, ob eine (voll-)stationäre Behandlung des Versicherten erforderlich und vom Versorgungsauftrag des Krankenhauses umfasst ist, ohne dass die hierzu vorgenommenen Untersuchungen bereits die Aufnahme in das Krankenhaus begründen.

2. Maßnahmen der Notfallbehandlung, wie sie in einem **Schockraum** typischerweise vorgenommen werden, sind der **vertragsärztlichen Versorgung** zuzurechnen und aus der Gesamtvergütung zu vergüten, wenn sich daran keine stationäre Behandlung im erstangegangenen Krankenhaus anschließt.

c) Anforderung von Unterlagen durch MDK

BSG, Urteil v. 10.11.2021 - B 1 KR 22/21 R

RID 22-02-137

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

§ 7 II 2 PrüfV 2014 bezieht sich auf die **Anforderung von Unterlagen**, die der MDK zumindest ihrer Art nach konkret bezeichnet hat (z.B. Aufnahmedokumentation, Operationsbericht, Pflegedokumentation). Dies folgt aus Wortlaut, Regelungssystem und -zweck (vgl. BSG, Ur. v. 18.05.2021 - B 1 KR 24/20 R - juris Rn. 17).

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, insb. formularmäßige Bezeichnung bestimmter Unterlagen (z.B. „Aufnahmebefund“, „Anamnese“ oder „Assessment“) abzustellen, insb. ist hierbei nicht an dem buchstäblichen Sinn des

Ausdrucks zu haften, sondern der wirkliche Wille zu erforschen (§ 133 BGB). Namentlich sind auch **ergänzende Umstände** zu berücksichtigen, etwa eine rechtmäßige allgemeine Übung, mündliche Hinweise der Beteiligten oder vor der Unterlagenanforderung beim Krankenhaus einvernehmlich getroffene Absprachen. Zu berücksichtigen ist auch die Interessenlage, insb. das Informationsgefälle zwischen Krankenhaus und MDK. Erst daraus folgt, wie das Krankenhaus die Unterlagenanforderung verstehen musste. Für die Frage, was Inhalt der Bezeichnung der konkreten Unterlagen ihrer Art nach ist, kommt es bei alledem auf den **Empfängerhorizont des Krankenhauses** an, nicht eines Dritten. 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.

d) Prüfverfahrensvereinbarung

aa) Nachträgliche Abrechnungskorrektur: Materielle Ausschlussfrist

BSG, Urteil v. 18.05.2021 - B 1 KR 34/20 R

RID 22-02-138

BSGE 132, 152 = SozR 4-2500 § 301 Nr. 10 = KRS 2021, 342 = NZS 2022, 21

Leitsatz: 1. Die Anwendung der normenvertraglichen Bestimmungen der **Prüfverfahrensvereinbarung** (PrüfvV) unterliegt den allgemeinen für Gesetze geltenden **Auslegungsmethoden** der Rechtswissenschaft und nicht den für Abrechnungsbestimmungen geltenden Einschränkungen im Sinne einer eng am Wortlaut orientierten, nur durch systematische Erwägungen unterstützten Auslegung.

2. Die 2014 zwischen dem GKV-Spitzenverband und der Deutschen Krankenhausgesellschaft geschlossene PrüfvV bewirkt eine **materielle Präklusionsregelung** mit der Rechtsfolge, dass Änderungen zugunsten des vom Krankenhaus zu Abrechnungszwecken an die Krankenkasse übermittelten Datensatzes nach Ablauf der in der PrüfvV geregelten Änderungsfristen unzulässig sind, soweit der Datensatz Gegenstand des Prüfverfahrens geworden ist.

Parallelverfahren:

BSG, Urteil v. 18.05.2021 - B 1 KR 39/20 R

RID 22-02-139

www.juris.de

bb) Vorlagefrist für Krankenhausunterlagen: Materielle Ausschlussfrist

BSG, Urteil v. 18.05.2021 - B 1 KR 32/20 R

RID 22-02-140

BSGE 132, 143 = SozR 4-2500 § 275 Nr. 33 = NZS 2022, 17

Leitsatz: Die 2014 zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft geschlossene **Prüfverfahrensvereinbarung** bewirkt eine **materielle Präklusionsregelung** mit der Rechtsfolge, dass konkret bezeichnete Unterlagen, die der Medizinische Dienst der Krankenversicherung im Rahmen eines ordnungsgemäßen Prüfverfahrens angefordert, das Krankenhaus aber nicht innerhalb der Frist von vier Wochen vorgelegt hat, auch in einem späteren Gerichtsverfahren nicht mehr zur Begründung des Vergütungsanspruchs berücksichtigt werden dürfen.

Parallelverfahren:

BSG, Urteil v. 18.05.2021 - B 1 KR 24/20 R

RID 22-02-141

juris

cc) Nachträgliche Korrektur der Krankenhausabrechnung (2016)

BSG, Urteil v. 18.05.2021 - B 1 KR 37/20 R

RID 22-02-142

SozR 4-2500 § 301 Nr. 11 = KRS 2021, 346

Leitsatz: Eine **materielle Präklusion** ist mit dem Regelungszweck der 2016 zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft geschlossenen **Prüfverfahrensvereinbarung** nicht vereinbar, wenn das Krankenhaus in Umsetzung des durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) ermittelten Prüfergebnisses Daten nach Abschluss der MDK-Prüfung korrigiert oder ergänzt.

e) Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung: Blutbank

BSG, Urteil v. 16.08.2021 - B 1 KR 11/21 R

RID 22-02-143

SozR 4-5562 § 9 Nr. 21 = KrV 2022, 22 = KRS 2022, 80

Leitsatz: Der 2016 geltende Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) verlangte für den Betrieb einer **Blutbank** als eine der Voraussetzungen des OPS-Kodes „Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung“ keine **transfusionsmedizinische Expertise**.

6. Jahrestherapiekosten der Vergleichstherapie (Nutzenbewertung Dimethylfumarat)

BSG, Urteil v. 12.08.2021 - B 3 KR 3/20 R

RID 22-02-144

BSGE = SozR 4-2500 § 130b Nr. 5 = PharmR 2022, 300

Leitsatz: 1. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat die Entwicklung des Preisniveaus von erstattungsfähigen Arzneimitteln auf dem Markt zu beobachten, um auf der Grundlage der frühen medizinischen Nutzenbewertung des Gemeinsamen Bundesausschusses **rechtskonforme und marktgerechte Erstattungsbeträge** zu verhandeln.

2. Treten nach einer frühen Nutzenbewertung eines Arzneimittels ohne Zusatznutzen und ohne Festbetragsgruppe kostengünstigere vergleichbare Arzneimittel auf dem Arzneimittelmarkt hinzu, so ergibt sich die Notwendigkeit einer **Anpassung des Erstattungsbetrags** aus der gesetzlichen Preisobergrenze der zweckmäßigen Vergleichstherapie, bei mehreren Alternativen aus der wirtschaftlichsten Alternative.

7. Spitzenverband Bund der Krankenkassen: Pauschale Aufwandsvergütung an BZgA

BSG, Urteil v. 18.05.2021 - B 1 A 2/20 R

RID 22-02-145

BSGE132, 114 = SozR 4-2500 § 20a Nr. 1 = KrV 2021, 141 = NZS 2022, 57 = PaPfleReQ 2021, 74

Leitsatz: 1. Das im SGB IV geregelte **Selbsteintrittsrecht der Aufsichtsbehörde** bei Verhinderung von Selbstverwaltungsorganen besteht nur bei genereller Verweigerung der Führung eines oder mehrerer Geschäfte, nicht dagegen, wenn Selbstverwaltungsorgane sich weigern, ein Geschäft in einem bestimmten, von der Aufsichtsbehörde geforderten Sinn zu führen.

2. Die gesetzlichen Regelungen über die Beauftragung und Vergütung der **Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung** durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen im Rahmen der Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten verstoßen gegen Regelungen des Grundgesetzes zu **Verwaltungskompetenzen des Bundes**.

3. **Sozialversicherungsträger** sind befugt, gesetzliche Regelungen, die gegen die Sozialversicherung betreffende Kompetenznormen des Grundgesetzes verstoßen, unangewendet zu lassen, um eine verfassungsrechtliche Überprüfung durch die Gerichte herbeizuführen.

C. ENTSCHEIDUNGEN ANDERER GERICHTE

I. Ärztliches Berufsrecht

1. Widerruf/Ruhen/Wiedererteilung der Approbation/Berufserlaubnis

a) Aufhebung des Ruhens der Approbation: Glaubhaftmachung

VGH Bayern, Beschluss v. 25.02.2022 - 21 CE 21.2184

RID 22-02-146

www.juris.de

BÄO §§ 6, 8; VwGO § 123

Es obliegt dem Ast. nach § 123 III VwGO i.V.m. § 920 II ZPO, den **Anordnungsanspruch** und damit die Tatsache **glaubhaft** zu machen, dass er nicht (mehr) an einer **patientengefährdenden gesundheitlichen Beeinträchtigung** leidet.

b) Erlaubnis zur Ausübung des ärztlichen Berufs

VG Regensburg, Beschluss v. 02.08.2021 - RN 5 E 21.788

RID 22-02-147

www.juris.de

BÄO §§ 6, 8; VwGO § 123

Kann offensichtlich nicht von einer besonders hohen Wahrscheinlichkeit für die Wiedererlangung der **gesundheitlichen Eignung** ausgegangen werden, dann besteht kein Anspruch auf eine Erlaubnis zur Ausübung des ärztlichen Berufs (§ 8 BÄO).

2. Berufspflichten

a) Fehlen einer Berufshaftpflichtversicherung

BerufsG für Heilberufe Köln, Beschluss v. 03.11.2020 - 35 K 589/20.T

RID 22-02-148

www.juris.de

HeilBerG NRW § 30 Nr. 4

Verstößt ein Arzt gegen seine berufsrechtliche Verpflichtung, eine **Berufshaftpflicht** zur Deckung der sich aus seiner Tätigkeit ergebenden Haftpflichtansprüche abzuschließen und diese während seiner Berufstätigkeit aufrechtzuerhalten, so kann gegen ihn ein Ordnungsgeld (hier: 5.000 €) verhängt werden.

Kündigt die Versicherung den ursprünglich bestehenden Versicherungsvertrag wegen rückständiger Versicherungsbeiträge, besteht für den Arzt erst recht Anlass, die mit der Versicherung getroffene **Ratenzahlungsvereinbarung** eingehend darauf hin zu **überprüfen**, ob sie auch eine **fortbestehende Berufshaftpflicht** gewährleistet.

b) Verstoß gegen die durch Corona-Verordnung angeordnete Maskenpflicht in der Praxis

BezirksberufsG Nordbaden für Ärzte in Karlsruhe, Urteil v. 05.11.2021 - BGÄ 3/21 KA

RID 22-02-149

BO Baden-Württemberg § 2 II u. V

Verstößt ein Arzt in der eigenen Praxis wiederholt gegen die durch eine Corona-Verordnung angeordnete **Pflicht zum Tragen einer Maske**, liegt ein berufswidriges Verhalten vor.

Der HNO-Arzt trug bei einem Untersuchungstermin einer 88-jährigen Patientin im Januar 2021 keine Mund-Nasen-Bedeckung. Auf Nachfragen der Patientin und ihrer Begleitperson antwortete der Arzt, dass er das nicht brauche. Den Grund nannte er hierfür nicht. Bei einem Besuch der zuständigen städtischen Behörde nach einer Patientenbeschwerde trug der Arzt ebfd. keine Maske und zeigte auch keine Bereitschaft, diese aufzusetzen. Das BezirksberufsG verurteilte den HNO-Arzt wegen schuldhaften Verstoßes gegen seine beruflichen Pflichten zu einer Geldbuße von 5.000 €.

c) Unzulässige Werbung einer kostenlosen Beratung

VG Münster, Urteil v. 03.03.2022 - 5 K 3488/21

RID 22-02-150

www.juris.de

HeilBerG NRW § 6 I 1 Nr. 6

Das **Verbot berufswidriger Werbung** ist mit Blick auf Art. 12 I GG verfassungsrechtlich unbedenklich.

Zahnärzten ist das Inaussichtstellen einer „unverbindlichen“ **(kostenlosen) Beratung** und **Sofortsimulation** („Eine Sofortsimulation deines zukünftigen Lächelns erhältst du ebenfalls bei deiner ersten Beratung“) untersagt.

Die Kl. betreiben eine zahnärztliche Gemeinschaftspraxis. Sie bieten u.a. die Behandlung von Zahnfehlstellungen mittels transparenter Aligner nach dem Invisalign-System an. In ihrem Internetauftritt wird folgende Aussage getroffen: „Unverbindliche Beratung: Fülle den Bogen aus und wir benachrichtigen über WhatsApp für eine unverbindliche Beratung in B. Wir erklären dir wie die Behandlung bei uns im T. funktioniert & beantworten dir alle deine Fragen. Eine Sofortsimulation deines zukünftigen Lächelns erhältst du ebenfalls bei deiner ersten Beratung. Wir freuen uns auf dich! Zahnärzte“. Die bekl. Zahnärztekammer untersagte den Kl. unter Anordnung der sofortigen Vollziehung, 1. zahnärztliche Leistungen, denen eine individuelle Beratung oder Untersuchung von Patienten zu Grunde liegt, als unverbindliche Beratung zu bewerben, sowie 2. damit zu werben, dass ein bestimmter Behandlungserfolg mit Sicherheit erwartet werden kann und insbesondere wie folgt zu werben: „Eine Sofortsimulation deines zukünftigen Lächelns erhältst du ebenfalls bei deiner ersten Beratung.“ Das **VG** wies die Klage ab.

3. Strafrecht

a) Strafbarkeit des operierenden Arztes bei verschwiegenen eigenen Gesundheitsproblemen

BayObLG, Urteil v. 29.06.2021 - 205 StRR 141/21

RID 22-02-151

www.juris.de

StGB §§ 16, 223, 229; BGB § 630e

Eine **rechtswirksame Einwilligung** setzt eine Aufklärung voraus, die dem Patienten Wesen, Bedeutung und Tragweite des Eingriffs und seiner Gestaltung in den Grundzügen erkennen lassen und ihn in die Lage versetzen, das für und Wider des Eingriffs abschätzen zu können. Ein Arzt hat danach seine Patienten über alle Umstände aufzuklären, die aus der Sicht eines verständigen, nicht übertrieben ängstlichen Patienten wesentlich sind, um die Risiken einer Operation abschätzen zu können. Der Senat kam deswegen zu dem Schluss, dass der Angeklagte **Einschränkungen seiner motorischen Fähigkeiten** gegenüber seinen Patienten nicht verschweigen durfte. Die Erteilung einer Approbation entbindet einen Arzt nicht von der Pflicht, jeweils kritisch zu prüfen, ob er über die erforderliche Eignung für eine Heilbehandlungsmaßnahme verfügt. Dies gilt namentlich für Heilbehandlungsmaßnahmen, die mit erheblichen Risiken (hier: Kataraktoperationen) verbunden sind.

AG Kempten, Urte. v. 24.01.2019 - 32 Ls 111 Js 10508/14 - sprach den Angekl. schuldig der schweren Körperverletzung in zwei und der vorsätzlichen Körperverletzung in sieben weiteren Fällen und verurteilte ihn deshalb zu einer Gesamtfreiheitsstrafe von drei Jahren. **LG Kempten**, Urteil v. 08.10.2020 - 3 Ns 111 Js 10508/14 - RID 21-01-171 fasste auf die Berufung des Angekl. und der Staatsanwaltschaft das Urteil neu und sprach den Angekl. schuldig der fahrlässigen Körperverletzung in neun Fällen und verurteilte ihn deshalb zu einer Gesamtfreiheitsstrafe von neun Monaten. Das **BayObLG** verwies auf die Revision der Staatsanwaltschaft die Sache zur erneuten Verhandlung an das LG Kempten zurück und verwarf die Revision des Angekl.

Zit. nach Pressemitteilung des BayObLG Nr. 1/2021 v. 29.06.2021, juris = <https://www.justiz.bayern.de/gerichte-und-behoerden/bayerisches-oberstes-landesgericht/presse/2021/1.php>

b) Körperverletzung: Extraktion von Zähnen ohne medizinische Indikation

OLG Karlsruhe, Beschluss v. 16.03.2022 - 1 Ws 47/22

RID 22-02-152

www.juris.de

StGB §§ 78, 224 I Nr. 2; StPO § 210 II

Leitsatz: Extrahiert ein Zahnarzt seinem Patienten ohne medizinische Indikation mehrere Zähne, begeht er die Körperverletzung mittels eines anderen gefährlichen Werkzeugs i.S.v. § 224 Abs. 1 Nr. 2 StGB.

4. BGH: Kostenfreie Zurverfügungstellung der Patientenakte

BGH, Beschluss v. 29.03.2022 - VI ZR 1352/20

RID 22-02-153

www.juris.de

BGB § 630g II 2; EUV 2016/679

Leitsatz: Vorlagefragen an den Gerichtshof der Europäischen Union zur Auslegung von Art. 15 Abs. 3 Satz 1 i.V.m. Art. 12 Abs. 5 und Art. 23 Abs. 1 der Verordnung (EU) 2016/679 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 27. April 2016 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten, zum freien Datenverkehr und zur Aufhebung der Richtlinie 95/46/EG (**Datenschutz-Grundverordnung**, DS-GVO, ABl. EU L 119 vom 4. Mai 2016 S. 1) bezüglich der Reichweite des unionsrechtlichen Anspruchs des Patienten gegen den behandelnden Arzt auf einer ersten Kopie seiner in der **Patientenakte** verarbeiteten personenbezogenen Daten und der Möglichkeit einer Beschränkung dieses Anspruchs durch § 630g Abs. 2 Satz 2 BGB.

5. Widerruf der Weiterbildungserlaubnis: Falschen Angaben im Operationskatalog

VG Minden, Urteil v. 07.12.2021 - 7 K 1887/20

RID 22-02-154

www.juris.de

HeilBerG NRW §§ 37 IV, 42 I 1

Der **maßgebliche Beurteilungszeitpunkt** für das Vorliegen der Voraussetzungen eines Widerrufs der ärztlichen Weiterbildungserlaubnis ist der Zeitpunkt der gerichtlichen Entscheidung, auch wenn es sich um einen rechtsgestaltenden Verwaltungsakt und nicht um einen Dauerverwaltungsakt handelt. Kann der Betroffene unmittelbar nach Erlass der Widerrufsentscheidung einen Antrag auf Wiedererteilung stellen, spricht dies dafür, Entwicklungen nach Abschluss des behördlichen Verfahrens zu berücksichtigen.

An die persönliche wie auch die - hier nicht in Zweifel gezogene - fachliche **Eignung** von Weiterbildungern sind hohe Anforderungen zu stellen. Die Ermächtigung ist nicht nur zu versagen, falls die Eignung fehlt, sondern bereits dann, wenn sie nicht positiv festgestellt werden kann, mit anderen Worten, wenn Zweifel an der Eignung des Kammermitglieds bestehen, die nicht ausgeräumt werden können.

Der das Zeugnis ausstellende weiterbildende **Arzt** ist der eigentliche **Garant** dafür, dass der erfolgreiche Abschluss der Weiterbildung nur fachlich hierzu qualifizierten Ärzten bescheinigt wird. Die Ärztekammer als Anerkennungsbehörde muss sich deshalb auf die Richtigkeit der Weiterbildungszeugnisse verlassen und dem zur Weiterbildung ermächtigten Arzt uneingeschränkt ihr **Vertrauen** entgegenbringen können. Eine jeden Zweifel ausschließende persönliche Integrität ist folglich Grundlage des Vertrauensverhältnisses zwischen Anerkennungsbehörde und dem zur Weiterbildung ermächtigten Arzt. Aus diesem Grunde fehlt beispielsweise die für die Weiterbildungsermächtigung erforderliche persönliche Eignung, wenn Anlass besteht, die **Richtigkeit von Tatsachenangaben im Weiterbildungszeugnis oder in Begleitdokumenten zu bezweifeln**. Solche Zweifel sind z.B. berechtigt, wenn ein **Operationskatalog mit falschen Angaben** vom weiterbildenden Arzt gutgläubig durch seine Unterschrift als sachlich richtig bestätigt worden ist und er dies durch nachgefertigte Operationsberichte zu vertuschen sucht.

Nicht jede Pflichtverletzung im Rahmen der Weiterbildung rechtfertigt die Schlussfolgerung der fehlenden Eignung, sondern nur solche, die in Würdigung des Verhaltens und der Persönlichkeit des Betroffenen die hinreichende Gefahr begründen, er werde seine **Pflichten auch in Zukunft nicht ordnungsgemäß wahrnehmen**.

Ein **Eignungsmangel** wird dadurch belegt, dass in einem **Leistungskatalog** der Weiterbildungsberechtigte bestätigt, dass der Weiterbildungsassistent unter seiner Leitung auch Untersuchungs- und Behandlungsmethoden eigenständig in Q. durchgeführt hat, die er nur in Libyen und dies auch nur nach eigenen nicht von der Ärztekammer bestätigten Angaben absolviert haben will. Ein Chefarzt der Klinik für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie mit der Weiterbildungsbefugnis für die Fachrichtung Orthopädie **überschreitet** seine **Kompetenzen**, wenn er einem Weiterbildungsassistenten unfallchirurgische Kenntnisse und Fähigkeiten bescheinigt.

Es ist davon auszugehen, dass auch **künftig gegen Weiterbildungspflichten** insb. mit Blick auf die Pflicht zur ordnungsgemäßen Ausstellung von Weiterbildungszeugnissen verstoßen wird, wenn der

Kl. weder im vorangegangenen Verwaltungs- noch im hiesigen Klageverfahren Einsicht zeigt und seine Fehler anerkennt, stattdessen die Verantwortung stets auf andere Personen schiebt.

6. Aufhebung der Zusatzbezeichnung Homöopathie

a) BVerwG: Fehlende Antragsbefugnis bei Weiterführung der Zusatzbezeichnung

BVerwG, Beschluss v. 11.01.2022 - 3 BN 6/21

RID 22-02-155

www.juris.de

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

Leitsatz: Die Aufhebung der **Zusatzweiterbildung „Homöopathie“** in der Weiterbildungsordnung einer Landesärztekammer greift nicht in die **Berufsfreiheit** von Ärzten ein, die die Weiterbildung bereits erfolgreich absolviert haben und die Zusatzbezeichnung weiter führen dürfen; sie kommt einem solchen Eingriff auch nicht funktional gleich.

OVG Bremen, Beschl. v. 02.06.2021 - 2 D 214/20 - RID 21-03-143 wies die Normenkontrollklage ab, das **BVerwG** die Beschwerde gegen die Nichtzulassung der Revision zurück.

b) Fehlende Antragsbefugnis für Normenkontrollverfahren (Brandenburg)

OVG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 11.02.2022 - 12 A 3/20

RID 22-02-156

www.juris.de

HeilBerG Berlin-Brandenburg §§ 36, 42; VwGO § 47 I Nr. 2; GG Art. 3 I, 14 I 1

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

7. Anerkennung einer in Großbritannien erworbenen Bezeichnung als Facharzt für Innere Medizin

VG Leipzig, Urteil v. 13.01.2022 - 5 K 2102/18

RID 22-02-157

www.juris.de

HKaG Sachsen § 20; EGRL 36/2005

Leitsatz: Die im Wege der **Gleichwertigkeitsprüfung** im Einzelfall von einem Mitgliedstaat **anerkannte Facharztbezeichnung** ist einer automatischen Anerkennung nach Art. 21, 26 RL 2005/36/EG in einem anderen Mitgliedstaat nicht zugänglich.

Der Kl. begehrte die Anerkennung der in Großbritannien erworbenen Bezeichnung als Facharzt für Innere Medizin. Der Kl. studierte von 1986 bis 1992 Medizin und war anschließend als Arzt im Praktikum bzw. Assistenzarzt tätig. Von 1997 bis 2000 arbeitete er als Assistenzarzt für Innere Medizin in einem Krankenhaus. Im Jahr 1998 wurde ihm in Baden-Württemberg die Bezeichnung als „Facharzt für Allgemeinmedizin“ verliehen. Nach einer Tätigkeit als Notarzt wechselte er 2002 nach Großbritannien und war dort bis 2005 erneut als Assistenzarzt für Innere Medizin in einem Krankenhaus tätig. Im August 2005 wurde er vom General Medical Council in das Zentrale Ärzteregister Großbritanniens mit der Facharztbezeichnung „Allgemeine (Innere) Medizin“ aufgenommen. Die Specialist Training Authority of the Medical Royal Colleges – im Folgenden: Specialist Training Authority – bestätigte am im Juli 2005, dass die dem Kl. außerhalb des Vereinigten Königreichs verliehene Qualifikation in der Fachrichtung Allgemeine (Innere) Medizin einem im Vereinigten Königreich verliehenen Abschlusszeugnis der Facharztausbildung in dieser Fachrichtung gleichwertig sei. Im November 2009 wurde die Eintragung im Ärzteregister nach einer weiteren vierjährigen Tätigkeit in Großbritannien erneuert. Seit 2018 ist der Kl. als Chefarzt der Geriatrie in einem Klinikum tätig. Sein Antrag auf Anerkennung seiner Bezeichnung als Facharzt für Innere Medizin aus dem Vereinigten Königreich blieb erfolglos. Das **VG** wies die Klage ab.

8. Abrechnung fachgebietsfremder Leistungen (FA für Orthopädie und Unfallchirurgie: MRT)

BayObLG, Urteil v. 18.01.2022 - 1 ZRR 40/20

RID 22-02-158

www.juris.de

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

Leitsatz: 1. Ein Verstoß gegen das **Beschränkungsgebot** in Art. 34 des Bayerischen **Heilberufes-Kammergesetzes** (HKaG) führt nicht zur (Teil-)Nichtigkeit des **Behandlungsvertrags** nach § 134 BGB.

2. Ein Arzt kann auch **fachgebietsfremde Leistungen** unter den Voraussetzungen der § 1 Abs. 2 Satz 1 und § 4 Abs. 2 Satz 1 der Gebührenordnung der Ärzte (GOÄ) abrechnen.

Die Kl. forderte aus übergegangenem Recht bei ihr privat Krankenversicherter Arzthonorar zurück, das ihre Versicherungsnehmer an den Bekl. in den Jahren 2011 bis 2016 für die Vornahme von Untersuchungen mittels eines Magnetresonanztomografen gezahlt haben. Der Bekl. ist Arzt und führt mehrere Facharztbezeichnungen. Seit Februar 2001 ist er Facharzt für Orthopädie, seit September 2002 Facharzt für Chirurgie und seit November 2004 Facharzt für Unfallchirurgie. **LG Regensburg**, Urt. v. 27.02.2018 - 4 O 2233/16 - wies die Klage ab, **OLG Nürnberg**, Urt. v. 09.01.2020 - 5 U 634/18 - RID 21-02-149 die Berufung zurück, **BGH**, Beschl. v. 18.02.2021 - III ZR 79/20 - juris erklärte sich für die Entscheidung über die Revision der Kl. unzuständig und gab die Sache an das BayObLG zur Verhandlung und Entscheidung über die Revision der Kl. ab. Das **BayObLG** wies die Revision zurück.

9. Schließung einer Arztpraxis wegen Täuschung über Coronaschutzimpfungen (Verfristete Klage)

VG Augsburg, Gerichtsbescheid v. 10.03.2022 - Au 8 K 21.2282

RID 22-02-159

www.juris.de

VwGO § 74 I 2; VwZVG Bayern Art. 5; ZPO §§ 22 I, 57 II, 180

Eine nach Ablauf der Klagefrist des § 74 I 2 VwGO erhobene **Klage** ist **unzulässig**.

Der Kl. ist als Allgemeinarzt in einer niedergelassenen Praxis im Gemeindegebiet der Bekl. tätig. Am 01.10.2021 wurde dem örtlich zuständigen Landratsamt von der Polizei mitgeteilt, dass konkrete Verdachtsmomente dahingehend vorliegen, dass der Kl. in seiner Arztpraxis Coronaschutzimpfungen trotz anderweitiger Bestätigung im Impfbuch gar nicht durchgeführt habe und insoweit der Verdacht des Ausstellens unrichtiger Gesundheitszeugnisse bestehe. Das Landratsamt gab diese Erkenntnisse an die Bekl. weiter. Mit Bescheid v. 02.10.2021 ordnete die Bekl. die sofortige Schließung der vom Kl. im Gemeindegebiet betriebenen Allgemeinarztpraxis nach Zustellung des Bescheides bis auf Weiteres an (Ziff. 1) und erklärte diese Anordnung für sofort vollziehbar (Ziff. 2). Für den Fall der Zuwiderhandlung gegen Ziff. 1 des Bescheides wurde unmittelbarer Zwang angedroht (Ziff. 3). Ein zeitgleich mit der Klage erhobener Antrag auf Gewährung vorläufigen Rechtsschutzes blieb erfolglos (VG Augsburg, Beschl. v. 06.12.2021 - Au 8 S 21.2283 -). Das **VG** wies die Klage ab.

10. BVerwG: Keine behördl. Einsichtnahme in Patientenakte zur Kontrolle des Betäubungsmittelverkehrs

BVerwG, Urteil v. 11.03.2022 - 3 C 1.21

RID 22-02-160

www.juris.de

BtMG §§ 8, 13, 22

Die für die Überwachung des Betäubungsmittelverkehrs zuständigen Behörden sind nicht befugt, zur Kontrolle des Verschreibens von Betäubungsmitteln **Einsicht in ärztliche Patientenakten** zu nehmen.

Der Kläger ist Arzt und betreibt eine allgemeinmedizinische Praxis. Die Beklagte gab ihm auf, für 14 namentlich benannte Patienten und jeweils mehrjährige Zeiträume alle von ihm ausgestellten Betäubungsmittelrezepte sowie die Unterlagen vorzulegen, die die Betäubungsmittelverschreibungen medizinisch begründen können (z.B. Patientendokumentation, Arztbriefe, Befunde). Zur Begründung des Bescheides führte sie aus, bei routinemäßigen Kontrollen in Apotheken seien zahlreiche Verschreibungen des Klägers über (u.a.) die Betäubungsmittel Methylphenidat und Fentanyl aufgefallen. Die auffälligen Rezepte gäben Anlass zur Überprüfung, ob die Anwendung der verschriebenen Betäubungsmittel medizinisch indiziert gewesen sei. Die Prüfung sei ohne Einsicht in die Patientenakten nicht möglich. Das **VG München** hob den Bescheid auf, soweit er die Vorlage der Patientenunterlagen anordnet, und wies die Klage im Übrigen ab. Die

Berufung des Klägers blieb ohne Erfolg. Auf die Berufung der Beklagten änderte der *VGH Bayern* das erstinstanzliche Urteil und wies die Klage insgesamt ab.

Die auf vollständige Aufhebung des Bescheids gerichtete Revision des Kl. hat teilweise Erfolg.

Das *BVerwG* hat das Berufungsurteil geändert und die erstinstanzliche Entscheidung bestätigt. Nach § 22 Abs. 1 Nr. 1 BtMG sind die Überwachungsbehörden befugt, Unterlagen über den Betäubungsmittelverkehr einzusehen und hieraus Abschriften oder Ablichtungen anzufertigen, soweit sie für die Sicherheit oder Kontrolle des Betäubungsmittelverkehrs von Bedeutung sein können. Die Annahme des Verwaltungsgerichtshofs, nicht nur **Betäubungsmittelverschreibungen**, sondern auch **Patientenakten** seien Unterlagen im Sinne von § 22 Abs. 1 Nr. 1 BtMG, verstößt gegen **Bundesrecht**. Die Auslegung der Vorschrift ergibt, dass sie auf Patientenakten keine Anwendung findet. Gemäß § 13 Abs. 1 BtMG dürfen Ärzte Betäubungsmittel nur verschreiben, wenn ihre Anwendung im menschlichen Körper begründet ist.

Anhand der Angaben auf einem Betäubungsmittelrezept lässt sich die medizinische Begründung der Verschreibung nicht feststellen. Das Ziel, eine effektive Kontrolle des Betäubungsmittelverkehrs zu gewährleisten, kann daher dafürsprechen, den Überwachungsbehörden auch die Befugnis einzuräumen, ärztliche Patientenunterlagen einzusehen. § 22 Abs. 1 Nr. 1 BtMG bietet für die Befugnis zur Einsicht in Patientenakten jedoch keine Grundlage. Weder Wortlaut und Entstehungsgeschichte der Norm noch die Gesetzssystematik geben Anknüpfungspunkte dafür, dass Patientenakten nach dem Willen des Gesetzgebers von dem Begriff "Unterlagen über den Betäubungsmittelverkehr" umfasst sein sollen. Anders liegt es für die Befugnis zur Einsicht in Betäubungsmittelrezepte. Sie findet in § 22 Abs. 1 Nr. 1 BtMG, § 8 Abs. 5 der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung eine hinreichend bestimmte und auch im Übrigen verfassungsgemäße gesetzliche Grundlage.

Quelle: Pressemitteilung des BVerwG Nr. 17/2022 v. 10.03.2022

II. Arzthaftung

1. Bundesgerichtshof (BGH)

a) Berechnung des Schmerzensgeldes

BGH, Urteil v. 22.03.2022 - VI ZR 16/21

RID 22-02-161

www.juris.de

BGB § 253 II; ZPO § 287 I

Leitsatz: 1. Zur Ungeeignetheit der Methode der „taggenauen Berechnung“ des Schmerzensgeldes auch als „Plausibilitätskontrolle“ in Fällen von **Dauerschäden** (Anschluss an Senatsurteil vom 15. Februar 2022 - VI ZR 937/20).

2. Zur Unterscheidung zwischen „grobem Behandlungsfehler“ und „grob fahrlässigem Handeln eines Arztes“ bei der **Bemessung des Schmerzensgeldes** in Arzthaftungsfällen (Anschluss an Senatsurteil vom 8. Februar 2022 - VI ZR 409/19).

OLG Köln, Urt. v. 16.12.2020 - 5 U 836/18 - RID 21-02-158 wies die Berufung des Kl., der **BGH** die Revision zurück.

b) Bemessung des Schmerzensgeldes und Gesichtspunkt der Genugtuung

BGH, Urteil v. 08.02.2022 - VI ZR 409/19

RID 22-02-162

www.juris.de

BGB § 253 II

Leitsatz: 1. Auch bei der Bemessung des Schmerzensgeldes in Arzthaftungssachen kann der Gesichtspunkt der **Genugtuung** nicht grundsätzlich außer Betracht bleiben. Auch wenn bei der ärztlichen Behandlung das Bestreben der Behandlungsseite im Vordergrund steht, dem Patienten zu helfen und ihn von seinen Beschwerden zu befreien, stellt es unter dem Blickpunkt der Billigkeit einen wesentlichen Unterschied dar, ob dem Arzt grobes - möglicherweise die Grenze zum bedingten Vorsatz berührendes - **Verschulden** zur Last fällt oder ob ihn nur ein geringfügiger Schuldvorwurf trifft. Ein dem Arzt aufgrund grober Fahrlässigkeit unterlaufener Behandlungsfehler kann dem Schadensfall sein besonderes Gepräge geben.

2. **Grobe Fahrlässigkeit** ist allerdings nicht bereits dann zu bejahen, wenn dem Arzt ein **grober Behandlungsfehler** unterlaufen ist. Ein grober Behandlungsfehler ist weder mit grober Fahrlässigkeit gleichzusetzen noch kommt ihm insoweit eine Indizwirkung zu.

c) Inhaltliche Anforderungen an eine Berufungsbegründung

BGH, Beschluss v. 21.12.2021 - VI ZB 18/20

RID 22-02-163

www.juris.de
ZPO § 520 III 2 Nr. 2

Leitsatz: Zu den inhaltlichen Anforderungen an die Berufungsbegründung.

Der im Mai 1992 geb. Kl. nimmt die beklagte Zahnärztin wegen fehlerhafter ärztlicher Behandlung in den Jahren 1997 bis Juli 2012 auf Ersatz materiellen und immateriellen Schadens in Anspruch. Die Bekl. führte in dieser Zeit mehrfach Untersuchungen und Behandlungen am Gebiss des Kl. durch. Sie nahm insb. Kariesbehandlungen und Zahnversiegelungen vor. Der Kl. behauptete, er leide an einem genetisch bedingten Defekt, der sich in einer Störung des Zahnschmelzes äußere (Amelogenesis Imperfecta). Diese genetische Prädisposition habe die Bekl. angesichts der hohen Anzahl von Karies betroffener Zähne differenzialdiagnostisch abklären und frühzeitig eine ausreichende Versiegelung und Überkronung der Zähne vornehmen müssen. **LG Berlin**, Urt. v. 13.08.2019 - 5 O 24/15 - wies die Klage nach Einholung eines humangenetischen und eines zahnärztlichen Gutachtens und Anhörung des zahnärztlichen Sachverständigen ab. **KG Berlin**, Urt. v. 19.02.2020 - 20 U 124/19 - verwarf die Berufung, der **BGH** die Rechtsbeschwerde als unzulässig.

2. Behandlungsfehler

a) Irrtümer bei der Diagnosesstellung

OLG Dresden, Urteil v. 29.03.2021 - 4 U 980/21

RID 22-02-164

www.juris.de
BGB §§ 630a ff.; ZPO § 286

Leitsatz: 1. Ein **Diagnoseirrtum** setzt eine vorwerfbare Fehlinterpretation erhobener Befunde voraus. Hat die unrichtige Diagnose demgegenüber ihren Grund darin, dass der Arzt die gebotenen Befunde erst gar nicht veranlasst hat, liegt ein **Befunderhebungsfehler** vor.

2. Die **Anhörung eines Privatgutachters** zum Inhalt des für eine Partei erstellten Gutachtens kann nicht von Amts wegen durch das Gericht erfolgen.

3. Die Frage, ob eine Indikation für eine **strahlenbelastende Bildgebung** vorgelegen hat, unterfällt dem radiologischen Facharztstandard.

b) Laparoskopische Appendektomie durch Gynäkologen/Zeugenvernehmung einer Arzthelferin

OLG Dresden, Urteil v. 15.03.2022 - 4 U 1972/21

RID 22-02-165

www.juris.de
BGB §§ 630a, 630e, 630h; ZPO § 286

Leitsatz: 1. Die **laparoskopische Appendektomie** durch einen **Gynäkologen** unterfällt dem gynäkologischen Facharztstandard.

2. Für die **Zeugenvernehmung** einer **Arzthelferin**, die bei einem ärztlichen Aufklärungsgespräch zugegen war, sind die für Ärzte geltenden Beweiserleichterungen entsprechend heranzuziehen. Der Nachweis eines ordnungsgemäßen Aufklärungsgesprächs ist daher bereits dann geführt, wenn die Darstellung der allgemeinen Aufklärungspraxis in sich schlüssig und auf ihrer Grundlage einiger Beweis für ein Aufklärungsgespräch erbracht ist. Indiziell spricht hierfür ein vollständig ausgefüllter Aufklärungsbogen.

c) Geburt: Erforderliche Verbringung in Krankenhaus/Unzureichende Information der Krankenhausärzte

LG Bielefeld, Urteil v. 27.07.2020 - 4 O 303/07

RID 22-02-166

www.juris.de
SGB V § 823

Ein behandlungsfehlerhaftes Verhalten des Bekl. zu 4) ist darin zu erblicken, dass er nach dem Abbruch des Cardiotokogramms (CTG) nicht mit der erforderlichen Dringlichkeit auf eine sofortige

Verbringung der Mutter des Kl. in ein **Krankenhaus** hingewirkt hat. Des Weiteren liegt ein behandlungsfehlerhaftes Verhalten darin, dass die Ärzte der Bekl. zu 1) durch den Bekl. zu 4) nicht über das Ergebnis und den Abbruch des CTG, zumindest durch Mitteilung des suspekten CTG und den Grund für den Abbruch desselben (telefonisch oder zumindest durch entsprechende Notiz auf der Einweisung), **informiert** worden sind und die behandelnden Ärzte bei der Bekl. zu 1) deshalb nicht auf die Notwendigkeit einer sofortigen zielgerichteten Behandlung aufmerksam gemacht worden sind.

d) Beweis last bei fehlender Facharztanerkennung (perforierte Sigmadivertikulitis)

OLG Dresden, Beschluss v. 26.01.2022 - 4 U 1588/21

RID 22-02-167

www.juris.de
BGB § 630h IV

Leitsatz: Die noch **fehlende Facharztanerkennung** rechtfertigt nicht die Vermutung, dass der Behandler zu einer Behandlung nicht befähigt und dies für einen Gesundheitsschaden ursächlich war.

e) Dekubitus während eines stationären Krankenhausaufenthaltes: Beweis last

OLG Dresden, Beschluss v. 30.11.2021 - 4 U 1764/21

RID 22-02-168

www.juris.de
BGB § 630h

Leitsatz: 1. Das Risiko, während eines stationären **Krankenhausaufenthaltes** einen **Dekubitus** zu erleiden, zählt regelmäßig nicht zum sog. vollbeherrschbaren Bereich. Es bleibt daher bei der **Beweislast der Patientenseite**.

2. **Beweiserleichterung** wegen eines **Dokumentationsmangels** können aber nach den Umständen des Einzelfalls in Betracht kommen, wenn die Dokumentation Indizien für ein nachlässiges Verhalten bei der Erkennung und Behandlung von Druckgeschwüren enthält (hier: verneint).

f) Schmerzhaftes Zahnbehandlung

OLG Brandenburg, Beschluss v. 09.12.2021 - 12 U 172/20

RID 22-02-169

www.juris.de
BGB §§ 253, 280 I, 630a ff., 823 I

Daraus, dass die Kl. trotz der verabreichten **Leitungsanästhesie noch Schmerzen** verspürt hat und die Anästhesie möglicherweise nicht gewirkt hat, kann nicht auf eine unzureichende Injektion geschlossen werden, da nach den Ausführungen des Sachverständigen es möglich ist, dass bei extremen Entzündungen Betäubungsmittel nicht wirken können.

Allein daraus, dass die Kl. mehrmals **vor Schmerzen aufgeschrien** hat, bestand für die Bekl. noch keine Veranlassung für die Annahme, eine weitere Fortführung der Behandlung sei von der Kl. nicht mehr gewünscht und gewollt. Sie hat vielmehr angemessen und aus zahnmedizinischer Sicht beanstandungsfrei durch die Verabreichung einer weiteren Dosis des Betäubungsmittels reagiert. Wenn das Betäubungsmittel nicht oder möglicherweise nicht ausreichend gewirkt hat, kann dies nicht der Bekl. als Behandlungsfehler angelastet werden.

3. Aufklärung

a) Haftung wegen eines Aufklärungsfehlers: Nachweispflicht des Patienten

OLG Dresden, Beschluss v. 16.02.2022 - 4 U 1481/21

RID 22-02-170

www.juris.de
BGB § 630e; ZPO § 287

Leitsatz: Die Haftung wegen eines Aufklärungsfehlers setzt voraus, dass der **Patient** den **Nachweis** erbringt, dass der Schaden auf den nicht von der Einwilligung gedeckten und somit rechtswidrigen Teil einer Operation zurückzuführen ist.

b) Epikondylitis humeri radialis (sog. Tennis arm)

OLG Hamm, Urteil v. 15.02.2022 - 26 U 21/21

RID 22-02-171

www.juris.de
BGB §§ 253, 280, 630a

Leitsatz: Vor der Injektionsbehandlung bei einer Epikondylitis humeri radialis (sog. Tennisarm) ist der Patient über Behandlungsalternativen **aufzuklären**. Dabei kommt es insbesondere auf die **nichtoperativen Behandlungsmethoden** (Medikamente, Infiltrationstherapie, physikalische Therapie und ruhigstellende Maßnahmen) an, weil die Therapie des Tennisarms seit Jahren äußerst umstritten ist.

c) Embolisation einer Niere

OLG Oldenburg, Urteil v. 23.12.2020 - 5 U 119/18

RID 22-02-172

www.juris.de
BGB § 630a; ZPO §§ 397, 402, 412

Leitsatz: 1. Die **Embolisation einer Niere** zum Zwecke der Blutstillung war im Jahre **2006** eine Neulandmethode. Der Patient ist über diesen Umstand explizit **aufzuklären**.

2. Will die Behandlerseite dem konkreten **Aufklärungsmangel** den Einwand der **hypothetischen Einwilligung** entgegenhalten, muss dies substantiiert mit Blick auf den konkreten Aufklärungsmangel (hier: Neulandmethode) erfolgen.

3. Holt das Berufungsgericht ein **Obergutachten** (§ 412 ZPO) ein, muss dem Antrag einer Partei, den erstinstanzlich bestellten Sachverständigen gemäß §§ 402, 397 ZPO zu laden, nicht entsprochen werden, wenn das Berufungsgericht die Erkenntnisse des erstinstanzlichen Sachverständigen nicht verwerten, sondern sich ausschließlich auf das Obergutachten zweiter Instanz stützen will.

4. Sachverständiger und Facharztstandard: Intraoperative Versorgung während Sigmaresektion

OLG Dresden, Urteil v. 22.02.2022 - 4 U 2323/20

RID 22-02-173

www.juris.de
BGB § 630a

Leitsatz: 1. Grundsätzlich ist bei der **Auswahl eines medizinischen Sachverständigen** auf das Fachgebiet abzustellen, in das der Eingriff fällt.

2. Die **intraoperative Versorgung** einer während einer **Sigmaresektion** aufgetretenen Läsion des Harnleiters unterfällt dem Facharztstandard der Viszeralchirurgie.

5. Vorlage eines vorgerichtlich beim MDK eingeholten Gutachtens

OLG Dresden, Beschluss v. 14.02.2022 - 4 U 1748/21

RID 22-02-174

www.juris.de
ZPO § 139

Leitsatz: In Arzthaftungssachen ist ein **Gericht** nicht verpflichtet, eine **Partei**, die vorgerichtlich ein Gutachten des MDK eingeholt hat, zu dessen Vorlage **aufzufordern**.

6. Besorgnis der Befangenheit des Sachverständigen

OLG Dresden, Beschluss v. 31.01.2022 - 4 W 19/22

RID 22-02-175

www.juris.de
ZPO §§ 43, 406

Leitsatz: Die fehlende Auseinandersetzung eines Sachverständigen mit Vorgutachten anderer Sachverständiger ist nicht geeignet, die Besorgnis der **Befangenheit** des **Sachverständigen** zu begründen.

7. Erlass eines Grundurteils

OLG Hamm, Urteil v. 14.02.2022 - 3 U 121/21

RID 22-02-176

www.juris.de
ZPO § 301

Der **Erlass eines Grundurteils** kommt nur in Betracht, wenn der Rechtsstreit hinsichtlich des Grundes betreffend sämtliche geltend gemachten Teilansprüche zur Entscheidung reif ist (vgl. BGH, Urt. v. 17.09.2015 - IX ZR 263/13 - NJW 2015, 3453). Auch wenn aus prozesswirtschaftlichen Gründen ein Grundurteil bereits dann für zulässig gehalten wird, wenn ein **wirtschaftlicher Teilerfolg** mit hinreichender bzw. hoher Wahrscheinlichkeit im Betragsverfahren zu erwarten ist, muss jedenfalls dann, wenn die Parteien darüber streiten, ob der vom Kl. geltend gemachte Schaden entstanden ist, vor Erlass des Grundurteils festgestellt werden, dass ein zu ersetzender Schaden mit hoher Wahrscheinlichkeit entstanden ist.

Anhang I: BSG - Anhängige Revisionen Vertragsarztrecht

Stand: 24.05.2022. Die Angaben „Aktenzeichen“, „Termin“ und „Rechtsfrage“ sowie über die Vorinstanz (Gericht und Aktenzeichen) beruhen auf der Veröffentlichung des BSG (Anhängige Rechtsfragen des 6. Senats – <http://www.bundessozialgericht.de>).

Sachgebiet	Aktenzeichen:	Rechtsfrage	Vorinstanz	RID
Honorarverteilung				
Abschlagszahlungen: MVZ und selbstschuldnerische Bankbürgschaft	B 6 KA 10/21 R	Darf eine Kassenärztliche Vereinigung die Gewährung von Abschlagszahlungen auf das Honorar eines MVZ von der Vorlage einer selbstschuldnerischen Bankbürgschaft abhängig machen, wenn die Gesellschafter der MVZ-Trägergesellschaft nicht ausschließlich natürliche Personen sind?	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 07.10.2020 - L 12 KA 37/19 -	21-04-2
Zeitgebundene neuropsychologische Leistungen und höhere Praxiskosten (Quartal II/13)	B 6 KA 1/22 R	Folgt aus dem Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 22.9.2015 zur Höherbewertung der antragspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen im Abschnitt 35.2 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM), dass neuropsychologische Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 30931 und 30932 EBM ebenfalls höher bewertet werden müssen?	LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 30.06.2021 - L 11 KA 69/18 -	22-01-11
Arzt-/Psychotherapeutenregister				
Zweigpraxis/Genehmigung der KV/Fachkunde/Notdienst/Disziplinarrecht				
Sachlich-rechnerische Berichtigung				
Wirtschaftlichkeitsprüfung/Regress				
Unbrauchbarkeit von Impfstoff nach Havarie des Kühlschranks	B 6 KA 14/21 R Termin: 29.06.2022	Hat ein Vertragsarzt den Krankenkassen die Kosten für vernichtete Impfstoffe zu erstatten, wenn die von ihm bezogenen und von den Krankenkassen bereits bezahlten Impfstoffe durch einen technischen Defekt des Kühlschranks in der Arztpraxis unbrauchbar geworden sind?	<i>SG Magdeburg</i> , Urt. v. 14.07.2021 - S 1 KA 25/17 -	22-01-40
Zulassung und Ermächtigung				
MVZ-Nachrang bei Auswahl des Praxisnachfolgers	B 6 KA 2/22 R	Gilt die Nachrangregelung des § 103 Absatz 4c Satz 3 SGB V auch für ein Medizinisches Versorgungszentrum, bei dem die Mehrheit der Geschäftsanteile und der Stimmrechte von im Medizinischen Versorgungszentrum angestellten Ärzten gehalten wird, die zugunsten des Medizinischen Versorgungszentrums auf ihre Zulassung als Vertragsarzt verzichtet haben?	<i>SG Hamburg</i> , Urt. v. 28.09.2021 - S 3 KA 294/18 -	22-02-29
Zulassungsentziehung: Nichtausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit/Kein Ruhen der Zulassung	B 6 KA 5/22 R	Kann ein Wille zur kontinuierlichen Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung, der einer Zulassungsentziehung entgegensteht, auch dann angenommen werden, wenn der Arzt/das MVZ zwar nicht am bisherigen Standort weiter tätig sein will, aber einen Verlegungsantrag gestellt hat?	<i>LSG Mecklenburg-Vorpommern</i> , Urt. v. 18.11.2020 - L 1 KA 2/18 -	21-02-24 NZB
Psychiatrische Institutsambulanzen: Versorgungsbedarf	B 6 KA 3/21 R Termin: 29.06.2022	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)?	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , Urt. v. 19.11.2020 - L 5 KA 17/19 -	21-03-29 NZB
Psychiatrische Institutsambulanzen: Ohne Ausweisung im Krankenhausplan	B 6 KA 13/21 R Termin: 29.06.2022	Kann eine Versagung der von einem Krankenhausträger begehrten Ermächtigung zum Betrieb einer psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) darauf gestützt werden, dass der Krankenhausplan des Landes an dem Standort der noch zu errichtenden PIA keine Außenstelle für eines der vom Träger betriebenen Krankenhäuser ausweist?	<i>LSG Schleswig-Holstein</i> , Urt. v. 01.06.2021 - L 4 KA 3/20 -	22-01-47
Qualifikation einer Fachabteilung	B 6 KA 9/21 R	Zu den Voraussetzungen der Qualifikation einer Fachabteilung eines Krankenhauses	<i>LSG Bayern</i> ,	21-03-31

einer Hochschulambulanz		(hier: Rheumatologie) als Hochschulambulanz im Sinne von § 117 Absatz 1 Satz 1 SGB V bei Vorliegen eines Kooperationsvertrages zwischen dem Krankenhaus und einer Universität	Urt. v. 21.04.2021 - L 12 KA 37/20 -	
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?	SG Gotha , Urt. v. 03.02.2021 - S 2 KA 2702/18 -	21-04-24

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

Schiedspruch/Gesamtvergütung: Zuschläge für besonders förderungswürdige Leistungen	B 6 A 1/22 R	Zu den Voraussetzungen einer Beanstandung eines Schiedspruchs des Landesschiedsamtes über die Festsetzung des Vertragsinhaltes zur Vergütung der vertragsärztlichen Versorgung (hierbei insbesondere: Zuschläge für besonders förderungswürdige Leistungen nach § 87a Absatz 2 Satz 3 SGB V) durch das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) nach § 89 Absatz 10 Satz 7 SGB V.-	LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 30.03.2022 - L 5 KA 1255/20 KL	
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?	LSG Berlin-Brandenburg , Urt. v. 24.03.2021 - L 7 KA 56/17 -	21-02-31

Erweiterte Honorarverteilung (EHV) der KV Hessen

Sonstiges/Verfahrensrecht

Anhang II: BSG - Anhängige Revisionen Krankenversicherung

Stand: 24.05.2022. Die Angaben „Aktenzeichen“, „Termin“ und „Rechtsfrage“ sowie über die Vorinstanz (Gericht und Aktenzeichen) beruhen auf der Veröffentlichung des BSG (Anhängige Rechtsfragen des 1. bzw. 3. Senats – <http://www.bundessozialgericht.de>).

Sachgebiet	Aktenzeichen:	Rechtsfrage	Vorinstanz	RID
Ärztliche/Zahnärztliche Behandlung				
Kostenerstattung				
Genehmigungsfiktion: Mitarbeiterin der Krankenkasse/Liposuktion	B 1 KR 1/22 R	Zum Anspruch Versicherter auf Liposuktionsbehandlung als Potentialleistung nach § 137c Absatz 3 SGB V und nach § 13 Absatz 3a SGB V.	<i>LSG Bayern</i> , Ur. v. 26.02.2021 - L 4 KR 675/19 -	21-02-70 NZB
	B 1 KR 8/22 R	Steht eine ärztliche Absicherung stationärer Patienten in der Nacht durch einen Dienstarzt einer Rehabilitationsklinik der von § 107 Absatz 1 SGB V geforderten jederzeitigen Verfügbarkeit von ärztlichem Personal und damit der Qualifizierung einer Einrichtung als Krankenhaus im Sinne von § 107 SGB V entgegen? Findet § 107 Absatz 1 SGB V auf nicht zugelassene Leistungserbringer Anwendung, die nach § 11 Absatz 6 SGB VI in Verbindung mit der Satzung der Krankenkasse "Satzungs-Leistungserbringer" sind? Liegt eine Trennung in Krankenhaus und stationäre Rehabilitationseinrichtung auch dann vor, wenn beide sich in einem Gebäude befinden und Funktionsräume gemeinsam genutzt werden?	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , Ur. v. 22.04.2021 - L 5 KR 226/20 -	22-02- NZB
Stationäre Behandlung				
	B 1 KR 29/21 R B 1 KR 38/21 R	Welche Anforderungen stellt § 137c Absatz 3 SGB V ab dem 23.7.2015 an Leistungsansprüche auf sogenannte Potentialleistungen?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Ur. v. 27.11.2019 - L 11 KR 830/17 - <i>LSG Baden-Württemberg</i> , Ur. v. 26.03.2021 - L 4 KR 640/19	20-03-69 NZB juris 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.	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Beschl. v. 18.12.2019 - L 11 KR 772/19 -	21-03-76 NZB
	B 1 KR 28/21 R	Zu den Anspruchsvoraussetzungen einer Versorgung mit Arzneimitteln mit den Wirkstoffen Dronabinol oder Nabilon nach § 31 Absatz 6 SGB V.	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Ur. v. 18.11.2020 - L 4 KR 490/19 -	21-03-79 NZB
Prophylaktische Anwendung zum Schutz des Ungeborenen (Cytotec CP Biotest)	B 1 KR 7/22 R	Hat eine schwangere Versicherte im Hinblick auf den Schutz ihres ungeborenen Kindes einen Anspruch auf Versorgung mit dem Fertigarzneimittel "Cytotec CP Biotest" zur prophylaktischen Anwendung nach primärer CMV-Infektion?	<i>LSG Bayern</i> , Ur. v. 25.11.2021 - L 4 KR 318/18 -	22-02-68
§ 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?	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , Ur. 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?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 27.02.2020 - L 5 KR 675/19 -	20-02-76
Geh- und Stehtrainer Innowalk®	B 3 KR 8/21 R B 3 KR 3/22 R	Zum Anspruch eines Versicherten auf Versorgung mit dem Steh- und Bewegungstrainer "Innowalk®".	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 10.08.2021 - L 11 KR 4247/19 <i>LSG Thüringen</i> , Urt. v. 23.12.2021 - L 6 KR 1126/18	22-01-107 22-02-72

Häusliche Krankenpflege/Haushaltshilfe

Häusliche Krankenpflege während eines Krankenhausaufenthalts	B 3 KR 15/20 R	Sind die Kosten einer häuslichen Krankenpflege durch eigene Assistenzkräfte (Arbeitgebermodell) auch während eines Krankenhausaufenthalts zu übernehmen?	<i>LSG Schleswig-Holstein</i> , Urt. v. 22.08.2019 - L 5 KR 140/16 -	21-01-03 NZZ
--	----------------	--	--	-----------------

Fahrkosten

Zuzahlung

Rehabilitationsmaßnahmen

Krankenhauskosten

Kündigung eines Versorgungsvertrags	B 1 KR 37/21 R	Handelt es sich bei der Kündigung eines Versorgungsvertrages gemäß § 110 SGB V um einen Verwaltungsakt? Unter welchen Voraussetzungen kann ein nach § 109 Absatz 1 SGB V geschlossener Versorgungsvertrag gekündigt werden, wenn das Krankenhaus zwischenzeitlich in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen wurde und die von dem Versorgungsvertrag erfassten Betten dabei berücksichtigt wurden?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 25.11.2020 - L 5 KR 3211/17 -	21-03-120 NZZ
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 NZZ
Verlegung und Fallpauschale	B 1 KR 4/22	Hat eine medizinisch nicht notwendige Verlegung des Versicherten in ein anderes Krankenhaus Auswirkungen auf den Vergütungsanspruch des verlegenden Krankenhauses oder begründet sie einen Schadensersatzanspruch der Krankenkasse gegen das verlegende Krankenhaus?	<i>LSG Thüringen</i> , Urt. v. 07.10.2021 - L 6 KR 1278/18 -	22-02-99 NZZ
Übermittlung falscher Daten an Vergabestelle für Organtransplantationen	B 1 KR 3/22 R	Besteht ein Anspruch auf Krankenhausvergütung für eine medizinisch erforderliche Organtransplantation, wenn diese nach Übermittlung falscher Daten zur Dringlichkeit einer Transplantation an die Vergabestelle für Organtransplantationen (Eurotransplant) durchgeführt wurde?	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urt. v. 18.01.2022 - L 16/4 KR 506/19	22-01-131
Vergütungsanspruch bei Studienteilnahme und stationäre Behandlungsbedürftigkeit	B 1 KR 25/21 R Termin: 22.06.2022	Darf ein Krankenhaus eine stationäre Behandlung, die im Rahmen einer klinischen Studie erfolgt ist, abrechnen, wenn für den Versicherten ohne Integration in die Studie keine stationäre Behandlungsbedürftigkeit bestanden hat? Darf ein Versicherter zu Lasten der GKV in eine stationäre klinische Studie einbezogen werden, die bei ihm nur ein palliatives Behandlungsziel verfolgt, wenn für ihn zunächst eine ambulante palliative Standardtherapie zur Verfügung gestanden hat?	<i>LSG Sachsen-Anhalt</i> , Urt. v. 22.04.2021 - L 6 KR 46/18 -	22-02-84
Einleitung einer Abrechnungsprüfung	B 1 KR 19/21 R Termin: 22.06.2022	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	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 30.03.2021 - L 11 KR 2846/19 -	21-02-99

		Widerspruchsverfahrens erbrachte?		
	B 1 KR 17/21 R Termin: 22.06.2022	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
PrüfV 2014 und Behandlungsfälle im Jahr 2016	B 1 KR 27/21 R Termin: 22.06.2022	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
Aufrechnungsverbot in Landesvertrag	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?	<i>LSG Hamburg</i> , Urt. v. 24.06.2021 - L 1 KR 2/21 -	21-04-92
Aufrechnungsmöglichkeit nach Landesvertrag	B 1 KR 5/22 R	Ist die Vereinbarung einer zeitlich begrenzten Aufrechnungsmöglichkeit in einem Landesvertrag nach § 112 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 SGB V (hier: § 14 Absatz 2 des Thüringer Vertrages über die allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung) mit höherrangigem Recht vereinbar?	<i>LSG Thüringen</i> , Urt. v. 19.08.2021 - L 2 KR 1354/18 -	22-02-95 NZB
Partielle Maxillektomie und Gebot der monokausalen Kodierung	B 1 KR 6/22 R	Zur Unterscheidung von (selbstständigen) Prozeduren und (unselbstständigen) Prozedurenkomponenten in Vergütungsregelungen für stationäre Krankenhausbehandlungen (hier: Kodierung einer partiellen Maxillektomie neben einer Nasenseptumkorrektur und Operationen an der unteren Nasenmuschel im Jahr 2016).	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 04.01.2022 - L 11 KR 597/21 -	22-02-110
„Andere Prozeduren“	B 1 KR 39/21 R B 1 KR 40/21 R	Was sind „andere Prozeduren“ im Sinne der DKR P001f?	<i>Sachsen-Anhalt</i> , Urt. v. 12.05.2021 - L 6 KR 94/18 - - L 6 KR 95/18 -	juris juris NZB
Kodierung einer Aortenklappenstenose	B 1 KR 31/21 R Termin: 22.06.2022	Zur Kodierung einer Aortenklappenstenose bei angeborener bikuspidaler Aortenklappe.	<i>LSG Hamburg</i> , Urt. v. 24.06.2021 - L 1 KR 59/20 -	21-04-85

Ambulante Versorgung

Weitere Leistungserbringer/Arzneimittelhersteller

Hebammen: Berufshaftpflichtkosten- Sicherstellungszuschlag	B 3 KR 13/21 R	Sind die Anspruchsvoraussetzungen des § 134a Absatz 1b SGB V (bezüglich der Zahlung eines Berufshaftpflichtkosten-Sicherstellungszuschlages durch den GKV-Spitzenverband) bei einer Hebamme, die sowohl als Beleghebamme eines Krankenhauses als auch freiberuflich tätig ist, um die ungeschriebene Voraussetzung zu erweitern, dass der Sicherstellungszuschlag um den Betrag zu kürzen ist, den die Hebamme bereits gemäß des Belegvertrages vom Krankenhaus erstattet bekommen hat?	<i>LSG Schleswig-Holstein</i> , Urt. v. 01.09.2021 - L 5 KR 110/19 -	22-01-158
Werbeflyer einer Versandapotheke in Mitglieder magazin einer Krankenkasse	B 3 KR 5/21 R Termin: 01.06.2022	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
Generikaabschlag	B 3 KR 3/21 R Termin: 14.07.2022	Kann ein örtlicher Vertreter eines Inhabers einer zentralen Zulassung nach Gemeinschaftsrecht in Deutschland pharmazeutischer Unternehmer nach dem AMG und dem SGB V sein - mit der Folge der Generikaabschlagspflicht?	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 02.09.2020 - L 9 KR 563/16 -	21-01-152 NZB
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
AMNOG-Verfahren: Vergleichstherapie/Methodenbewertung/Solistenstatus	B 3 KR 14/21 R	Zur Rechtmäßigkeit eines Nutzenbewertungsbeschlusses im sogenannten AMNOG-Verfahren und eines darauf basierenden Schiedsspruchs, insb. unter dem Gesichtspunkt des Verhältnisses eines abgeschlossenen Methodenbewertungsverfahrens zum Nutzenbewertungsverfahren in Bezug auf ein im betreffenden Anwendungsgebiet neu zugelassenes Arzneimittel (hier: Fertigarzneimittel Rapiscan® mit dem Wirkstoff Regadenoson).	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 24.09.2021 - L 28 KR 329/20 KL -	22-01-154
Sprechstundenbedarf: Beschränkung auf Lieferanten von Exklusivverträgen	B 3 KR 4/22 R	Kann die Krankenkasse dem Vergütungsanspruch eines Großhändlers, der zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Radiologen mit Sprechstundenbedarf in Form von Röntgenkontrastmitteln direkt beliefert, die mit anderen Anbietern geschlossenen Exklusivverträge für die Lieferung von Röntgenkontrastmitteln entgegenhalten?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 09.12.2021 - L 16 KR 868/18 -	22-02-122
Keine Wirtschaftlichkeitsprüfung des Arzneimittelgroßhändlers (Kontrastmittel)	B 1 KR 36/21 R Neu: B 3 KR 6/22 R	Zu den Voraussetzungen eines Vergütungsanspruchs eines Arzneimittelgroßhändlers gegen die Krankenkasse aufgrund der Lieferung von Sprechstundenbedarf (hier: Kontrastmittel für radiologische Praxen) in Rheinland-Pfalz und im Saarland, insbesondere unter dem Aspekt der Garantiezusage der zwischen der Krankenkasse und der örtlich zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung geschlossenen Sprechstundenbedarfsvereinbarung bei möglicher Unwirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Verordnung.	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 15.10.2021 - L 4 KR 3009/18 -	21-04-98
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 -	21-04-100

Häusliche Krankenpflege: Fälligkeit einer Forderung nach beklagtem Schiedsspruch	B 3 KR 18/20 R Termin: 14.07.2022	Kann eine vergütungsrechtliche Forderung für Leistungen der häuslichen Krankenpflege aufgrund eines Schiedsspruchs nach § 132a Absatz 2 Satz 6 SGB V (in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung) geltend gemacht werden, solange der Schiedsspruch noch nicht fertiggestellt ist oder während eines sich daran anschließenden gerichtlichen (Ersetzungs- bzw Feststellungs-)Verfahrens?	LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 16.10.2020 - L 4 KR 438/20 -	21-01-156
Häusliche Krankenpflege: Schiedsspruch für Vergangenheit	B 3 KR 1/22 R Termin: 14.07.2022	Zur Festsetzung durch Schiedsspruch nur einer Vergütung für in der Vergangenheit geleistete häusliche Krankenpflege.	LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 18.08.2021 - L 5 KR 2097/20	21-04-103 NZZ
Häusliche Krankenpflege: Verhältnis von Schiedsverfahren und Leistungsklage	B 3 KR 2/22 R Termin: 14.07.2022	Zum Verhältnis von Schiedsverfahren und Leistungsklage bei Streit um Vergütung für in der Vergangenheit geleistete häusliche Krankenpflege	LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 18.08.2021 - L 5 KR 2044/19 KL -	21-04-104 NZZ

Integrierte Versorgung

Krankenkassen

GBA

Sonstiges