

Rechtsprechungsinformationsdienst 22-01

REDAKTION	5
EDITORISCHE HINWEISE	5
A. VERTRAGSARZTRECHT	6
I. Honorarverteilung	6
1. Regelleistungsvolumen (RLV)	6
a) Berechnung der RLV-Fallzahl: Nur Fälle mit RLV-relevanten Leistungen	6
b) RLV-Sonderregelung: Schlaflabor	7
2. Unzulässige Leistungsbegrenzung bei nur häftigem Versorgungsauftrag	7
3. MVZ und „Jungpraxis“/Unterkontingente/Verlustbegrenzung (KV Hamburg)	7
4. Anpassung des individuellen Leistungsbudgets (KV Hamburg)	7
5. Verlustbegrenzungsregelung im HVM der KV Hamburg (2016)	8
6. Psychotherapeuten	8
a) Rechtswidrige Quotierung innerhalb der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze (Quartal II/10)	8
b) Zeitgebundene neuropsychologische Leistungen und höhere Praxiskosten (Quartal II/13)	9
II. Sachlich-rechnerische Richtigstellung	9
1. Nr. 01510 EBM: Zusatzpauschalen für Beobachtung und Betreuung (Hilfskraft)	9
2. Prüfkompetenz der Krankenkasse	10
3. Honorarrückforderung: Anordnungsgrund und Honorarrückgang bei anhaltender Pandemie	10
4. Zahnärzte: Abrechenbarkeit der Abformmaterialien	11
III. Genehmigung/Disziplinarrecht/Notdienst	11
1. Katheterangiographien: Ersetzung der Facharztbezeichnung „Radiologie“ durch Kolloquium	11
2. Keine Teilnahme einer BAG an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung	11
3. Notdienst	12
a) Ausschluss vom ärztlichen Notdienst: Fehlende Mitwirkung zur gesundheitlichen Aufklärung	12
b) Gebührenerhebung auch bei von der Teilnahme befreiten Ärzten	12
c) Privatärzte (KV Hessen)	13
AA) Kostenbeteiligung: Berechnung der Beitragshöhe gleichheitswidrig	13
BB) Beitragszahlung von Privatärzten: Fehlender Anordnungsgrund	13
CC) Beitragszahlung von Privatärzten: Einstweilige Anordnung und „unbillige Härte“	13
DD) Kostenbeteiligung der Privatärzte am ärztlichen Bereitschaftsdienst/Einstweilige Anordnung	14
EE) Heranziehung von Privatärzten zu den Kosten des KV-Notdienstes: Rechtsweg	14
IV. Wirtschaftlichkeitsprüfung/Arzneikostenregress	15
1. Arzneikostenregress	15
a) Verdachtsdiagnose: Ausschöpfen möglicher Diagnostik erforderlich	15
b) Richtgrößenvereinbarung: Volle Anerkennung und Mehrbedarf/Prüfbericht	15
2. Unbrauchbarkeit von Impfstoff nach Havarie des Kühlschranks	15
3. Fehlerhafter Zahnersatz/Ablehnungsgesuch gegen ehrenamtlichen Richter	16
V. Zulassungsrecht	16
1. Zulassung	17
a) Praxisnachfolge	17
AA) Ablehnung eines Nachbesetzungsverfahrens: Fortführungsfähige Praxis	17
BB) Meldefristen/Namentliche Benennung des anzustellenden Arztes	17
CC) Fehlende Benennung eines anzustellenden Arztes	18
DD) Auswahlermessen: Gewähr für länger andauernde kontinuierliche Patientenversorgung	19
b) Übermittlung von E-Mails durch KV an Zulassungsausschuss/Fortsetzungsfeststellungsklage	20
2. Ermächtigung Psychiatrischer Institutsambulanzen	20
a) Ermächtigung zum Betrieb einer PIA ohne Ausweisung einer Außenstelle im Krankenhausplan	20
b) Außenstelle einer Psychiatrischen Institutsambulanz: Versorgungsbedarf	21
c) Ermittlung des Versorgungsbedarfs bei unzureichender Darstellung des Versorgungsangebotes	21
d) Geltung einer Ermächtigung für Tageskliniken: Bestimmtheit	21
e) Feststellung des Inhalts einer bereits erteilten Ermächtigung	22
3. Rechtsanwaltschaft: Anraten eines freiwilligen Zulassungsverzichts	23

VI. Angelegenheiten der KBV und des GKV-Spitzenverbands	24
1. Wahl zum Hauptausschuss einer KV: Vorschlagsrecht nur von Fraktionen	24
2. Bewertungsausschuss: Anpassung des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs	24
3. Kostentragung für Erweitertes Bundesschiedsamt (AOP-Vertrag 2006)	25
VII. Bundessozialgericht (BSG)	26
1. Honorarverteilung	26
a) RLV: BAG mit Nuklearmedizinern und Radiologen	26
b) BAG-Zuschlag nicht auf QZV für Radiologen/Quotierung/Reaktionspflicht	26
c) Abrechenbarkeit humangenetischer Leistungen für Internisten	27
d) Revisionszulassung: Keine grundsätzliche Bedeutung der Honorarverteilung	27
2. Sachlich-rechnerische Richtigstellung: Patienten aus anderem EU-Staat	27
3. Belegarzt: Entfernung zwischen Wohnung und Praxis	28
4. Formwirksamkeit eines vor Beschwerdeausschuss protokollierten Vergleichs	28
5. Zulassungsrecht	28
a) Bedarfsplanung für Pathologen	28
b) Sonderbedarfszulassung: Zumutbare Wege/Fallzahlen konkurrierender Praxen	28
6. Gesamtvergütung: Verjährungsbeginn erst nach Rechnungslegung	28
7. Festsetzung von Sicherstellungszuschlägen nach § 105 SGB V	29
8. Vertrag zur integrierten Versorgung: Erweiterung der ambulanten Operationen	29
B. KRANKENVERSICHERUNGSRECHT	30
I. Vertrags(zahn)ärztliche Behandlung	30
1. Ärztliche Behandlung nur durch Vertragsärzte	30
2. Psychotherapeutische Behandlungen bei Nichtvertragsarzt	30
3. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	30
a) PET/CT: Vorsorge und Abklärung von Metastasen	30
b) Entfernung von Aknenarben mittels fraktionierter Laserbehandlung	31
c) Behandlung der Kurzsichtigkeit durch orthokeratologische Kontaktlinsen	31
d) Gerät zur transkornealen Elektrostimulation	31
4. Keine regelmäßige MRT-Untersuchung der weiblichen Brust	32
5. Maßnahmen präimplantativer genetischer Diagnostik (Präimplantationsdiagnostik - PID)	32
6. Weitere Kostenerstattung für Inseminationszyklen nach Satzungsregelung	32
7. Einstweilige Anordnung und Anordnungsgrund: Einsatz eines Sparvermögens (Hyperthermie)	33
8. Kein Eilrechtsschutz für Behandlung durch Facharzt für Umweltmedizin	33
9. Bimaxilläre Umstellungsosteotomie aus Anlass eines Schlafapnoe-Syndroms	33
II. Stationäre Behandlung	34
1. Kein Behandlungsanspruch in Privatklinik	34
2. Immunbiologische Heilbehandlung mit Heilfiebertherapie nach Mammakarzinom ohne Rezidiv	34
3. Brustvergrößernde Operation: Kein Verstoß gegen allgemeinen Gleichheitssatz	34
4. Straffungsoperationen nach operativer Magenverkleinerung	35
5. Adipositaschirurgische Operation: Absehen von konservativer Therapie	35
III. Kostenerstattung	35
1. Genehmigungsfiktion	35
a) Keine Genehmigungsfiktion bei prophylaktischem Antrag	35
b) Zuschuss auf Zahnersatz	36
2. Vorherige Befassung der Krankenkasse	36
3. Vorfestlegung auf Behandlung in Privatklinik	37
4. Klageänderung nach Selbstbeschaffung der Leistung	37
5. Außervertragliche Psychotherapie: Zumutbare Wegstrecke bei Erkrankung an Morbus Crohn	37
6. Stationäre Krankenbehandlung im europ. Ausland: Private Auslandsreisekrankenversicherung	38
7. Zahnimplantatversorgung im Kosovo	38
IV. Arzneimittel	38
1. Cannabis	38
a) Einschätzungsprärogative des behandelnden Arztes	38
b) Möglichkeit einer Standardtherapie/Voraussetzungen der Einschätzungsprärogative	39
c) Ergänzung der Einschätzungen des verordnenden Arztes	39
d) ADHS mit Persistenz im Erwachsenenalter	40
2. Festbetrag (Augentropfen Xalacom®): Voraussetzungen für eigenanteilsfreie Versorgung	40
3. Lynparza (Olaparib) bei metastasiertem Leiomyosarkom	41
V. Hilfsmittel/Heilmittel	41

1. Geh- und Stehtrainer Innowalk®	41
2. Liege-Dreirad mit Elektromotor und Zubehör	42
3. Therapie-Tandem für Kind	42
4. Echthaarperücke	42
a) Fehlender Versorgungsvertrag mit Leistungserbringern	42
b) Abgabe zum Vertragspreis	43
c) Zuzahlungsverlangen unzulässig	43
5. Atemschutzmaske	43
VI. Rehabilitation/Häusliche Krankenpflege/Fahrkosten	44
1. Rehabilitation	44
a) Keine Ausschöpfung der ambulanten Krankenbehandlung	44
b) Aufforderung zum Reha-Antrag	44
AA) Anforderungen an Gutachten/Keine Nachholung der Ermessensausübung	44
BB) Nachholung der Ermessensausübung im Widerspruchsbescheid	44
2. Häusliche Krankenpflege	45
a) Kein Erstattungsanspruch bei Zahlung eines anderen Trägers	45
b) Leistungserbringung durch haushaltsangehörige Tochter	45
3. Fahrkosten	45
a) Außergewöhnliche Gehbehinderung/Vergleichbare Beeinträchtigung der Mobilität	45
b) Stufenweise Wiedereingliederung: Keine Fahrkosten	46
VII. Beziehungen zu Krankenhäusern	46
1. Vergütungsanspruch/Fälligkeit	46
a) Unmöglichkeit der Behandlung im eigenen Haus erst nach stationärer Aufnahme	46
b) Notwendigkeit einer stationären Behandlung	46
AA) Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie	46
BB) Vorrangigkeit einer ambulanten multimodalen Schmerztherapie	47
CC) Teilstationäre multimodale Schmerztherapie	47
c) Notfallbehandlung	47
AA) Behandlung in Notfallambulanz/Landesvertrag	47
BB) Tod im Schockraum	48
d) Stationäre Leistungserbringung und fehlende Abrechenbarkeit über den EBM	48
e) Alternativverhalten: Beurlaubung statt zwischenzeitliche Entlassung	49
f) Versorgungsauftrag bei Personen mit Mann-zu-Frau-Transidentität	49
g) Übermittlung falscher Daten an Vergabestelle für Organtransplantationen	49
2. Prüfquoten	49
a) Begrenzte Prüfungen von Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlungen	49
b) Geltung der Prüfquote des § 275 c II 1 SGB V	50
3. Abrechnungsprüfung nach unterbliebener MDK-Prüfung	50
4. Prüfvereinbarung	50
a) Keine Präklusion mit Vorlage ergänzender Unterlagen	50
b) Schriftliches Prüfungsverfahren des MDK und Prüfung vor Ort	50
c) Ausschlussfrist (§ 8 S. 3 PrüfV 2014)/Radiofrequenzstimulation	51
5. Fallpauschalen	51
a) Hauptdiagnose	51
AA) Kodierung der Hauptdiagnose: Angabe des einweisenden Arztes	51
BB) Bestimmung der Hauptdiagnose: Veranlassung für Krankenhausaufenthalt	51
CC) Diabetes mellitus als Hauptdiagnose	51
DD) Respiratorische Insuffizienz als Symptom einer intrazerebralen Blutung	52
b) Mehrfachkodierung für ein und dieselbe Erkrankung	52
c) Fallzusammenführung	52
AA) Keine Fallzusammenführung im Fall einer möglichen Beurlaubung	52
BB) Kein fiktives Alternativverhalten bei der Prüfung der Fallzusammenführung	53
d) Pflegebedürftigkeit und erhöhter Pflegeaufwand	53
e) Ende der Entwöhnung von der Maskenbeatmung	53
f) Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Wöchentliche Teambesprechungen	54
g) Begriffe „angeboren“ und „Perinatalperiode“	54
h) Intensitätsmodulierte Radiotherapie	54
i) Verwendung eines Mikrodrahtretriever-Systems	54
j) Keine Heranziehung eines in Einzelfallprüfungen erstellten „Strukturgutachtens“	55
6. Aufwandspauschale/Nichtzulassungsbeschwerde: Grundsätzl. Bedeutung und fehlerhafte Abrechnung	55
VIII. Beziehungen zu Leistungserbringern und Arzneimittelherstellern	55
1. Apotheken: Import von Zytostatika-Konzentraten	55
2. Arzneimittelhersteller	56
a) AMNOG-Verfahren: Vergleichstherapie/Methodenbewertung/Solistenstatus	56
b) Hinweise einer Krankenkasse	56

AA) Berücksichtigung einer arzneimittelrechtlichen Zulassung	56
BB) Hinweise zu Therapieallergenen	57
3. Heilmittelerbringer: Keine erstinstanzl. LSG-Zuständigkeit für Schiedsstelle nach § 125 VI SGB V	57
4. Haftpflichtkosten-Sicherzustellungszuschlag für Beleghebamme	58
IX. Krankenkassen	58
1. Keine Vermittlung eines Vertragszahnarztes durch Krankenkasse	58
2. Feststellung des Ruhens des Leistungsanspruchs: Angaben zum Beitragsrückstand	58
X. Verfahrensrecht	59
1. Örtliche Zuständigkeit: Krankenhausträger mit Zweigniederlassung	59
2. Verfahrensfortsetzung durch Rechtsnachfolger	59
3. Untätigkeitsklage: Kostenteilung bei ungefährender Terminangabe	59
4. Ordnungsgeld gegen Sachverständigen: Spätere Vorlage des Gutachtens unbeachtlich	59
XI. Bundessozialgericht (BSG)	61
1. Genehmigungsfiktion: Neue Rspr. begründet keine erneute Klärungsbedürftigkeit	61
2. Häusliche Krankenpflege in ambulanter Wohngruppe	61
3. Krankenhausvergütung: Anforderung von Unterlagen und Präklusionsregelung	61
C. ENTSCHEIDUNGEN ANDERER GERICHTE	62
I. Ärztliches Berufsrecht	62
1. Widerruf/Ruhen/Wiedererteilung der Approbation/Berufserlaubnis	62
a) Anordnung der sofortigen Vollziehung einer Approbationsentziehung	62
b) Ruhen der Approbation	62
AA) Nichtzulassungsbeschwerde: Stabilisierung eines Abhängigkeitssyndroms	62
BB) Zweifel an der gesundheitlichen Eignung	63
c) Berufserlaubnis	63
AA) Vorübergehende Ausübung: Georgische Approbation	63
BB) Zurücknahme einer Berufserlaubnis: Arzt in Weißrussland	63
CC) Rücknahme einer Erlaubnis zur vorübergehenden Berufsausübung (Kasachstan Humanmedizin)	64
2. Strafrecht: Sexueller Missbrauch durch Orthopäden	64
3. Freistellung vom ärztlichen Bereitschaftsdienst	65
4. Psychologische Psychotherapeutin: Masterabschluss als Voraussetzung	65
5. Keine abhängige Beschäftigung eines Notarztes im kommunalen Rettungsdienst bei KV	66
II. Arzthaftung	66
1. BGH/Hypothetische Einwilligung nach fehlerhafter Eingriffsaufklärung: Beweislast	66
2. Behandlungsfehler	66
a) Geburt	66
AA) Geburtsplanung- und Durchführung: Neonatologischer Facharztstandard	66
BB) Gynäkologe: Pathologisches CTG/Schmerzensgeld	67
CC) Kindsmutter nach Geburt ohne Alarmmöglichkeit	67
DD) Geburtshilfe durch Hebamme: Hinzuziehen eines Arztes	67
b) Unvollständige Röntgendiagnostik	67
c) Seltene Behandlungssituation: Fachl. Standard (Dissektion einer Koronararterie)	68
d) Äußerung von Suizidgedanken während stationärer Behandlung/Suizid nach Entlassung	68
e) Schmerzensgeld: Nicht vorhersehbare Spätschäden	68
3. Aufklärung	69
a) Unterzeichnung des Aufklärungsformulars unmittelbar nach Ende des Aufklärungsgesprächs	69
b) Beweisaufnahme und Fehlen einer Dokumentation	69
c) Pflicht zur therapeutischen Sicherungsaufklärung (Entfernung der Gebärmutter)	69
d) Möglichkeit eines Revisionseingriffs (Nachresektion nach Prostatektomie)	69
e) Ersatz eines Hüftgelenks	70
4. Haftungsprivileg des Durchgangsarztes/Beweisaufnahme in Berufungsinstanz	70
5. Verwertung eines Schlichtungsgutachtens	70
6. Verarbeitung personenbezogener Daten	70
ANHANG I: BSG - ANHÄNGIGE REVISIONEN VERTRAGSARZTRECHT	71
ANHANG II: BSG - ANHÄNGIGE REVISIONEN KRANKENVERSICHERUNG	74

Redaktion

Die Verantwortung für den Inhalt liegt ausschließlich bei der Redaktion.

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

e-mail: pawlita@web.de;

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

Telefax: 0641/250 2801.

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

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

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

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

Editorische Hinweise

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

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

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

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

Die Datenbanken www.juris.de und www.sozialgerichtsbarkeit.de werden hinsichtlich der Abteilungen Vertragsarztrecht und Krankenversicherung (Leistungsrecht) ausgewertet. Diese Ausgabe berücksichtigt die bis zum 06.02.2022 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 Vollaustattung 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 der 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 Vertrauenstatbestandes** 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. Regelleistungsvolumen (RLV)

a) Berechnung der RLV-Fallzahl: Nur Fälle mit RLV-relevanten Leistungen

LSG Schleswig-Holstein, Urteil v. 28.09.2021 - L 4 KA 66/18

RID 22-01-1

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 87b

Ob dem in der Anlage I zu den Honorarbescheiden der Vorjahresquartale I und II/12 enthaltenen „Nachweis der RLV-relevanten Fallzahl“ nur ein für den betroffenen Vertragsarzt rein **informativer Charakter** (ohne Regelungswirkung i.S.v. § 31 SGB X) zukommt, kann letztlich **dahingestellt** bleiben.

Für die **Berechnung der RLV-Fallzahl** sind Behandlungsfälle von **Sonderkostenträger-Patienten** und Behandlungsfälle, bei denen im Bezugsquartal **keine einzige RLV-relevante Leistung** (sondern nur eine außerhalb der RLV/QZV-Systematik erbrachte Leistung in Form einer kardiorespiratorischen Polysomnographie) abgerechnet worden ist, abzuziehen. Maßgeblich ist die **konkrete Abrechnung**. Es kommt nicht darauf an, ob im Bezugsquartal nur versehentlich weitere Begleitleistungen nicht abgerechnet worden sind.

Streitig ist Höhe der Fallzahlen zur Berechnung des RLV in den Quartalen I und II/13. Die Kl. nimmt als Fachärztin für Innere Medizin und Pneumologie an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Seit 2008 betreibt sie ein ambulantes Schlaflabor. **SG Kiel**, Urt. v. 07.03.2018 - S 16 KA 420/14 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

b) RLV-Sonderregelung: Schlaflabor

LSG Hessen, Urteil v. 24.11.2021 - L 4 KA 36/19
SGB V § 87b

RID 22-01-2

Für eine **Sonderregelung** zum Regelleistungsvolumen bilden die **Leistungen nach Nr. 30900 und 30901 EBM** keinen einheitlichen Leistungsbereich.

SG Marburg, Gerichtsbb. v. 15.03.2019 - S 12 KA 776/16 - RID 19-02-3 wies die Klage der Fachärztin für Physikalische und Rehabilitative Medizin für das Quartal I/14 ab, das **LSG** die Berufung zurück.

2. Unzulässige Leistungsbegrenzung bei nur hälftigem Versorgungsauftrag

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 29.09.2021 - L 3 KA 60/18

RID 22-01-3

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 87b II; GG Art. 3 I

Leitsatz: Eine HVM-Regelung, die nur in **Teilzeit tätige**, nicht aber vollzeittätige **Ärzte** einer **Honorarbegrenzung** auf den Umfang ihres Versorgungsauftrags bzw. Genehmigungsumfangs unterwirft, ist mit höherrangigem Recht nicht vereinbar (Anschluss an BSG, Urt. v. 15.07.2020 - B 6 KA 12/19 R - BSGE 130, 290 = SozR 4-2500 § 87b Nr. 26; Aufgabe der Senatsrechtsprechung, z.B. LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 26.10.2016 - L 3 KA 1/14 - RID 17-01-16).

SG Hannover, Urt. v. 10.10.2018 - S 20 KA 122/15 - verpflichtete die Bekl., die Leistungen der Kl. ohne Reduzierung des abrechenbaren Leistungsvolumens nach Teil B § 9 HVM zu vergüten, und wies im Übrigen die Klage ab. Das **LSG** verpflichtete die Bekl auf die Berufung der Bekl., über den Honoraranspruch der Kl. unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats neu zu entscheiden, und wies im Übrigen die Berufung zurück.

3. MVZ und „Jungpraxis“/Unterkontingente/Verlustbegrenzung (KV Hamburg)

LSG Hamburg, Urteil v. 10.11.2021 - L 5 KA 4/20

RID 22-01-4

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 7/22 B
www.juris.de
SGB V § 87b

Knüpft die Berechnung eines individuellen Leistungsbudgets (ILB) an den einzelnen Arzt bzw. an die vom einzelnen Arzt erbrachten Leistungen an und ergibt sich das dem **MVZ** zuzuweisende ILB aus der Addition der ILB für die einzelnen dort tätigen Ärzte, dann ist weitere Voraussetzung für die Anwendung der Sonderregelungen zur „**Jungpraxis**“, dass auch der **einzelne Arzt** noch einen Aufbaustatus beanspruchen kann (vgl. BSG, Urt. v. 24.01.2018 - B 6 KA 23/16 R - SozR 4-2500 § 87b Nr. 16).

Die Bildung von **Unterkontingenten** für CT-gesteuerte Interventionen ab dem Quartal I/15 und für die Leistungen des Kapitels 34.4 EBM (Magnet-Resonanz-Tomographie) ab dem Quartal IV/15 verletzt kein höherrangiges Recht.

Die **Verlustbegrenzung** des § 16 II und III HVM KV Hamburg ist jedenfalls im hier vorliegenden Regelfall noch rechtmäßig.

Die Beteiligten streiten um ein höheres Honorar für die jeweiligen Quartale I bis IV der Jahre 2015 bis 2017. *SG Hamburg*, Urt. v. 22.01.2020 - S 27 KA 216/16, S 27 KA 178/18 u. S 27 KA 227/18 - wies die Klagen ab, das **LSG** die Berufung zurück.

4. Anpassung des individuellen Leistungsbudgets (KV Hamburg)

LSG Hamburg, Urteil v. 10.11.2021 - L 5 KA 9/18

RID 22-01-5

www.juris.de
SGB V § 87b

Der bloße Umstand einer **Fallzahlensteigerung** vermag per se keine Anpassung des individuellen Leistungsbudgets (ILB) aus Sicherstellungsgründen zu rechtfertigen; er führt (lediglich) zu einer Erhöhung des ILB im entsprechenden Quartal des Folgejahres. Das **Erfordernis gravierender Veränderungen in der Versorgungsstruktur** an eine Versorgungsübernahme mit einer **Fallzahlensteigerung mit mehr als 10 %** zu knüpfen, ist nicht zu beanstanden. Dabei kommt es auch

nicht darauf an, ob die Patienten praxisintern oder von außerhalb übernommen werden. Denn es soll nicht auf jede gewöhnliche Schwankung reagiert werden müssen, die dem Vergütungssystem nach ILB systemimmanent ist, sondern erst wenn eine außergewöhnliche Abweichung eingetreten ist. Liegt schon keine außergewöhnliche Versorgungsübernahme vor, ist auch der Grund für die Abweichung nicht mehr zu prüfen.

Die Kl., eine BAG zweier Vertragsärzte mit zwei angestellten Ärztinnen, von denen eine ihre Tätigkeit Ende Februar 2014 beendete, begehrte erfolglos eine Anpassung des individuellen Leistungsbudgets für das Quartal II/14. *SG Hamburg*, Urt. v. 24.04.2018 wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

5. Verlustbegrenzungsregelung im HVM der KV Hamburg (2016)

LSG Hamburg, Urteil v. 10.11.2021 - L 5 KA 25/19

RID 22-01-6

www.juris.de
SGB V § 87b

Der Vortrag, **psychiatrisch ausgerichtete Ärzte** könnten den Arztgruppendurchschnitt nach unten verfälschen, weil sie neben den budgetierten Leistungen auch außerbudgetierte Leistungen abrechnen könnten, begründet keine Notwendigkeit, weitere **Honoraruntergruppen** nach psychiatrisch und neurologisch ausgerichteten Praxen zu schaffen.

Auch wenn die **Verlustbegrenzungsregelung** im HVM der KV Hamburg (2016) arztbezogen anzuwenden ist, ist bei der Frage der Auswirkung der Verlustbegrenzung auf die gesamte Praxis abzustellen, da auch dieser der Honoraranspruch zusteht. Die Regelung findet ihre Rechtsgrundlage in § 87b IV SGB V. Es ist noch mit dem Grundsatz der Honorargerechtigkeit vereinbar, dass die zur **Stützung** erforderlichen Beträge für die Verlustbegrenzung nicht aus der Gesamtvergütung, sondern allein aus dem **Kontingent der jeweiligen Arztgruppe** aufgebracht werden können. Dieser Grundsatz ist verletzt, wenn vom Prinzip der gleichmäßigen Vergütung abgewichen wird, obwohl zwischen den betroffenen Ärzten bzw. Arztgruppen keine Unterschiede von solcher Art und solchem Gewicht bestehen, die eine unterschiedliche Behandlung rechtfertigen.

SG Hamburg, Urt. v. 24.07.2019 - S 27 KA 12/18 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

6. Psychotherapeuten

a) Rechtswidrige Quotierung innerhalb der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze (Quartal II/10)

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 17.11.2021 - L 7 KA 27/16

RID 22-01-7

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 1/22 B
www.juris.de
SGB V a.F. § 87b

Leitsatz: Den Vorgaben des Bewertungsausschusses im Beschluss vom 22. September 2009 ist für das Quartal II/10 keine Ermächtigung zu entnehmen, die psychotherapeutischen Leistungen innerhalb der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze mit einem geringeren **Punktwert** als den Preisen der Euro-Gebührenordnung zu vergüten; das betrifft gleichermaßen antrags- wie nicht antragspflichtige Leistungen. Die gegenläufige honorarvertragliche Regelung ist wegen Verstoßes gegen höherrangiges Recht nichtig.

SG Berlin, Urt. v. 10.02.2016 - S 83 KA 113/13 - verurteilte die Bkl., die nicht antragspflichtigen Leistungen des Kl. im Quartal II/10 unquotiert zu vergüten und die Vergütung der antragspflichtigen Leistungen für das genannte Quartal unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden. Im Berufungsverfahren stritten in der Sache die Beteiligten weiter über die Frage, ob der Kl., ein psychologischer Psychotherapeut, für die nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen in dem streitigen Quartal einen Anspruch auf eine höhere Vergütung als 2,56 Cent pro Punkt, nämlich eine unquotierte Vergütung (zum OPW-Wert von 3,5048 Cent) hat oder ob die auf dem Honorarvertrag (2010) beruhende quotierte Vergütung rechtmäßig erfolgte. Das *LSG* wies die Berufung zurück. Es ließ die Revision nicht zu, weil die Auslegung im Fall des Kl. ausgelaufenes Recht betrifft. Allein aus der Tatsache, dass hinsichtlich der Streitfrage eine Vielzahl von Quartalen betroffen ist und eine Vielzahl psychotherapeutischer Leistungserbringer Widerspruch und Klage eingelegt hat, die teilweise zum Ruhen gebracht wurden, ergibt sich keine grundsätzliche Bedeutung.

Das Parallelverfahren L 7 KA 48/17 betrifft das Quartal IV/10.

Das Parallelverfahren L 7 KA 2/18 betrifft das Quartal I/11 u. den Beschluss des Bewertungsausschusses v. 01.07. 2010.

Parallelverfahren:

- LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 17.11.2021 - L 7 KA 2/18** RID 22-01-8
Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 6/22 B
www.juris.de
- LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 17.11.2021 - L 7 KA 48/17** RID 22-01-9
Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 4/22 B
www.juris.de
- LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 17.11.2021 - L 7 KA 28/16** RID 22-01-10
Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 5/22 B
www.juris.de

b) Zeitgebundene neuropsychologische Leistungen und höhere Praxiskosten (Quartal II/13)

- LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 30.06.2021 - L 11 KA 69/18** RID 22-01-11
Revision anhängig: B 6 KA 1/22 R
www.juris.de
SGB V §§ 85b, 87 II 3 u. IIc 6

Die Festsetzung der Vergütung für **neuropsychologische Leistungen** nach Nr. 30931 und 30932 EBM im Quartal II/13 verstößt nicht gegen höherrangiges Recht. Der Bewertungsausschuss war nicht von vornherein gehalten, seiner Bewertung **höhere Praxiskosten** zugrunde zu legen und die Bewertung um einen entsprechenden Zuschlag „aufzustocken“.

Die Beteiligten streiten um die Höhe der Vergütung der zeitgebundenen neuropsychologischen Leistungen nach Nr. 30931 u. 30932 EBM im Quartal II/13. *SG Düsseldorf*, Urt. v. 20.06.2018 - S 33 KA 96/14 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

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. Nr. 01510 EBM: Zusatzpauschalen für Beobachtung und Betreuung (Hilfskraft)

- LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 23.11.2021 - L 5 KA 897/18** RID 22-01-12
www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V a.F. § 106a

Für die Abrechnung der **Nr. 01510 EBM „Zusatzpauschalen für Beobachtung und Betreuung“** ist nicht nur die Zeit von Belang, in der eine **Infusion** verabreicht wird. Betreuung und Beobachtung verlangen auch nicht, dass sich der **Arzt** in ausreichendem Maße am Anfang, zwischenzeitlich und am Schluss selbst von dem Zustand des Patienten überzeugt; vielmehr kann in den übrigen Zeiten eine Betreuung und Beobachtung durch eine entsprechend qualifizierte Hilfskraft sichergestellt werden, wenn sich der Arzt selbst während der Zeit in unmittelbarer Rufnähe befindet. Es ist ausreichend, dass Patienten eine parenterale intravasale Behandlung mit Zytostatika und/oder monoklonalen Antikörpern erhalten und in diesem Zusammenhang mehr als zwei Stunden beobachtet und betreut werden (vgl. LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 28.04.2021 - L 5 KA 1986/18 - RID 21-03-18, juris Rn. 41). Hieraus folgt, dass es sich bei der GOP 01510 EBM nicht um eine Infusionsziffer, sondern vielmehr um eine Betreuungsziffer handelt.

Die Bekl. berichtigte bei der Kl., einer aus zwei Ärzten bestehenden rheumatologischen Schwerpunktpraxis, in den Quartalen I bis IV/11 die GOP 01510 EBM und forderte insgesamt 6.329,79 € zurück. *SG Stuttgart*, Urt. v. 24.11.2017 - S 10 KA 2497/16 - hob den angefochtenen Bescheid auf, das *LSG* wies die Berufung zurück.

2. Prüfkompetenz der Krankenkasse

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 23.11.2021 - L 5 KA 2036/19

RID 22-01-13

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V a.F. § 106a III

Für den Fall, dass eine **Krankenkasse** von der ihr durch § 106a III 1 Nr. 3 SGB V a.F. zugewiesenen Kompetenz Gebrauch macht, muss die **KV** die sich hieraus ergebenden Beschränkungen ihrer **Prüfkompetenz** beachten (LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 26.10.2016 - L 5 KA 4078/13 - nicht veröffentl.). Die KV ist an das mitgeteilte Ergebnis der von der Krankenkasse durchgeführten Prüfung gebunden und hat dieses nur noch im Verhältnis zu den betroffenen Vertragsärzten durch Bescheid umzusetzen; ein Recht, das Prüfungsergebnis der Krankenkassen inhaltlich zu überprüfen, steht ihr - anders als bei Prüfungen nach § 106a IV SGB V a.F. - hingegen nicht zu. Die KV ist bei sachlich-rechnerischen Richtigstellungen nach § 106a III Nr. 1 SGB V a.F. auf die Prüfung beschränkt, ob der Umsetzung des Prüfungsergebnisses der Krankenkasse gegenüber dem Vertragsarzt Begrenzungen der Richtigstellungsbefugnis entgegenstehen, wie etwa eine Versäumung der Ausschlussfrist oder (andere) Vertrauensschutzgesichtspunkte. Ein materiell-rechtliches - inhaltliches - „Letztentscheidungsrecht“ hinsichtlich der Abrechnungsprüfung steht der KV im Rahmen des § 106a Abs. 3 SGB V a.F. mithin nicht zu (BSG, Urt. v. 23.03.2016 - B 6 KA 8/15 R - SozR 4-2500 § 106a Nr. 15, vgl. hierzu auch BSG, Urt. v. 26.05.2021 - B 6 KA 10/20 R - SozR 4-2500 § 106a Nr. 28).

Alleine der Zeitablauf der **Ausschlussfrist**, weshalb keine Honorarberichtigungen mehr gegenüber den Vertragsärzten umgesetzt werden können, führt nicht zum Ausschluss der Bescheidungsspflicht des Korrekturbegehrens, wenn es der KV zeitlich möglich war, innerhalb der vierjährigen Ausschlussfrist die Honorarberichtigungen gegenüber den Vertragsärzten umzusetzen.

SG Stuttgart, Urt. v. 14.05.2019 - S 24 KA 143/17 - änderte die angefochtenen Bescheide ab und verpflichtete die Bekl., in den Quartalen III/10 bis IV/12 über das Korrekturbegehren der Kl. auf sachlich-rechnerische Richtigstellung unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts erneut zu entscheiden. Das *LSG* wies die Berufung der Bekl. zurück.

3. Honorarrückforderung: Anordnungsgrund und Honorarrückgang bei anhaltender Pandemie

SG München, Beschluss v. 14.12.2021 - S 38 KA 298/21 ER

RID 22-01-14

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 106d; SGG § 86b I 1 Nr. 2

Leitsatz: I. Bestehen bei einem Antrag auf **Anordnung der aufschiebenden Wirkung** nach § 86b Abs. 1 Ziff. 2 SGG nur äußerst geringe **Erfolgsaussichten** für die zeitgleich eingelegte Klage, sind hohe Anforderungen an den **Anordnungsgrund** zu stellen.

II. Einem solchen Antrag ist nur dann stattzugeben, wenn die Vollziehung eine **unbillige Härte** für den Antragsteller entsprechend dem Rechtsgedanken aus § 86a Abs. 3 S. 2 SGG bedeuten würde. Eine Berufung auf eine **pandemiebedingte niedrige Auslastung einer Praxis** und damit einhergehenden **Honorarrückgang** kann zwar zu Beginn der Pandemie Berücksichtigung finden, jedoch nicht nach einem längeren Zeitraum. Hier ist davon auszugehen, dass sich der Arzt durch entsprechende organisatorische Maßnahmen auf die Situation einstellen konnte.

SG München, Beschl. v. 05.06.2020 - S 38 KA 125/20 ER - RID 20-03-8 hatte zunächst die aufschiebende Wirkung des Widerspruchs gegen eine Honorarrückforderung aufgrund einer Plausibilitätsprüfung für die Quartale IV/15 bis IV/18 in Höhe von 221.446,18 € angeordnet. Das SG sah deshalb eine Beschwer nunmehr nur noch für die Quartale I/19 bis II/20 und der Honorarrückforderung in Höhe von 79.648,94 € als gegeben an. Das *SG* wies den Antrag auf Anordnung der aufschiebenden Wirkung gem. § 86b I 1 Nr. 2 SGG ab.

4. Zahnärzte: Abrechenbarkeit der Abformmaterialien

SG München, Urteil v. 10.11.2021 - S 38 KA 5097/20, S 38 KA 5107/21, S 38 KA 5080/21

RID 22-01-15

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 106d

Leitsatz: 1. Es liegt grundsätzlich in der Zuständigkeit des **Bewertungsausschusses**, die BEMA-Nummer 7 (**Abformung**) abzuändern, indem konkret auch Materialkosten in den Leistungsinhalt mit aufgenommen und auch die Punktzahlen - falls es für erforderlich gehalten würde - nach oben angepasst werden (vgl. BSG, Urt. v. 28.06.2017 - B 6 KA 12/16 R - SozR 4-2500 § 75 Nr. 19; BSG, Urt. v. 03.08.2016 - B 6 KA 42/15 R - SozR 4-2500 § 87 Nr. 33).

2. Regelungen des EBM-Ä bzw. des BEMA-Z sind gegenüber den **regionalen Gesamtverträgen** vorrangig. Der untergesetzliche Normgeber darf keine Regelungen treffen, die einem anderen Normgeber gesetzlich zugewiesen sind. Gesamtvertragliche Regelungen, die gegen die Vorgaben des EBM-Ä bzw. des BEMA-Z verstoßen, sind als nichtig anzusehen.

3. Die **Öffnungsklausel** in Ziff. 4.3.2 S. 6 der Anlage 1 zum **BMV-Z** erlaubt, dass abweichende bzw. ergänzende gesamtvertragliche Regelungen zum Pauschalbetrag der Abformung, zur Höhe der Versandkosten sowie zu den Praxismaterialien zulässig sind. Damit wird die den Partnern der Gesamtverträge zustehende Gestaltungsfreiheit nicht beschränkt. Darunter fallen auch Abänderungen, die im Ergebnis darauf hinauslaufen, dass die Änderung des **BMV-Z**, Aufnahme eines Pauschalbetrages für die Abformung in Höhe von 2,80 €, nicht zum Tragen kommt.

4. Es besteht weder eine Pflicht der Partner der Gesamtverträge, bei Änderungen des **BMV-Z** den Gesamtvertrag anzupassen, noch eine Akzessorietät zwischen dem Bundesmantelvertrag einerseits und den Gesamtverträgen andererseits. Wird durch bestehende **Gesamtverträge** gegen Bestimmungen des **Bundesmantelvertrages** nach erfolgter **Änderung** verstoßen, sind jedoch insoweit die Bestimmungen der Gesamtverträge unwirksam. Regelungen in bestehenden Gesamtverträgen gelten weiter, soweit sie mit dem geänderten **BMV-Z** zu vereinbaren sind.

Gegenstand des Verfahrens sind nach Verbindung die sachlich-rechnerischen Richtigstellungen in den drei Quartalen I bis III/20 (1.141,56 €). Das **SG** wies die Klage ab.

III. Genehmigung/Disziplinarrecht/Notdienst

1. Katheterangiographien: Ersetzung der Facharztbezeichnung „Radiologie“ durch Kolloquium

SG München, Urteil v. 25.10.2021 - S 28 KA 84/19

RID 22-01-16

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 135 II 4; Radiologie-Vb § 9 V

Leitsatz: Die gemäß § 3 Abs. 1 Nr. 1 sowie § 3 Abs. 2 Nr. 1 **Radiologie-Vereinbarung** erforderliche **Facharztbezeichnung** Radiologie kann im Fall einer Fachärztin für Innere Medizin und Angiologie durch ein Kolloquium ersetzt werden.

Das **SG** verpflichtete die Bekl., die Kl. zu einem Kolloquium gemäß § 2 i.V.m. § 9 V Qualitätssicherungsvereinbarung zur interventionellen Radiologie zur Prüfung ihrer Befähigung zur Durchführung von diagnostischen Katheterangiographien und therapeutischen Eingriffen zuzulassen und ihr nach erfolgreicher Teilnahme an dem Kolloquium die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der diagnostischen Katheterangiographien (Nr. 34283, 34284, 34285 und 34287 EBM) sowie von diagnostischen Katheterangiographien und therapeutischen Eingriffen (Nr. 34283, 34284, 34285, 34286 und 34287 EBM) zu erteilen, und wies im Übrigen (Verpflichtung zur Erteilung der Genehmigung) die Klage ab.

2. Keine Teilnahme einer BAG an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung

SG München, Urteil v. 05.10.2021 - S 28 KR 499/21

RID 22-01-17

www.juris.de
§§ 95 I, 116b

Leitsatz: Die Regelung des § 2 Abs. 2 Satz 5 ASV-RL ist dahingehend auszulegen, dass es allein bei gem. § 116b Abs. 2 Satz 1 **SGB V** berechtigten **institutionellen Leistungserbringern** (also MVZ,

ermächtigten Einrichtungen und Krankenhäusern) möglich ist, statt der namentlichen Benennung der (bei diesen institutionellen Leistungserbringern angestellten) hinzuzuziehenden Fachärztinnen und Fachärzten eine institutionelle Benennung vorzunehmen.

Die Beteiligten streiten über die Teilnahme der Kl., einer BAG, bestehend aus mehreren Radiologen sowie dem Facharzt für Nuklearmedizin S, an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung im Rahmen eines interdisziplinären Teams zur Diagnostik und Behandlung von Patienten mit rheumatologischen Erkrankungen (Erwachsene). Der Bekl. (Landesausschuss) stellte fest, dass das interdisziplinäre ASV-Team Rheuma Erwachsene Rheumatologie W ab 11.03.2020 nachgewiesen habe, dass es die Voraussetzungen für die Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung erfülle. Er teilte S mit, dass er ab diesem Zeitpunkt berechtigt sei, im Rahmen dieses ASV-Teams als hinzuzuziehender Facharzt für Nuklearmedizin Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung zur Diagnostik und Behandlung von Patienten mit rheumatologischen Erkrankungen zu erbringen. Die Kl. beantragte daraufhin bei dem Bekl. die institutionelle Benennung der Kl. für das ASV-Team W. S werde ihr verantwortlicher Arzt sein. Der Antrag blieb erfolglos, weil die BAG als solche nicht ein an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmender Leistungserbringer sei. Das SG wies die Klage ab.

Hinweis der Redaktion: Nach dem Zusammenfassenden Standpunkt des 1., 3. und 6. Senats des Bundessozialgerichts zu § 10 Abs. 2 SGG sind Streitigkeiten im Zusammenhang mit der Mitwirkung, Abrechnungskontrolle und Vergütung von „an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern“ im Rahmen der „ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung“ sowie über die Bereinigung der Gesamtvergütungen nach § 116b VI 13 SGB V in der ab dem 01.01.2012 geltenden Fassung dem Vertragsarztrecht zuzuordnen (B.II.2.a <4>), während Streitigkeiten im Zusammenhang mit der Teilnahme von Krankenhäusern an der ambulanten Versorgung nach § 116b II SGB V dem Krankenversicherungsrecht zuzuordnen sind (B.II.2.b <4>).

3. Notdienst

a) Ausschluss vom ärztlichen Notdienst: Fehlende Mitwirkung zur gesundheitlichen Aufklärung

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 30.06.2021 - L 11 KA 54/19

RID 22-01-18

www.juris.de

SGB V § 75 I

Aus dem Umstand, dass vom ärztlichen Notfalldienst wegen **Ungeeignetheit** ausgeschlossen werden kann, wer nicht mehr die Gewähr für eine ordnungsgemäße und qualifizierte Durchführung des Notfalldienstes bietet, folgt unmittelbar, dass der Ausschluss bereits dann gerechtfertigt sein kann, wenn **ernsthafte Zweifel an der Eignung** bestehen.

Bei Zweifeln an der Eignung ist eine KV berechtigt und verpflichtet, den Sachverhalt in gesundheitlicher Hinsicht von Amts wegen weiter aufzuklären; scheidet dies an der **Weigerung des Arztes**, so ist sie berechtigt, den Ausschluss aufrecht zu erhalten.

SG Dortmund, Urt. v. 03.07.2019 - S 52 KA 140/14 - wies die Klage ab, das LSG die Berufung zurück.

b) Gebührenerhebung auch bei von der Teilnahme befreiten Ärzten

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 28.07.2021 - L 11 KA 49/18

RID 22-01-19

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 27/21 B

www.juris.de

SGB V §§ 75 I 2, 81 I 1 Nr. 5

Bei dem Ausspruch „Damit reduziert sich Ihre Kostenbeteiligung am Notfalldienst auf 50 %“ handelt es sich um die Regelung eines Einzelfalls mit unmittelbarer Rechtswirkung nach außen (**Verwaltungsakt**). Es handelt sich dagegen nicht lediglich um die Erteilung eines Hinweises bzw. einer Rechtsansicht.

Eine KV darf die Frage der **Heranziehung zur Kostenumlage** dem Grunde nach durch **feststellenden Verwaltungsakt** regeln.

Die Berechtigung zur Feststellung der Verpflichtung, die Kostenumlage zum ärztlichen Notdienst zu entrichten, folgt aus der in § 81 I 1 Nr. 5 SGB V geregelten **Befugnis der KV** zur Erhebung von Gebühren und Beiträgen bei ihren Mitgliedern. Die Befugnis der KV ist nicht auf eine Beitragserhebung bei den am Notfalldienst teilnehmenden Ärzten beschränkt.

Die von der Verpflichtung zur Teilnahme am ärztlichen Notfalldienst befreite hausärztlich tätige Kl. wendet sich gegen die Heranziehung zur Kostenumlage. *SG Dortmund*, Urt. v. 02.08.2018 - S 16 KA 55/17 - wies die Klage ab, das LSG die Berufung zurück.

c) Privatärzte (KV Hessen)

aa) Kostenbeteiligung: Berechnung der Beitragshöhe gleichheitswidrig

SG Marburg, Gerichtsbescheid v. 28.01.2022 - S 18 KA 464/20

RID 22-01-20

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

HeilBerG Hessen § 23 Nr. 2; GG Art. 3 I

Leitsatz: Die Heranziehung und **Kostenbeteiligung** von **Privatärzten** zum bzw. am Ärztlichen Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen ist vom Gestaltungsspielraum des hessischen Landesgesetzgebers und der Ermächtigungsgrundlage des § 23 Nr. 2 HessHeilberG gedeckt.

Die von der Beklagten in ihrer Bereitschaftsdienstordnung aufgenommene Regelung zur **Berechnung der Beitragshöhe** für die Kostenbeteiligung am ÄBD verstößt jedoch gegen den allgemeinen Gleichheitssatz aus Art. 3 Abs. 1 GG, da bei der Berechnung der Beitragshöhe ohne sachliche Gründe im Fall der Vertragsärzte auf eine Berücksichtigung der Einnahmen aus privatärztlicher Tätigkeit verzichtet wird, während im Fall der Privatärzte gerade das Jahresbruttoeinkommen als Bezugsgröße dient.

Das SG hob auf Klage eines Privatarztes die angefochtenen Beitragsbescheide der bekl. KV auf.

Parallelverfahren:

SG Marburg, Gerichtsbescheid v. 28.01.2022 - S 11 KA 465/20

RID 22-01-21

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SG Marburg, Gerichtsbescheid v. 28.01.2022 - S 18 KA 266/20

RID 22-01-22

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SG Marburg, Gerichtsbescheid v. 28.01.2022 - S 18 KA 420/20

RID 22-01-23

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

bb) Beitragszahlung von Privatärzten: Fehlender Anordnungsgrund

SG Marburg, Beschluss v. 20.12.2021 - S 18 KA 303/21 ER

RID 22-01-28

Beschwerde anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 4/22 B ER -

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGG § 86b I 1 Nr. 2; HessHeilberG § 23 Nr. 2

Leitsatz: Wenn die Klage in der Hauptsache weder aussichtslos ist, noch der angefochtene Verwaltungsakt offensichtlich rechtswidrig ist, bedarf es im Rahmen von § 86b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGG einer Interessenabwägung. Dabei bedeutet eine Beitragszahlung in Höhe von 3.000,00 Euro für den Zeitraum von vier Quartalen, jedenfalls soweit es an einem entsprechenden Vortrag fehlt, für einen Arzt keine unbillige Härte, die entgegen des gesetzlich vorgegebenen Regel-Ausnahmeverhältnisses die Anordnung der aufschiebenden Wirkung seiner Widersprüche rechtfertigt.

Das SG lehnte den Antrag auf Anordnung der aufschiebenden Wirkung des Widerspruchs des Ast., eines Facharztes für Allgemeinmedizin mit ausschließl. privatärztlicher mit Praxis, gegen den Bescheid der KV (Ag.) v. 06.10.2021 ab.

Parallelverfahren:

SG Marburg, Beschluss v. 20.12.2021 - S 18 KA 307/21 ER

RID 22-01-25

Beschwerde anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 5/22 B ER -

SG Marburg, Beschluss v. 21.12.2021 - S 18 KA 296/21 ER

RID 22-01-26

Beschwerde anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 2/22 B ER -

cc) Beitragszahlung von Privatärzten: Einstweilige Anordnung und „unbillige Härte“

SG Marburg, Beschluss v. 12.01.2022 - S 11 KA 294/21 ER

RID 22-01-27

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGG §§ 86a II Nr. u. III, 86b I 1 Nr. 2

Leitsatz: Eine Beitragszahlung in Höhe von insgesamt 7.500,00 Euro für den Zeitraum von zehn Quartalen bedeutet, jedenfalls soweit es an einem entsprechenden Vortrag fehlt, für einen Arzt keine **unbillige Härte**, die entgegen des gesetzlich vorgegebenen Regel-Ausnahmeverhältnisses die Anordnung der aufschiebenden Wirkung seiner Widersprüche rechtfertigt.

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

Parallelverfahren:

SG Marburg, Beschluss v. 20.12.2021 - S 11 KA 293/21 ER **RID 22-01-29**

Beschwerde anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 1/22 B ER -

SG Marburg, Beschluss v. 11.01.2022 - S 11 KA 292/21 ER **RID 22-01-30**

SG Marburg, Beschluss v. 12.01.2022 - S 11 KA 276/21 ER **RID 22-01-31**

Beschwerde anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 7/22 B ER -

dd) Kostenbeteiligung der Privatärzte am ärztlichen Bereitschaftsdienst/Einstweilige Anordnung

SG Marburg, Beschluss v. 20.12.2021 - S 12 KA 305/21 ER **RID 22-01-32**

Beschwerde anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 3/22 B ER -

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGG § 86b I 1 Nr. 2; HessHeilberG § 23 Nr. 2

Leitsatz: 1. Die Kassenärztliche Vereinigung Hessen kann zur Deckung des Gesamtaufwandes des ärztlichen Bereitschaftsdienstes eine **Kostenbeteiligung der Privatärzte** vorsehen.

2. Eine Beitragszahlung in Höhe von insgesamt 7.500 € für zehn Quartale bedeutet, soweit es an einem entsprechenden Vortrag fehlt, für einen Arzt keine unbillige Härte, die den Erlass einer **einstweiligen Anordnung** rechtfertigen könnte.

Die Beteiligten streiten in einem einstweiligen Anordnungsverfahren um die aufschiebende Wirkung der Widersprüche gegen Beitragsfestsetzungen für den ärztlichen Bereitschaftsdienst der Antragsgegnerin für die Jahre 2019 bis 2021 in Höhe von 1.500 €, 3.000 € und 3.000 € bzw. in Höhe von insgesamt 7.500 €. Das **SG** lehnte den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung vom 02.12.2021 ab.

Parallelverfahren:

SG Marburg, Beschluss v. 20.12.2021 - S 12 KA 301/21 ER **RID 22-01-33**

Beschwerde anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 8/22 B ER -

SG Marburg, Beschluss v. 29.12.2021 - S 12 KA 322/21 ER **RID 22-01-34**

Beschwerde anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 6/22 B ER -

SG Marburg, Beschluss v. 12.01.2022 - S 12 KA 10/22 ER **RID 22-01-35**

SG Marburg, Beschluss v. 17.01.2022 - S 12 KA 16/22 ER **RID 22-01-36**

ee) Heranziehung von Privatärzten zu den Kosten des KV-Notdienstes: Rechtsweg

VGH Hessen, Beschluss v. 02.12.2021 - 7 E 2166/21 **RID 22-01-37**

Weitere Beschwerde an das BVerwG zugelassen

www.juris.de

SGB V § 75 I; HeilBerG Hessen § 23 Nr. 2; SGG § 51 I Nr. 2; GV G § 17a IV 4

Leitsatz: 1. Verwaltungsstreitverfahren, in denen sich Ärzte gegen ihre Heranziehung zu den **Kosten** des von der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen nach § 75 Abs. 1b Satz 1 SGB V sicherzustellenden Ärztlichen Bereitschaftsdienstes (**Notdienstes**) wenden, stellen eine **Angelegenheit der gesetzlichen Krankenversicherung** gemäß § 51 Abs. 1 Nr. 2 SGG auch dann dar, wenn diese Ärzte in eigener Praxis niedergelassen und ausschließlich privatärztlich tätig sind (unter Anschluss an BSG, Beschl. v. 05.05.2021 - B 6 SF 1/20 R - juris, RID 21-03-48).

2. In einem Verfahren des **vorläufigen Rechtsschutzes** ist gemäß § 17 Abs. 4 Satz 4 GVG die **weitere Beschwerde** an das Bundesverwaltungsgericht dann ausnahmsweise zuzulassen, wenn der Rechtsschutzsuchende in der Hauptsache bereits Klage erhoben hat, in diesem Klageverfahren das Beschwerdegericht in einem Zwischenstreit über die Zulässigkeit des beschrittenen Rechtswegs die Beschwerde gegen die im erstinstanzlichen Beschluss ausgesprochene Verweisung des Verfahrens an ein Gericht einer anderen Gerichtsbarkeit zurückgewiesen und in dieser Entscheidung die weitere Beschwerde an das Bundesverwaltungsgericht zugelassen hat. Andernfalls würde das Verfahren auf Gewährung vorläufigen Rechtsschutzes an einem Gericht eines anderen Gerichtszweigs rechtshängig, während das Hauptsacheverfahren bis auf Weiteres bei dem Gericht des beschrittenen Rechtswegs verbliebe.

VG Frankfurt, Beschl. v. 18.10.2021 - 7 L 1778/20.F - verwies die Rechtssache an das SG Marburg, der **VGH** wies die Beschwerde der Ast. zurück.

IV. Wirtschaftlichkeitsprüfung/Arzneikostenregress

1. Arzneikostenregress

a) Verdachtsdiagnose: Ausschöpfen möglicher Diagnostik erforderlich

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 29.09.2021 - L 3 KA 24/17

RID 22-01-38

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 31, 106 II 4

Leitsatz: 1. Eine bloße **Verdachtsdiagnose** kann die Verordnung eines Arzneimittels als indikationsgerecht nur begründen, wenn der Arzt (u.a.) zuvor die praktisch mögliche Diagnostik ausgeschöpft hatte (Anschluss an BSG, Urte. v. 30.10.2013 - B 6 KA 2/13 R - SozR 4-2500 § 106 Nr. 43).

2. Das **Arzneimittel Bondronat** kann für Versicherte der Gesetzlichen Krankenversicherung nicht im **Off-Label-Use** zur Behandlung einer nicht tumorinduzierten Hyperkalzämie verordnet werden.

Die Kl. ist eine internistische BAG, in der u.a. Nierenerkrankungen behandelt und Dialysen durchgeführt werden. Seit August 2005 behandelte sie die bei der Beigel. zu 2. versicherte Patientin S, bei der u.a. eine terminale Niereninsuffizienz bei Dialysepflichtigkeit, ein Diabetes mellitus Typ II, eine Herzinsuffizienz und chronische Rückenschmerzen vorlagen. Im März 2010 verordnete ihr die Kl. das zur Gruppe der Bisphosphonate gehörende Arzneimittel Bondronat (Wirkstoff: Ibandronsäure bzw. Ibandronat) zulasten der Krankenkasse. Es folgte ein Regressbescheid im Oktober 2013 über 1.089,95 €. *SG Hannover*, Urte. v. 18.01.2017 - S 61 KA 163/15 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

b) Richtgrößenvereinbarung: Volle Anerkennung und Mehrbedarf/Prüfbericht

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 19.05.2021 - L 11 KA 39/19

RID 22-01-39

www.juris.de

SGB V a.F. § 106 Va

Dass die Vertragspartner in der **Richtgrößenvereinbarung** hinsichtlich der Verordnungskosten für bestimmte **Indikationsgebiete** eine „volle Anerkennung“ vorgesehen haben, für andere dagegen auf die Feststellung eines **Mehrbedarfes** abstellen, überschreitet die Grenzen des Gestaltungsspielraumes nicht (BSG, Urte. v. 15.07.2015 - B 6 KA 30/14 R - SozR 4-2500 § 106 Nr. 50, juris Rn. 39; LSG Nordrhein-Westfalen, Urte. v. 09.02.2011 - L 11 KA 38/09 - RID 11-03-47, juris Rn. 34).

Die Prüfungsgremien können als Ermittlungsmaßnahme aufgrund des § 20 SGB X nach pflichtgemäßem Ermessen **Prüfberichte** einholen. Ein Gebot, Prüfärzte mit der **fachlichen Ausrichtung** der geprüften Ärzte einzusetzen, besteht grundsätzlich nicht. Die Prüfungsgremien sind vom Gesetz her (§ 106 IV SGB V) als fachkundig zusammengesetzte Einrichtungen konzipiert, die grundsätzlich selbst die erforderliche medizinische Sachkunde haben (BSG, Urte. v. 28.06.2000 - B 6 KA 36/98 R - USK 2000-165, juris, Rn. 24 m.w.N.).

Der 1950 geb. Kl. ist Facharzt für Augenkunde. Streitig ist die Rechtmäßigkeit einer schriftlichen Beratung wegen einer Überschreitung der Arzneimittel-Richtgrößensumme in den Quartalen I bis IV/10. *SG Düsseldorf*, Urte. v. 13.02.2019 - S 33 KA 13/14 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

2. Unbrauchbarkeit von Impfstoff nach Havarie des Kühlschranks

SG Magdeburg, Urteil v. 14.07.2021 - S 1 KA 25/17

RID 22-01-40

Sprungrevision anhängig: B 6 KA 14/21 R

www.juris.de

SGB V a.F. § 106

Leitsatz: Werden **Impfstoffe**, die über den Sprechstundenbedarf bezogen wurden, durch eine **Havarie in der Praxis** des Vertragsarztes **unbrauchbar** und müssen vernichtet werden, hat der Vertragsarzt die Beschaffungskosten für die verworfenen Impfstoffe den Krankenkassen zu erstatten, weil er das **Risiko** für die Lagerung und Verwendung der bezogenen Impfstoffe trägt. Die Prüfungsstelle bzw. der Beschwerdeausschuss sind im Rahmen der vertragsärztlichen Wirtschaftlichkeitsprüfung für die Festsetzung der Erstattung zuständig.

Die Kl., eine BAG mit Kinderärzten, wandte sich erfolglos gegen einen Sprechstundenbedarfsregress in Höhe von 24.394,91 €. In ihrem Kühlschrank, in dem die Impfstoffe bei einer Lagertemperatur von +2°C bis

+8°C aufbewahrt werden, herrschte eine Temperatur von -5°C. Die Reparatur am Folgetag ergab, dass ein Relais im Regler des Kühlschranksverdichters klemmte, so dass es zu dem Temperaturabfall gekommen war. Die Kl. ging nach Rücksprache mit den Impfstoffherstellern und mit dem Apotheker, von dem sie die Impfstoffe bezieht, davon aus, dass die von der Havarie betroffenen Impfstoffe unbrauchbar geworden waren, und gab diese Impfstoffe an die Apotheke zur Vernichtung ab. Diese bestätigte schriftlich die Entgegennahme und die Vernichtung der diversen Impfdosen in unterschiedlichen Verpackungsgrößen im Gesamtwert von 24.394,91 €. Die Kl. bezog zulasten der Krankenkassen anschließend Impfstoffe im Wert von 36.964,87 € als Sprechstundenbedarf. Das *SG* wies die Klage ab.

3. Fehlerhafter Zahnersatz/Ablehnungsgesuch gegen ehrenamtlichen Richter

LSG Hessen, Urteil v. 24.11.2021 - L 4 KA 15/18
SGG §§ 12 I, 60 I; ZPO §§ 45, 46

RID 22-01-41

Die fehlende Nutzbarkeit des Zahnersatzes indiziert den **Fehler des Zahnarztes** bei der Versorgung; entweder hat er in der Planungs- oder in der Eingliederungsphase Fehler gemacht (vgl. hierzu ausführlich: BSG, Urt. v. 27.06.2012 - B 6 KA 35/11 R - SozR 4-5545 Allg. Nr. 1, juris Rn. 17 ff.).

Die Entscheidung eines Sozialgerichts, dass das **Ablehnungsgesuch** gegen einen **ehrenamtlichen Richter** nicht begründet ist, ist grundsätzlich gem. § 202 Satz 1 SGG i.V.m. §§ 512, 557 II ZPO als unanfechtbare Vorentscheidung im Rechtsmittelverfahren nicht überprüfbar. Dies gilt nur dann nicht, wenn ein möglicher Verfahrensfehler wegen seiner Schwere der Entscheidung der Sache selbst anhaftet. Dies ist der Fall, wenn die Zurückweisung des Ablehnungsgesuchs auf willkürlichen oder manipulativen Erwägungen beruhte oder wenn das Gericht Bedeutung und Tragweite der Verfassungsgarantie des Art. 101 I 2 GG - gesetzlicher Richter - grundlegend verkannt hat.

Die Beteiligten streiten um die Feststellung einer Regressforderung in Höhe von 995,77 € auf der Grundlage eines Regressantrages der beigel. Krankenkasse wegen einer prothetischen Versorgung im Jahr 2012. *SG Marburg*, Beschl. v. 26.01.2018 - S 12 KA 422/15 - RID 18-01-42 wies das Ablehnungsgesuch der Kl. gegen zwei ehrenamtliche Richter wegen Besorgnis der Befangenheit zurück. *SG Marburg*, Urt. v. 24.11.2021 - S 12 KA 422/15 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

V. Zulassungsrecht

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) Praxisnachfolge

aa) Ablehnung eines Nachbesetzungsverfahrens: Fortführungsfähige Praxis

LSG Hamburg, Urteil v. 10.11.2021 - L 5 KA 13/20

RID 22-01-42

www.juris.de

SGB V § 103 IIIa 13

Ein **Nachbesetzungsverfahren** soll nach § 103 IIIa SGB V u.a. nur dann durchgeführt werden, wenn die Praxis von einem Nachfolger weitergeführt werden soll. Damit ist nicht das subjektive Begehren des Vertragsarztes oder seiner Erben gemeint, die bisherige Praxis solle fortgeführt werden; dieser Aspekt wird bereits durch das Antragserfordernis vollständig erfasst. Vielmehr kommt in diesem Merkmal zum Ausdruck, dass grundlegende Voraussetzung für die Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens stets das Bestehen einer objektiv fortührungsfähigen Praxis - eines noch vorhandenen Praxissubstrats - ist, weil ansonsten für ein Nachbesetzungsverfahren die innere Rechtfertigung fehlt. Das Substrat einer objektiv zum Zeitpunkt der Antragstellung auf Bewilligung der Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens noch **fortführungsfähigen Praxis** muss in allen Fällen vorhanden sein, ehe der Zulassungsausschuss gem. § 103 IIIa 3 ff. SGB V über die Bewilligung der Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens entscheiden darf (BSG, Urt. v. 30.10.2019 - B 6 KA 14/18 R - SozR 4-2500 § 103 Nr. 28).

Für die Beurteilung der Frage, ob die Voraussetzungen einer „Fortführung“ der Praxis gegeben sind, ist entscheidend, ob - ausgehend vom Zulassungsfachgebiet - nach dem **Gesamterscheinungsbild** der Tätigkeit dieses einer vertragsärztlichen Tätigkeit unter den üblichen Bedingungen, unter denen eine solche regelmäßig ausgeübt wird, noch entspricht. Eine Praxis für **Umweltmedizin** mit Öffnungszeiten montags und mittwochs von 15 bis 17 Uhr, in der in vier Quartalen (hier: II/15 bis I/16) lediglich 37 Patienten durchschnittlich im Quartal abgerechnet werden, das sind 5 % der durchschnittlichen Patientenzahl pro Quartal der Fachgruppe der praktischen Ärzteschaft (ca. 800 Patienten), entspricht nicht derjenigen einer vertragsärztlichen Praxis unter den allgemein üblichen Bedingungen.

Verkehrswert i.S.d. § 13 IIIa 14 SGB V ist der Wert, der am Markt bei Verkauf der Praxis tatsächlich erzielbar wäre. Dieser Verkehrswert, also der im Falle eines Verkaufes allgemein am Markt erzielbare Wert, liegt bei einer Praxis, der es an einem verwertbaren Substrat im Sinne eines Patientenstammes und einer allgemein üblichen Praxisinfrastruktur mangelt, bei null.

Der Kl. war seit 1994 als praktischer Arzt zugelassen und 1996 mit der Zusatzbezeichnung Umweltmedizin mit einem vollen Versorgungsauftrag tätig. Im Oktober 2017 beantragte er die Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens gem. § 103 IIIa SGB V beim Zulassungsausschuss. Die Bekl. wies den Zulassungsausschuss darauf hin, dass der Kl. in den ausgewerteten Quartalen I bis IV/16 nur eine durchschnittliche Wochenarbeitszeit von 1,90 Stunden erreicht habe. Zusätzlich seien laut Abrechnungsstatistik in den Quartalen III/16 bis II/17 nur von zwei Ärzten in Hamburg umweltmedizinische Leistungen abgerechnet worden. Von insgesamt 1.249 Abrechnungsfällen habe der Kl. 46 erbracht. Dies entspreche lediglich 3,68% von allen abgerechneten umweltmedizinischen Leistungen. Der Zulassungsausschuss lehnte im Januar 2018 den Antrag auf Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens ab, weil die Weiterführung der Praxis aus Versorgungsgründen nicht erforderlich sei. Im Oktober 2018 beantragte der Kl. bei der Bekl. erfolglos eine Entschädigung wegen der Einziehung seines Kassenarztsitzes. Der Widerspruch blieb ebs. erfolglos. **SG Hamburg**, Urt. v. 29.04.2020 - S 27 KA 90/19 - verurteilte die Bekl., an den Kl. 14.450 € zu zahlen. Das **LSG** wies auf Berufung der Bekl. die Klage ab.

bb) Meldefristen/Namentliche Benennung des anzustellenden Arztes

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 02.12.2020 - L 11 KA 21/18

RID 22-01-43

www.juris.de

SGB V §§ 95 II 5, 103 VIc 1

Die **Akteneinsicht** im Verwaltungsverfahren ist nicht erforderlich, um einen angestellten Vertragsarzt als Praxisnachfolger benennen zu können.

Meldefristen für die Bewerbung um eine Praxisnachfolge sind **Mindestfristen**, bis zu deren Ablauf eine Entscheidung nicht erfolgen kann. Sie sind **keine Ausschlussfristen**. Später eingehende Bewerbungen sind in das Verfahren einzubeziehen.

Eine Praxisnachfolge eines MVZ in einen Vertragsarztsitz kann nicht erfolgen, wenn das MVZ keinen **(angestellten) Arzt namentlich benennt**, durch den die vertragsärztliche Tätigkeit in der Einrichtung weitergeführt werden kann. Dieser Grundsatz gilt auch, wenn eine Bewerbung als sog. **Konzeptbewerbung** i.S.v. § 103 IV 11 SGB V aufzufassen ist, solange konkretisierende Regelungen zu solchen Konzeptbewerbungen noch fehlen.

In einer **Ausschreibung** zu einer Praxisnachfolge muss kein **fachlicher Schwerpunkt der Praxis** mitgeteilt werden, wenn der Praxisabgeber keine Facharzt- und Schwerpunktbezeichnung führt. Auch kann unerwähnt bleiben, dass der Praxisabgeber über einen Versorgungsauftrag Dialyse verfügt, da dieser Versorgungsauftrag nicht Gegenstand eines Nachbesetzungsverfahrens i.S.v. § 103 IV, IVc SGB V ist.

Eine KV darf den **Namen des Praxisabgebers** und dessen Anschrift jedenfalls dann **nicht mitteilen**, wenn dieser sich in seinem Antrag auf Durchführung des Nachbesetzungsverfahrens mit einer Weitergabe seiner Anschrift und Telefonnummer ausdrücklich nicht einverstanden erklärt hat (§ 285 I Nr. 2, 1. Alt., III 1 SGB V). Schützenswerte Interessen eines Bewerbers werden hierdurch nicht berührt. Es liegt in der Hand des Praxisabgebers, nicht nur darüber zu bestimmen, ob sein Praxissitz überhaupt weiterbesetzt wird, sondern auch in welchem Rahmen ihn betreffende Daten gegenüber Bewerbern offengelegt werden. Er trägt dabei das wirtschaftliche Risiko, dass sich mangels aussagekräftiger Ausschreibung keine Bewerber melden, sein Sitz sodann nicht nachbesetzt wird und er seine Praxis nicht „verkaufen“ kann.

Die Kl. betreibt ein MVZ in der Rechtsform einer GbR. Die Gesellschafter sind ausschließlich Ärzte, die zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen sind. Die Kl. ist in überörtlicher BAG mit zwei weiteren MVZ tätig. Sie bewarb sich ohne Erfolg um die Praxisnachfolge von Dr. I zur Anstellung eines Arztes. Der 1950 geb. Dr. I war als Arzt fachärztlich tätig gewesen. Eine Facharzt- und Schwerpunktbezeichnung führte er nicht. Er unterhielt zuletzt seit August 2010 zusammen mit Herrn Dr. L S, Facharzt für Innere Medizin, eine nephrologische Gemeinschaftspraxis mit Dialysezentrum, welche als GbR geführt wurde. Die vertragsärztliche Zulassung des Dr. S war dabei als eine an die Zulassung des Dr. I gekoppelte Sonderbedarfszulassung erteilt worden. Sowohl Dr. I als auch sein Partner hatten zusätzlich zwei Versorgungsaufträge Dialyse gemäß § 3 IIIa der Anl. 9.1 BMV-Ä inne. Der Zulassungsausschuss entzog Dr. I im April 2016 seine vertragsärztliche Zulassung. Über sein Vermögen wurde das Insolvenzverfahren eröffnet. **SG Gelsenkirchen**, Urt. v. 24.01.2018 - S 16 KA 4/17 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

cc) Fehlende Benennung eines anzustellenden Arztes

LSG Schleswig-Holstein, Urteil v. 01.06.2021 - L 4 KA 22/18

RID 22-01-44

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 103; SGB X § 25

Der Berufungsausschuss hat die Bewerbung eines Vertragsarztes um eine Praxisnachfolge im Rahmen einer **Arztanstellung** nicht in seine Auswahlentscheidung einzubeziehen, wenn der Vertragsarzt **niemanden benennt**, mit dem er die ausgeschriebene halbe Vertragsarztstelle über ein Anstellungsverhältnis in seiner Praxis hätte weiterführen können.

Die **Vergabe eines Status sui generis**, bei dem einem Vertragsarzt/BAG/MVZ der im Rahmen einer Praxisnachfolge zu besetzende Vertragsarztsitz in Form einer vorläufig „arztlosen Anstellungsgenehmigung“ abstrakt zugeteilt wird, um anschließend über eine unbeeinträchtigt von Zulassungsbeschränkungen und mittels Anstellung eines Arztes jederzeit besetzbare „Arztstelle“ zu verfügen, ist bislang gesetzlich nicht vorgesehen.

Die Einbeziehung einer bloßen **Konzeptbewerbung** eines Vertragsarztes/BAG/MVZ in ein Auswahlverfahren ohne Benennung und Vorlage von Unterlagen des Arztes, mit dem der begehrte Vertragsarztsitz versorgungswirksam ausgefüllt werden soll, bedarf näherer Regelungen durch den Bundesgesetzgeber, die bislang aber fehlen (vgl. hierzu BSG, Urt. v. 13.05.2020 - B 6 KA 11/19 R - SozR 4-2500 § 103 Nr. 30, juris Rn. 37 m.w.N.).

Ein Bewerber in einem Nachbesetzungsverfahren kann **Akteneinsicht** auch in die **Bewerberunterlagen** von Mitbewerbern verlangen (§ 25 I 1 SGB X). Hiervon kann abgesehen werden (§ 25 III SGB X), wenn der Bewerber schon aus formaljuristischen Gründen (wegen des

unvollständigen Antrags) nicht in die erforderliche Auswahlentscheidung des konkreten Nachbesetzungsverfahrens mit einzubeziehen ist.

Der 1957 geb. Kl., Facharzt für Laboratoriumsmedizin, beantragte die Anstellung eines namentlich benannten Arztes als Nachbesetzung für den ausgeschriebenen halben Vertragsarztsitz eines MVZ. Kurz vor der Sitzung des Ausschusses wies er darauf hin, dass der Arzt für eine Tätigkeit als angestellter Arzt nicht mehr zur Verfügung stehe und beantragte deshalb, ihm selbst den ausgeschriebenen halben Vertragsarztsitz mit der Maßgabe zu übertragen, dass er „bis zum Zeitpunkt der Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit im Rahmen der übertragenen vertragsärztlichen Zulassung mindestens die hälftige seiner bisherigen vertragsärztlichen Zulassung abgegeben und auf einen Dritten übertragen hat.“ Der Zulassungsausschuss ließ den Beigel zu 7) mit Wirkung ab Oktober 2015 als Nachfolger zu und wies gleichzeitig den zuletzt vom Kl. gestellten Antrag ab. Der hiergegen eingelegte Widerspruch blieb erfolglos. *SG Kiel*, Urt. v. 12.12.2017 - S 2 KA 69/16 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

dd) Auswahlermessen: Gewähr für länger andauernde kontinuierliche Patientenversorgung

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 19.05.2021 - L 11 KA 58/19 B ER

RID 22-01-45

www.juris.de

SGB V § 103 IV; SGG §§ 86a II Nr. 5, 86b I 1 Nr. 2

Jedenfalls in Fällen, in denen der **Berufungsausschuss** selbst die **sofortige Vollziehung angeordnet** hat, ist regelmäßig davon auszugehen, dass ein Antrag auf behördliche Aussetzung der sofortigen Vollziehung (§ 86a III 1 SGG) erfolglos bleiben wird. Zumindest in einem solchen Sachverhalt bedarf es nicht eines **vorherigen Antrags auf behördliche Aussetzung** der sofortigen Vollziehung.

An die **formelle Begründungspflicht** sind - auch im Anwendungsbereich des § 97 IV SGB V - hohe Anforderungen zu stellen (LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 19.05.2014 - L 11 KA 99/13 B ER - RID 14-03-44, juris, Rn. 73). Die Begründung muss eine auf den konkreten Einzelfall abstellende Darlegung des besonderen öffentlichen Interesses an der sofortigen Vollziehung beinhalten und darf nicht nur floskelhaft erfolgen. Sie muss die wesentlichen tatsächlichen und rechtlichen Gründe für das konkrete Vollzugsinteresse darlegen. Das die sofortige Vollziehbarkeit tragende besondere Interesse muss über das den Erlass des Verwaltungsaktes selbst rechtfertigende bloße (Erlass-)Interesse hinausreichen (LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 04.05.2011 - L 11 KA 120/10 B ER - RID 11-03-72). Eine Begründung ist hinreichend einzelfallbezogen, wenn das Erfordernis an einer **„gewohnten kontinuierlichen Patientenversorgung“** an dem konkreten Vertragsarztsitz aufgezeigt und auf die negativen Auswirkungen eines langjährigen Rechtsstreits zu Lasten der gesetzlich Versicherten hingewiesen wird.

Wird in einer Ausschreibung zur Praxisnachfolge auf die Möglichkeit zweier hälftiger Zulassungen hingewiesen, ist es für einen Mitbewerber **nicht überraschend**, dass der verzichtende Arzt eine **hälftige Zulassung behält** und mit dem - hälftigen - Praxisnachfolger eine BAG eingeht.

Eine generelle **Bevorzugung** der **Bewerber**, die sich mit dem **Praxisabgeber geeinigt** haben, ist gesetzlich jedenfalls nicht vorgesehen (LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 19.12.2018 - L 11 KA 86/16 - RID 19-02-35, juris Rn. 54). Es ist jedoch nicht zu beanstanden, wenn die Zulassungsgremien bei der Auswahl des Nachfolgers auch den Umstand berücksichtigen, ob ein bestimmter Bewerber deutlich mehr die **(prognostische) Gewähr für eine länger andauernde kontinuierliche Patientenversorgung („Versorgungskontinuität“)** bietet als ein anderer (vgl. zur Zulässigkeit dieses Kriteriums BSG, Urt. v. 20.03.2013 - B 6 KA 19/12 R - SozR 4-2500 § 103 Nr. 12, juris Rn. 54 f. m.w.N.). Insoweit wirkt sich die Frage, ob die Praxisübergabe an einen Bewerber voraussichtlich reibungslos oder aber konfliktbehaftet gestalten wird, auch auf die Frage der Versorgungskontinuität aus und ist in diesem Sinne als berücksichtigungswürdiger Belang in die Auswahlentscheidung einzustellen.

Erst bei einer fehlenden Einigung zwischen dem Veräußerer und dem am besten geeigneten Bewerber über den Kaufpreis ist die **Höhe des Verkehrswertes** von Amts wegen zu ermitteln und festzusetzen.

Dem 1961 geb. Ast., Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, war 2002 bis 2006 mit dem Beigel. zu 7) in einer orthopädischen Gemeinschaftspraxis und anschließend bis 2016 mit ihm im Rahmen einer überörtlichen BAG in C bzw. B vertragsärztlich tätig. Seit 2017 ist er mit einem vollen Versorgungsauftrag mit Praxissitz in B zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Der 1965 geb. Beigel. zu 8), Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, war 2011 bis Juni 2017 als Oberarzt, anschließend bis zum Juni 2018 als angestellter Facharzt in der Praxis des Facharztes für Chirurgie Dr. S, B, und ab Juli 2018 als angestellter Facharzt in der Praxis des Beigel. zu 7) tätig. Im März 2017 beantragte der Beigel. zu 7) die Ausschreibung seines Vertragsarztsitzes zur

Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens. In diesem Zuge erklärte er, es solle eine „Zulassung mit vollem Versorgungsauftrag“ mit dem Zusatz „auch 2 hälftige Zulassungen möglich“ ausgeschrieben werden. Der Beigel. zu 8) schloss mit dem Beigel. zu 7) im November 2018 mit Wirkung zum Januar 2019 zum Zweck der gemeinsamen Ausübung ambulanter, vertrags- und privatärztlicher Tätigkeit im Fachgebiet Orthopädie einen „Vertrag über die Gründung einer Gemeinschaftspraxis (GbR)“. Nach dem Vertrag waren am gemeinsamen Gesellschaftsvermögen beide Vertragspartner zu jeweils 50 % beteiligt. Der Beigel. zu 8) zahlte hierfür einen Kaufpreis in Höhe von 150.000 €, was nach der KV nicht beanstandungswürdig war. Der Zulassungsausschuss beschränkte antragsgemäß den Versorgungsauftrag des Beigel. zu 7) auf einen hälftigen Versorgungsauftrag, ließ den Beigel. zu 8) mit hälftigem Versorgungsauftrag für diesen Vertragsarztsitz zu, genehmigte die gemeinsame Ausübung vertragsärztlicher Tätigkeit und lehnte u.a. den Antrag des Ast. auf Zulassung im Rahmen der Nachbesetzung ab. Der Ag. wies den Widerspruch des Ast. zurück und ordnete die sofortige Vollziehung der Entscheidung an. *SG Münster*, Beschl. v. 03.09.2019- S 2 KA 7/19 - lehnte die Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung der Anfechtungsklage ab, das *LSG* wies die Beschwerde zurück.

b) Übermittlung von E-Mails durch KV an Zulassungsausschuss/Fortsetzungsfeststellungsklage

SG München, Urteil v. 13.10.2021 - S 38 KA 161/20

RID 22-01-46

www.juris.de

SGB V §§ 75 I, 103 IV, 285

Leitsatz: 1. Zur Abgrenzung der **Feststellungsklage** nach § 55 SGG und der **Fortsetzungsfeststellungsklage** nach § 131 Abs. 1 S. 3 SGG

2. Im Zweifel ist auf die niedrigeren **Anforderungen** bei der Fortsetzungsfeststellungsklage abzustellen.

3. Eine **abstrakte Wiederholungsgefahr** als berechtigtes Interesse genügt nicht (*LSG Hamburg*, Urt. v. 24.01.2020 - L 2 AL 44/19 - juris). Erforderlich ist vielmehr, dass damit zu rechnen ist, dass bei im Wesentlichen unveränderten tatsächlichen und rechtlichen Umständen ein gleichartiger Verwaltungsakt ergehen wird (vgl. *LSG Bayern*, Urt. v. 16.07.2019 - L 11 AS 52/19 - juris). Waren die tatsächlichen Umstände singulär, liegt keine konkrete Wiederholungsgefahr vor.

4. Findet im Zusammenhang mit einem **Zulassungsverfahren** ein Austausch zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung und den Zulassungsgremien (hier: Übermittlung von E-Mails des klagenden Vertragsarztes) statt, wird gegen **datenschutzrechtliche Bestimmungen** nicht verstoßen.

Dem Kl., Facharzt für Allgemeinmedizin, wurde die Genehmigung zur Anstellung der B mit halben Versorgungsauftrag im Rahmen einer Praxisnachfolge mit der Maßgabe erteilt, dass er gegenüber dem Zulassungsausschuss erkläre, den Wert in Höhe des halben Verkehrswertes an den Praxisabgeber (L) zu bezahlen, und die schriftliche Erklärung innerhalb von zehn Tagen nach Zustellung des Beschlusses des Berufungsausschusses einget. Der Kl. erhob zunächst gegen die Nebenbestimmung die Klage. B. beendete nach Klageerhebung zum 31.12.2020 ihre Tätigkeit in der Praxis. Das *SG* wies die Klage ab.

2. Ermächtigung Psychiatrischer Institutsambulanzen

a) Ermächtigung zum Betrieb einer PIA ohne Ausweisung einer Außenstelle im Krankenhausplan

LSG Schleswig-Holstein, Urteil v. 01.06.2021 - L 4 KA 3/20

RID 22-01-47

Revision anhängig: B 6 KA 13/21 R

www.juris.de

SGB V §§ 108, 118

Orientierungssatz juris: Eine Versagung der von einem Krankenhausträger begehrten Ermächtigung zum Betrieb einer psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) lässt sich nicht darauf stützen, dass der **Krankenhausplan** des Landes an dem Standort der noch zu errichtenden PIA **keine Außenstelle** für eines der vom Träger betriebenen Krankenhäuser ausweist.

SG Kiel, Urt. v. 04.03.2020 - S 2 KA 41/19 -

b) Außenstelle einer Psychiatrischen Institutsambulanz: Versorgungsbedarf

SG Nürnberg, Urteil v. 27.10.2021 - S 13 KA 8/19

RID 22-01-48

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 118 IV

Eine **Ermächtigung** zum Betreiben der **Außenstelle einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA)** eines psychiatrischen Krankenhauses ist nicht zu erteilen, wenn der am Standort bestehende Bedarf durch gleichwertige **Versorgungsangebote** gedeckt werden kann, die für die betroffenen Versicherten in zumutbarer Weise erreichbar sind.

Die Zulassungsgremien müssen nur dann in eine weitere Prüfung einsteigen, ob eine Ermächtigung notwendig ist, wenn der Ast. detailliert sein **besonderes Untersuchungs- und Behandlungskonzept darlegt**, denn nur ausgehend hiervon ist es ihnen möglich, die Versorgungslage zu ermitteln und Versorgungsdefizite zu erkennen. Es muss ausgeschlossen sein, dass eine Versorgung aufgrund der Schwere, der Art oder der Dauer der Erkrankung durch niedergelassene Ärzte möglich ist. Fehlt es an einer differenzierten Darstellung des Versorgungsangebotes, kann die Versorgung durch andere PIAs einbezogen werden.

Zielt die Versorgung auf die Erbringung einer **spezialisierten Komplexleistung** ab, die von niedergelassenen Ärzten im Planungsbereich nicht erbracht werden können, so sind auch größere **Entfernungen**, unabhängig vom Planungsbereich, zumutbar. Nach der S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ soll der Patient in der Lage sein, innerhalb einer Stunde den Behandlungsort mit öffentlichen Verkehrsmitteln zu erreichen.

Streitig ist eine (erneute) Ermächtigung zum Betreiben der Außenstelle einer Psychiatrischen Institutsambulanz. Das SG wies die Klage ab.

c) Ermittlung des Versorgungsbedarfs bei unzureichender Darstellung des Versorgungsangebotes

SG Nürnberg, Urteil v. 27.10.2021 - S 13 KA 9/17

RID 22-01-49

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 118 IV

Der Ermächtigung einer PIA-Außenstelle nach § 118 IV SGB V hat eine **Bedarfsprüfung** voranzugehen.

Es ist nicht zu beanstanden, dass die Zulassungsgremien es unterlassen, die niedergelassenen Ärzte zu befragen, wenn mangels hinreichend differenzierter **Darstellung des Versorgungsangebotes** seitens des Krankenhauses eine zielführende **Befragung** der niedergelassenen Ärzte nicht angezeigt erscheint. Die Zulassungsgremien dürfen sich dann darauf beschränken, lediglich Anfragen an andere - in räumlicher Nähe zur geplanten PIA-Außenstelle - Psychiatrische Institutsambulanzen zu richten.

Prüfungsmaßstab für die Ermittlung der **Versorgungslage** ist derselbe Maßstab wie zur Ermittlung des Versorgungsbedarfs der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung. Für die Frage der **räumlichen Wirkung** einer PIA-Außenstelle ist daher zunächst die gesamte Gruppe der Gebietsärzte einzubeziehen, die nach dem Weiterbildungsrecht befugt sind, die Leistungen eines streitigen Teilgebiets zu erbringen. Bei einem **speziellen Behandlungsbedarf** sind größere **Entfernungen** zumutbar und ist nicht allein auf den Planungsbereich abzustellen. Die Annahme, dass Patienten in der Lage sein sollten, innerhalb einer Stunde den Behandlungsort mit öffentlichen Verkehrsmitteln zu erreichen, ist nicht zu beanstanden. Für die Annahme, dass psychisch Erkrankte grundsätzlich nicht in der Lage sind, öffentliche Verkehrsmittel zu nutzen, fehlt es an einem Nachweis.

Das SG wies die Klage ab.

d) Geltung einer Ermächtigung für Tageskliniken: Bestimmtheit

SG Münster, Urteil v. 28.04.2021 - S 2 KA 10/15

RID 22-01-50

www.juris.de

SGB V § 118 I; SGB X § 33 I

Stellt ein Beschluss nur abstrakt die in § 118 IV SGB V geregelten Voraussetzungen für die Notwendigkeit der Erteilung einer Ermächtigung für die räumlich und organisatorisch nicht

angebundenen Einrichtungen der Krankenhäuser dar, so fehlt es an der **Bestimmtheit**, da nicht erkennbar ist, ob insb. für die betriebenen **Tageskliniken** eine Ermächtigung erforderlich ist oder nicht. Eine Klärung kann nur dadurch erreicht werden, dass für jede einzelne Tagesklinik die **Notwendigkeit der Erteilung einer Ermächtigung** geprüft wird und für den Fall, dass eine solche Notwendigkeit besteht, weiter geprüft wird, ob nach Maßgabe des § 118 IV SGB V ein Anspruch auf die Erteilung einer Ermächtigung besteht.

Die Beteiligten streiten darüber, ob vom Kl. betriebene Tageskliniken von der der LWL Klinik N. erteilten Ermächtigung erfasst werden. Der Kl. ist Träger der LWL-Klinik N. Der LWL-Psychiatrie Verbund Westfalen bestand im Jahre 2012 aus insgesamt 15 Fachkrankenhäusern, davon 11 für Erwachsenenpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik und vier für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychosomatik. Von allen Fachkrankenhäusern werden insgesamt 40 Tageskliniken entsprechend der fachlichen Ausrichtung, teilweise am Standort des jeweiligen Krankenhauses, überwiegend jedoch aber an Standorten außerhalb des Klinikgeländes betrieben. Der Bekl. stellte im angefochtenen Beschluss fest, dass die Ermächtigung der LWL-Klinik N. zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung durch Beschluss des Zulassungsausschusses der Ärzte und Krankenkassen für den Reg.-Bez. N. vom 04.03.1993 sich nicht auf Tageskliniken und andere Behandlungseinrichtungen bezieht, die ohne räumliche und organisatorische Bindung an die Klinik betrieben werden. Das *SG* hob den angefochtenen Beschluss v. 28.01.2015 auf.

e) Feststellung des Inhalts einer bereits erteilten Ermächtigung

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 28.04.2021 - L 11 KA 44/17

RID 22-01-51

www.juris.de
SGB V § 118

Die Zulassungsgremien sind nach § 118 I 1 SGB V grundsätzlich auch befugt, Beschlüsse zur **Feststellung** des **Inhalts** der von ihnen erteilten Ermächtigungen zu erlassen. Unzulässig ist es aber, eine Ermächtigungsentscheidung rückwirkend im Wege eines - vermeintlichen - „Interpretationsbeschlusses“ inhaltlich zu verändern.

Ermächtigungsentscheidungen müssen sich - wie alle Verwaltungsakte - am Gebot der **Bestimmtheit** (§ 33 I SGB X) messen lassen. Für einen feststellenden Interpretationsbeschluss kann (erst recht) nichts anderes gelten. Zu den Betroffenen, von deren Empfängerhorizont aus zu beurteilen ist, ob die Beschlüsse klare und eindeutige Regeln aufstellen, sind neben dem Ermächtigten auch die nach § 37 II 1 Ärzte-ZV zu beteiligten Organisationen zu zählen, nämlich die beigel. Landesverbände der Krankenkassen und die KV.

Die durch die Aufnahme in den Krankenhausplan bewirkte **Berechtigung der Krankenhäuser** zur (teil-)stationären Versorgung ist für die Zulassungsgremien **bindend** und von ihnen ohne weitere Prüfung hinzunehmen. Ihre Gestaltungsbefugnisse im Rahmen des Ermächtigungsbeschlusses beziehen sich nach § 118 I 2 und 3 SGB V nicht auf das „Ob“ der Ermächtigung, sondern allein auf deren Ausgestaltung hinsichtlich des Kreises der zur Behandlung durch die Institutsambulanzen berechtigten Versicherten bzw. die Sicherstellung der persönlichen und sachlichen Ausstattung der Institutsambulanzen. Verzichten die Zulassungsgremien insoweit auf nähere Vorgaben, so mag dies unzulässig sein, kann indessen nicht durch Beschränkungen des Anspruchs der Krankenhäuser hinsichtlich des „Ob“ der Ermächtigung kompensiert werden.

Die **psychiatrischen Institutsambulanzen** stehen nicht als besondere, eigenständige Einrichtungen neben den psychiatrischen Krankenhäusern. Vielmehr verwendet das Gesetz den Begriff der „psychiatrischen Institutsambulanz“ für die ambulant behandelnden **Abteilungen** der in § 118 I SGB V genannten Einrichtungen der psychiatrischen Versorgung (BSG, Urt. v. 21.06.1995 - 6 RKA 3/95 - USK 9589, juris Rn. 18). Soweit diese Abteilungen, wie z.B. Tageskliniken, als „Krankenhaus“ i.S.d. § 118 I 1 SGB V anzusehen sind, erstreckt sich der aus dieser Vorschrift folgende Anspruch des Krankenhauses auf Institutsermächtigung auf die in diesen Tageskliniken betriebenen Ambulanzen. Anhaltspunkte, dass diese Erstreckung etwa nach Maßgabe der räumlichen Entfernung vom „Hauptsitz“ des psychiatrischen Krankenhauses beschränkt sein sollte, bestehen nicht.

Psychiatrische Krankenhäuser haben grundsätzlich einen **Anspruch auf Ermächtigung** von Institutsambulanzen gemäß § 118 I 1 SGB V, die in - nach Maßgabe des jeweiligen Feststellungsbescheides - zum Krankenhaus gehörenden Tageskliniken betrieben werden. Eine **Steuerung des Zugangs** der Versicherten zu solchen Ambulanzen und der an sie zu stellenden Anforderungen erfolgt sodann „auf der zweiten Stufe“ über die inhaltliche Ausgestaltung der Ermächtigung. Wenn die Zulassungsgremien trotz dieses Regelungskonzepts des § 118 SGB V

meinen, einzelne Institutsambulanzen eines psychiatrischen Krankenhauses vom Anspruch auf Ermächtigung vollständig ausnehmen zu dürfen, bedarf deren Bezeichnung einer eindeutigen Bestimmung, mindestens aber unzweideutigen Bestimmbarkeit.

Der Kl. ist Träger von insgesamt elf Kliniken für Erwachsenenpsychiatrie und vier Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie, u.a. der K-Klinik M, vormals X-Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie I. Mit Beschl. v. 28.01.2015 änderte der Bekl. den Beschluss des ZA und fasste ihn wie folgt: „Es wird festgestellt, dass die Ermächtigung der K-Klinik M zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung sich nicht auf Tageskliniken und andere Behandlungseinrichtungen bezieht, die ohne räumliche und organisatorische Bindung an die Klinik betrieben werden.“ *SG Gelsenkirchen*, Urt. v. 31.05.2017 - S 16 KA 4/15 - RID 18-03-53 hob den Beschluss des Bekl. v. 28.01.2015 auf. Nach Erörterung im Berufungsverfahren fasste der Bekl. folgenden Beschl. v. 16.12.2020: „Es wird festgestellt, dass die Ermächtigung der K-Klinik M gemäß § 118 Abs. 1 Satz 1 SGB V zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung durch den Beschluss des Zulassungsausschusses der Ärzte und Krankenkassen für den Reg.-Bez. Münster vom 01.10.1996 den Klinikstandort, wie er in der seinerzeit gültigen Fassung des Krankenhausfeststellungsbescheides ausgewiesen ist, sowie die Standorte der in Betrieb genommenen Tageskliniken umfasst, die in der seinerzeit gültigen Fassung des Krankenhausfeststellungsbescheides als ‚Betten-Ist‘ aufgeführt sind. Im Übrigen verbleibt es bei dem Beschluss vom 28.01.2015.“ Das *LSG* wies die Berufungen des Bekl. u. der Beigel. zu 7) zurück und hob den Beschl. des Bekl. v. 16.12.2020 auf.

Parallelverfahren:

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 28.04.2021 - L 11 KA 45/17 www.juris.de	RID 22-01-52
LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 28.04.2021 - L 11 KA 32/18 www.juris.de	RID 22-01-53
LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 28.04.2021 - L 11 KA 18/18 www.juris.de	RID 22-01-54
LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 28.04.2021 - L 11 KA 70/17 www.juris.de	RID 22-01-55
LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 28.04.2021 - L 11 KA 31/18 www.juris.de	RID 22-01-56
LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 28.04.2021 - L 11 KA 46/17 www.juris.de	RID 22-01-57

3. Rechtsanwaltschaft: Anraten eines freiwilligen Zulassungsverzichts

OLG Saarland, Urteil v. 09.12.2021 - 4 U 30/21 www.juris.de SGB V § 95 VI 1; Ärzte-ZV § 27 S. 1; BGB §§ 249, 252, 280, 675	RID 22-01-58
---	---------------------

Leitsatz: 1. Ein **Rechtsanwalt** verhält sich nicht pflichtwidrig, wenn er dem mit einem Antrag der Kassenärztlichen Vereinigung auf **Entziehung der Kassenarztzulassung** wegen gröblicher Verletzung seiner vertragsärztlichen Pflichten konfrontierten Mandanten unter zutreffender Berücksichtigung aller im Beratungszeitpunkt bekannten tatsächlichen und rechtlichen Umstände empfiehlt, **freiwillig** auf die Zulassung zu verzichten.

2. Nimmt der Mandant nach freiwilligem Verzicht auf die Kassenarztzulassung den Rechtsanwalt wegen fehlerhafter Beratung auf Schadensersatz in Anspruch, sind bei der **Schadensberechnung** die hypothetische Vermögenslage bei Fortführung auch der vormaligen vertragsärztlichen Praxis und die reale Vermögenslage nach Zulassungsverzicht jeweils in Gänze einander gegenüber zu stellen.

LG Saarbrücken, Urt. v. 18.02.2021 - 9 O 123/17 - wies die Klage des Arztes für Transfusionsmedizin ab, das *OLG* die Berufung zurück.

VI. Angelegenheiten der KBV und des GKV-Spitzenverbands

1. Wahl zum Hauptausschuss einer KV: Vorschlagsrecht nur von Fraktionen

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 14.04.2021 - L 11 KA 3/18

RID 22-01-59

www.juris.de

SGB V § 77; SGB IV § 57 II

Schließt eine Satzung ein **passives Wahlrecht fraktionsloser Mitglieder** einer KZV zur Wahl in den **Hauptausschuss** nicht aus, sondern bestimmt allein, dass den Fraktionen ein vorgelagertes **Vorschlagsrecht** zufällt, so ist dies nicht zu beanstanden.

Der Kl. ist Fachzahnarzt für Kieferorthopädie und zur vertragszahnärztlichen Versorgung zugelassen. Er beehrte die gerichtliche Feststellung, dass die Nichtberücksichtigung seines Vorschlags für die Wahl als Mitglied des Hauptausschusses der bekl. Vertreterversammlung am 17.12.2016 rechtswidrig gewesen ist. Hierbei ist zwischen den Beteiligten insb. umstritten, ob das Vorschlagsrecht für einen Sitz im Hauptausschuss den innerhalb der Bekl. gebildeten Fraktionen vorbehalten ist oder auch Eigenbewerbungen von nicht fraktionsangehörigen Mitgliedern der Bekl. zulässig sind. *SG Münster*, Ur. v. 04.12.2017 - S 2 KA 3/17 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

2. Bewertungsausschuss: Anpassung des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 22.09.2021 - L 7 KA 47/18 KL

RID 22-01-60

Revision zugelassen

www.juris.de

SGB V §§ 87, 87a

Das in Teil A des **Beschlusses des erweiterten Bewertungsausschusses** v. 21.08.2018 geregelte Korrekturverfahren zum Umgang mit außergewöhnlichen Prävalenzänderungen bewegt sich „im Bereich des rechtlich noch Vertretbaren“ und ist nicht „schlechterdings unvertretbar oder unverhältnismäßig“. Es hätte daher ebenso wenig im Wege der Rechtsaufsicht beanstandet werden dürfen wie der nachfolgende Beschluss des Bewertungsausschusses v. 18.09.2018.

Die **Anpassung des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs** lag bis zum Inkrafttreten des GKV-VStG am 01.01.2012 verbindlich in den Händen des Bewertungsausschusses. Mit dem GKV-VStG kam es zu einer Reduzierung der Machtposition des Bewertungsausschusses. Das Recht, die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung einschließlich der Anpassung des Behandlungsbedarfs zu verhandeln und zu vereinbaren, steht nun den Gesamtvertragsparteien auf Landesebene zu und nicht (mehr) dem Bewertungsausschuss, der die Vertragsparteien z.B. auch nicht verpflichten kann, für bestimmte Leistungen Vergütung nachzuschießen. Allerdings obliegt es dem Bewertungsausschuss, bei der Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsrate „das geltende Modell des Klassifikationsverfahrens anzuwenden“ (§ 87a V 5 SGB V). Der Gesetzgeber stellt es dem Bewertungsausschuss frei, „das Modell in bestimmten Zeitabständen auf seine weitere Eignung für die Anwendung in der vertragsärztlichen Versorgung überprüfen und fortentwickeln“ (§ 87a V 5 SGB V). Im Gesetz angelegt ist danach eine duale Kompetenzverteilung.

Der Bewertungsausschuss ist befugt, Regelungen zum Umgang mit **außergewöhnlichen Prävalenzänderungen** zu treffen; die mit dem TSVG getroffene Neuregelung wäre insoweit nur als ergänzende Neuregelung zu begreifen.

Eine **Aufsichtsbehörde** handelt im Rahmen der Rechtsaufsicht **ermessensfehlerhaft**, wenn sie sich zum Erlass der Beanstandung rechtlich gebunden fühlt und es an jeglicher abwägender Begründung fehlt und stattdessen ein apodiktischer Tonfall („Daher ist der Beschluss (...) zu beanstanden“) dominiert und Opportunitätserwägungen vollständig fehlen. Eine evtl. **Ermessensreduzierung auf Null** ist ggf. im Bescheid selbst deutlich zu machen und zu begründen (vgl. BSG, Ur. v. 18.04.2000 - B 2 U 19/99 R - SozR 3-2700 § 76 Nr. 2, juris Rn. 19; BSG, Ur. v. 24.06.1987 - 5a RKnU 2/86 - SozR 1200 § 40 Nr. 3, juris Rn. 13) und setzt im Übrigen voraus, dass erhebliche finanzielle Schäden oder gravierende Rechtsverletzungen zu Lasten der Vertragsärzte oder der Versicherten drohen (vgl. LSG Berlin-Brandenburg, Ur. v. 27.05.2015 - L 7 KA 44/11 KL - juris Rn. 85, RID 15-04-58).

Die Kl. zu 1., die KBV, und der Kl. zu 2., der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, wenden sich als Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses für die vertragsärztliche Versorgung nach § 87 SGB V gegen eine im Zuge der Rechtsaufsicht ergangene Beanstandungsverfügung des BMG. Das Verfahren betrifft die

Empfehlungen des Bewertungsausschusses gemäß § 87a V 1 Nr. 2 SGB V „zur Vereinbarung von Veränderungen der Morbiditätsstruktur“ nach § 87a IV 1 Nr. 2 SGB V. Diese Empfehlungen sind der jährlichen Anpassung des Behandlungsbedarfs nach § 87a IV SGB V auf der regionalen Ebene zugrunde zu legen (§ 87a IV 1, 2. Hs. SGB V). Das *LSG* stellte fest, dass der Bescheid des BMG v. 19.10.2018 rechtswidrig war.

3. Kostentragung für Erweitertes Bundesschiedsamt (AOP-Vertrag 2006)

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 22.09.2021 - L 7 KA 29/18

RID 22-01-61

www.juris.de

SGB V §§ 89 IV, 115b

Die Verordnung über die Schiedsämter für die vertragsärztliche (vertragszahnärztliche) Versorgung sah vor der ab 23.07.2015 geltenden Neuregelung eine **Kostentragung** seitens der **Deutschen Krankenhausgesellschaft** nicht vor.

SG Berlin, Urt. v. 19.01.2011 - S 79 KA 977/06 - RID 11-02-92 erlegte dem erweiterten Bundesschiedsamt die Kosten auf. Die Kosten wurden zunächst durch den GKV-Spitzenverband, den hiesigen Kl., verauslagt. Die in Zusammenhang mit der gerichtlichen Auseinandersetzung entstandenen sowie die Kosten und Gebühren des erneuten Schiedsverfahrens wurden von der Geschäftsstelle des Bundesschiedsamtes jeweils zu einem Drittel dem Kl., der bekl. Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Beigel. KBV in Rechnung gestellt. Der Kl. forderte die Bekl. ohne Erfolg auf, das auf sie entfallende Drittel zu erstatten (27.975,31 € für die Gerichtsverfahren und 1.917,45 € an Kosten und Gebühren des erneuten Schiedsverfahrens, insgesamt 29.892,76 €). *SG Berlin*, Urt. v. 13.06.2018 - S 83 KA 4509/15 - verurteilte die Bekl. zur Zahlung von 29.892,76 €, das *LSG* wies die Klage ab.

VII. Bundessozialgericht (BSG)

1. Honorarverteilung

a) RLV: BAG mit Nuklearmedizinern und Radiologen

BSG, Urteil v. 25.11.2020 - B 6 KA 31/19 R

RID 22-01-62

SozR 4-2500 § 87b Nr 28 = ZMGR 2021, 103 = NZS 2021, 803 = MedR 2021, 1020

Leitsatz: 1. Die Bewertung der **schnittbildradiologischen Leistungen** im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für die ärztlichen Leistungen verstößt nicht gegen höherrangiges Recht.

2. Bei der Zuweisung von **Regelleistungsvolumina** (RLV) durfte der Bewertungsausschuss innerhalb der Gruppe der Ärzte für **Diagnostische Radiologie** nach Vorhalten von CT und/oder MRT differenzieren.

3. Die arztbezogene Berechnung des RLV hat zur Folge, dass der Durchschnittsfallwert der Radiologen mit Vorhalten von CT und/oder MRT nur bei dem Arzt anzusetzen ist, der entsprechende Leistungen erbringen kann, und nicht bei allen Ärzten einer **Berufsausübungsgemeinschaft**.

Parallelverfahren:

BSG, Urteil v. 25.11.2020 - B 6 KA 29/19 R

RID 22-01-63

juris = www.sozialgerichtsbarkeit.de = ArztR 2021, 154

BSG, Urteil v. 25.11.2020 - B 6 KA 30/19 R

RID 22-01-64

juris = www.sozialgerichtsbarkeit.de

b) BAG-Zuschlag nicht auf QZV für Radiologen/Quotierung/Reaktionspflicht

BSG, Beschluss v. 04.11.2021 - B 6 KA 14/20 B

RID 22-01-65

www.juris.de

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen **LSG Niedersachsen-Bremen**, Urt. v. 12.02.2020 - L 3 KA 68/16 - RID 20-02-17 wird zurückgewiesen.

Auch wenn die Gewährung eines **BAG-Zuschlages** nur auf das **RLV** die Arztgruppe der Radiologen (hier: Quartale III/10 bis IV/11) in besonderer Weise trifft, weil nahezu alle von dieser Arztgruppe abrechenbaren Leistungen einem **QZV** zugeordnet sind, und dies eine **Ungleichbehandlung** der Arztgruppe der Radiologen bedeutete, weil für keine andere Arztgruppe vergleichbar geringe RLV-Fallwerte dem BAG-Zuschlag zugrunde gelegt worden wären, ergibt sich daraus kein Verstoß gegen den Grundsatz der **Honorarverteilungsgerechtigkeit**, da der Bewertungsausschuss mit der Regelung den ihm eingeräumten **Gestaltungsspielraum** nicht überschritten hat, es insb. für die getroffene Regelung sachliche Gründe gibt.

Allein die Sinnhaftigkeit einer Kooperation für die kooperierenden Vertragsärzte etwa wegen einer besseren Auslastung teurer Geräte begründet **keine Besonderheit der kooperativen Versorgungsform**, die im Wege des BAG-Zuschlages zwingend zu berücksichtigen ist. Die vom Bewertungsausschuss getroffene Regelung zur Bildung von QZV und zur Gewährung eines BAG-Zuschlages nur auf das RLV ist aus sachlichen Gründen, und zwar wegen der Besonderheiten des differenzierten Leistungsspektrums in der Arztgruppe der Radiologen und wegen einer nur marginalen Kooperation im Behandlungsfall gerechtfertigt.

Auch für die sog. **freien Leistungen**, die nicht in die RLV einbezogen sind, ist eine **quotierte Vergütung** zulässig. Ebf. geklärt ist, dass der Bewertungsausschuss berechtigt war, selbst keine Vorgaben zur Mengensteuerung freier Leistungen zu treffen, sondern die Regelung den Partnern der Gesamtverträge zu überlassen. Aus der Zulässigkeit der Quotierung folgt nicht auch eine unmittelbare Verpflichtung zur Quotierung.

Eine **Reaktionspflicht** des Normgebers wird nach der Rspr. des Senats nicht bereits ausgelöst, wenn das Honorarniveau einer Arztgruppe im Vergleich zu ihrem bisherigen besonders günstigen Stand absinkt; erforderlich ist vielmehr, dass ihr Vergütungsniveau gravierend unter das Niveau der anderen Arztgruppen absinkt. Hierfür muss der **Punktwert** der aus dem Honoraropf vergüteten Leistungen um mindestens 15 % niedriger sein als der Punktwert für den größten Teil der sonstigen Leistungen. Erforderlich ist eine dauerhafte Entwicklung, die im Regelfall frühestens nach Vorliegen von Daten aus mindestens zwei Quartalen angenommen werden kann. Eine Korrektur kann regelmäßig nur für die Zukunft gefordert werden. Ob und unter welchen Voraussetzungen und ab welchem Zeitpunkt genau eine KV auf eine Honorarverteilungsentwicklung reagieren muss, ist angesichts der

unvermeidlicherweise relativ unbestimmten Rechtsfolgen der Reaktions- bzw. Anpassungspflicht jedenfalls einer allgemein gültigen Feststellung und damit einer grundsätzlichen Klärung nicht zugänglich.

c) Abrechenbarkeit humangenetischer Leistungen für Internisten

BSG, Beschluss v. 04.11.2021 - B 6 KA 50/20 B

RID 22-01-66

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Hessen*, Urt. v. 28.10.2020 - L 4 KA 45/18 - RID 21-01-25 wird zurückgewiesen.

Ziff. 1.3 der Allgemeinen Bestimmungen EBM sieht vor, dass Leistungen, deren Durchführung und Berechnung an ein Gebiet, eine Schwerpunktkompetenz (Teilgebiet), eine Zusatzweiterbildung oder sonstige Kriterien gebunden ist, das Führen der Bezeichnung, die darauf basierende Zulassung oder eine genehmigte Anstellung und/oder die Erfüllung der Kriterien voraussetzen. Die Durchführung und Berechnung von Leistungen, für die es vertragliche Vereinbarungen gem. § 135 I oder II SGB V gibt, setzen die für die Berechnung der Leistungen notwendige **Genehmigung** durch die KV voraus. Bereits aus dem Wortlaut dieser Bestimmung ergibt sich, dass die Abrechnung einer Leistung, die - wie Nr. 9 der Präambel 13.1 - „sonstige Kriterien“ (hier: das „Vorliegen der entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen“) voraussetzt, ohne selbst ausdrücklich eine Genehmigungspflicht zu regeln, nur dann eine vorherige Genehmigung durch die KV erfordert, wenn hierfür eine vertragliche Vereinbarung gemäß § 135 I oder II SGB V besteht. Eine solche existiert mit der **Qualitätssicherungsvereinbarung Molekulargenetik** lediglich für Leistungen des Unterabschnitts 11.4.2 EBM-Ä, die hier nicht streitgegenständlich sind.

d) Revisionszulassung: Keine grundsätzliche Bedeutung der Honorarverteilung

BSG, Beschluss v. 09.11.2021 - B 6 KA 37/20 B

RID 22-01-67

www.juris.de

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Berlin-Brandenburg*, Urt. v. 23.09.2020 - L 7 KA 46/16 - RID 21-01-4 wird als unzulässig verworfen.

Die **Verteilung der Gesamtvergütung** erfolgt seit 2012 nicht mehr bundeseinheitlich, sondern nach § 87b I 2 SGB V (wieder) auf der Grundlage von Verteilungsmaßstäben, die die KVen im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen für ihren Bezirk festzulegen haben. Auch die ab 2009 geltenden bundeseinheitlichen Regelungen des Bewertungsausschusses, insb. zur Zuweisung von arzt- und praxisbezogenen RLV, galten nach § 87b I 3 SGB V i.d.F. des GKV-VStG nur noch übergangsweise bis zur Entscheidung der KVen über einen Verteilungsmaßstab fort. Wenn nicht mehr geltendes Recht betroffen ist, bestehen **besondere Darlegungsanforderungen**. Die Auslegung einer Rechtsnorm, die bereits außer Kraft getreten ist, ist regelmäßig nicht von grundsätzlicher Bedeutung. Die bloße Behauptung, es sei noch eine erhebliche Anzahl von Altfällen nicht bestandskräftig abgeschlossen, genügt nicht.

2. Sachlich-rechnerische Richtigstellung: Patienten aus anderem EU-Staat

BSG, Urteil v. 26.05.2021 - B 6 KA 10/20 R

RID 22-01-68

SozR 4-2500 § 106a Nr. 28 = KrV 2021, 195

Leitsatz: Die ambulante ärztliche Behandlung in Form von Sachleistungsaushilfe für Patienten, die in einem **anderen EU-Staat krankenversichert** sind, erfolgt im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung und unterliegt daher der **Abrechnungsprüfung** durch die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen.

3. Belegarzt: Entfernung zwischen Wohnung und Praxis

BSG, Urteil v. 17.03.2021 - B 6 KA 6/20 R

RID 22-01-69

SozR 4-5540 § 39 Nr. 1 = ZMGR 2021, 233 = ArztR 2021, 238 = MedR 2021, 1115 = SGB 2021, 765

Leitsatz: Für die Beurteilung, ob ein **Belegarzt** im Hinblick auf die **Entfernung** seiner **Praxis** zum **Krankenhaus** die unverzügliche und ordnungsgemäße Versorgung der von ihm ambulant und stationär zu betreuenden Versicherten gewährleisten kann, bleiben Kooperationen sowohl auf Seiten des Arztes wie auf Seiten des Krankenhauses unberücksichtigt.

4. Formwirksamkeit eines vor Beschwerdeausschuss protokollierten Vergleichs

BSG, Urteil v. 26.05.2021 - B 6 KA 7/20 R

RID 22-01-70

SozR 4-1300 § 56 Nr. 2 = GesR 2021, 660

Leitsatz: Das **Schriftformerfordernis** für **öffentlich-rechtliche Verträge** kann durch die Aufnahme zur **Niederschrift der vertragschließenden Behörde** gewahrt werden, wenn der Text eines Vergleichs im Rahmen eines formalisierten Verfahrens und unter Beachtung der für gerichtliche Vergleiche geltenden formalen Anforderungen protokolliert wird.

5. Zulassungsrecht

a) Bedarfsplanung für Pathologen

BSG, Urteil v. 17.03.2021 - B 6 KA 3/20 R

RID 22-01-71

BSGE = SozR 4-2500 § 103 Nr. 32 = ZMGR 2021, 298 = NZS 2021, 969 = SGB 2022, 54

Leitsatz: 1. Die Einbeziehung der Arztgruppe der **Pathologen** in die **Bedarfsplanung** ist nicht zu beanstanden.

2. Die **Unwirksamkeit einzelner Regelungen** der Bedarfsplanungsrichtlinie zur Ermittlung der Überversorgung hinsichtlich neu in die Bedarfsplanung einbezogener Arztgruppen hat nicht generell zur Folge, dass für Ärzte dieser Arztgruppen bis zur Korrektur der Fehler durch den Gemeinsamen Bundesausschuss keine Zulassungsbeschränkungen gelten.

b) Sonderbedarfszulassung: Zumutbare Wege/Fallzahlen konkurrierender Praxen

BSG, Urteil v. 17.03.2021 - B 6 KA 2/20 R

RID 22-01-72

SozR 4-2500 § 101 Nr. 21 = ArztR 2021, 261 = MedR 2021, 1105

Leitsatz: 1. Ärzten aus Arztgruppen, die in der Bedarfsplanung der spezialisierten **fachärztlichen Versorgung** zugeordnet sind, kann eine **Sonderbedarfszulassung** nur erteilt werden, wenn die Patienten Behandlungsangebote in anderen Praxen dieser Fachrichtung nicht innerhalb von 45 Minuten erreichen können.

2. Zulassungsgremien sind durch datenschutzrechtliche Bestimmungen nicht gehindert, zur Beurteilung eines Sonderbedarfs die **Fallzahlen von konkurrierenden Praxen**, die freie Kapazitäten angeben haben, auch ohne deren Einverständnis über die Kassenärztliche Vereinigung zu ermitteln, wenn nach Auswertung aller anderen Umstände ein Sonderbedarf weder offensichtlich vorliegt noch offensichtlich ausscheidet.

6. Gesamtvergütung: Verjährungsbeginn erst nach Rechnungslegung

BSG, Beschluss v. 04.11.2021 - B 6 KA 8/21 B

RID 22-01-73

www.juris.de

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Nordrhein-Westfalen*, Urt. v. 21.10.2020 - L 11 KA 18/19 - juris wird zurückgewiesen.

Es ist in der Rspr. des Senats bereits geklärt, dass der Anspruch auf Zahlung der **Gesamtvergütung** grundsätzlich entsprechend § 45 I SGB I vier Jahr nach Ende des Kalenderjahres **verjährt**, in dem er entstanden ist. Ebenso ist geklärt, dass verjährungsrechtliche Voraussetzung der Entstehung des

Anspruchs grundsätzlich dessen Fälligkeit ist. Geklärt ist auch, dass die Fälligkeit einer Forderung von der Erteilung einer **Rechnung abhängig** sein kann, soweit dies vereinbart bzw. gesetzlich geregelt ist. Die Gesamtvertragsparteien können auch **vertraglich** bestimmen, dass die Rechnungserteilung Fälligkeitsvoraussetzung sein soll.

Soweit die Bekl. in ihrer Beschwerdebegründung weiter argumentiert, dass sich der Verjährungsbeginn aber dann nicht nach der Fälligkeitsregelung richten könne, wenn diese Regelung die Herbeiführung der Fälligkeit in das **Belieben des Gläubigers** stelle, besteht ebf. keine Klärungsbedürftigkeit. Zwar ist der Bekl. zuzugeben, dass der Gläubiger die Erteilung einer Rechnung verzögern kann, wenn diese Voraussetzung der Fälligkeit ist. Nach der gefestigten Rspr. des BGH beginnt jedoch auch in Fällen, in denen die Fälligkeit einer Forderung durch vertragliche oder gesetzliche Bestimmungen bis zur Erteilung einer (Ab-)Rechnung hinausgeschoben ist, die Verjährung erst mit der Erteilung einer (Ab-)Rechnung und wird nicht auf einen früheren Zeitpunkt vorverlagert. Das gilt auch dann, wenn die Fälligkeit von einem zeitlich unbestimmten und unbestimmbaren Ereignis - hier die Vornahme der quartalsweisen Endabrechnungen durch die Kl. - abhängig ist und ein Vertragspartner damit auf den Beginn der Verjährungsfrist Einfluss nehmen kann.

7. Festsetzung von Sicherstellungszuschlägen nach § 105 SGB V

BSG, Beschluss v. 06.12.2021 - B 6 KA 6/21 B

RID 22-01-74

www.juris.de

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Mecklenburg-Vorpommern*, Urt. v. 18.11.2020 - L 1 KA 3/08 - wird als unzulässig verworfen.

Es kann keinem Zweifel unterliegen, dass eine Entscheidung des Landesausschusses über die Gewährung von Sicherstellungszuschlägen nach § 105 IV SGB V i.d.F.d. GKV-Modernisierungsgesetzes v. 14.11.2003 die Feststellung einer eingetretenen oder unmittelbar drohenden **Unterversorgung** nach § 100 I SGB V voraussetzt und dass die Rechtmäßigkeit dieser Feststellung - trotz des dem Landesausschuss zukommenden **Beurteilungsspielraums** - einer **gerichtlichen Prüfung** jedenfalls nicht vollständig entzogen ist.

Die **Feststellung von Unterversorgung** nach § 100 I SGB V setzt einen Arztgruppen- und Planungsbereichsbezug voraus.

Im Rahmen der **Darlegung der Klärungsfähigkeit** können grundsätzlich auch Ausführungen dazu verlangt werden, dass die vorinstanzliche Entscheidung nicht mit anderer rechtlicher Begründung bestätigt werden kann, jedenfalls wenn die Möglichkeit, dass das Revisionsgericht über die aufgeworfene Frage wegen des in Betracht kommenden anderen rechtlichen Gesichtspunktes überhaupt nicht entscheiden muss, entweder schon aus dem LSG-Urteil hervorgeht oder wenn es sich um eine naheliegende rechtliche Überlegung handelt.

8. Vertrag zur integrierten Versorgung: Erweiterung der ambulanten Operationen

BSG, Urteil v. 27.01.2021 - B 6 A 1/20 R

RID 22-01-75

BSGE 131, 215 = SozR 4-2500 § 140a Nr. 3 = GuP 2021, 157 = KrV 2021, 158

Leitsatz: 1. Die Partner eines **Selektivvertrags** zur besonderen Versorgung dürfen die Erbringung auch von solchen **Operationen in ambulanter** Form vereinbaren, die in der Regelversorgung allein stationär erbracht werden dürfen.

2. Zu der Frage, ob in einem Selektivvertrag zur besonderen Versorgung geregelt werden darf, dass die **Kosten der häuslichen Krankenpflege**, die im Anschluss an eine stationäre Behandlung erforderlich wird, aus der Pauschalvergütung zu finanzieren sind, die für diese stationäre Behandlung gezahlt worden ist.

B. KRANKENVERSICHERUNGSRECHT

I. Vertrags(zahn)ärztliche Behandlung

1. Ärztliche Behandlung nur durch Vertragsärzte

SG Köln, Beschluss v. 15.03.2021 - S 9 KR 429/21 ER

RID 22-01-76

www.juris.de

SGB V § 76; SGG § 86b II

Gem. § 76 I SGB V dürfen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung grundsätzlich nur die Ärzte in Anspruch genommen werden, die **zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen** bzw. ermächtigt sind. Die gesetzlichen Krankenkassen dürfen keine Kostenerstattung für Behandlungen bei Ärzten vornehmen, die nicht an der vertragsärztlichen Versorgung beteiligt sind (BSG, Urt. v. 25.09.2000 - B 1 KR 5/99 R - SozR 3-2500 § 13 Nr. 22). Andere Ärzte dürfen nur in **Notfällen**, d.h. wenn eine Behandlung durch einen Vertragsarzt objektiv nicht möglich ist, in Anspruch genommen werden (§ 76 I 3 SGB V). Ein derartiger Notfall liegt nicht vor, wenn die Krankenkasse ihrer Versicherten konkret eine Reihe von Vertragsärzten mit der Zusatzbezeichnung „Umweltmedizin“ benennt, die in erreichbarer Nähe zum Wohnort ambulante Behandlungen zu Vertragsbedingungen der gesetzlichen Krankenversicherung anbieten.

Das SG lehnte den Antrag auf einstweiligen Rechtsschutz ab, *LSG Nordrhein-Westfalen*, Beschl. v. 10.09.2021 - L 11 KR 263/21 B ER - RID 22-01-86 wies die Beschwerde zurück, *BSG*, Beschl. v. 28.10.2021 - B 1 KR 19/21 S - juris verwarf die Beschwerde als unzulässig.

2. Psychotherapeutische Behandlungen bei Nichtvertragsarzt

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 20.10.2021 - L 5 KR 3078/19

RID 22-01-77

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 106/21 B

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 13 II u. III, 27

Eine Erstattung von Kosten für ambulante psychotherapeutische Behandlungen und probatorische Sitzungen bei einem nicht zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Arzt kommt nicht in Betracht, wenn die **Krankenkasse** die erforderliche **Zustimmung** nach § 13 II 5 SGB V nicht vor Inanspruchnahme der Behandlung erteilt hat.

Fehlt es schon an einer wirksamen **Wahlerklärung**, kommt es nicht darauf an, ob durch das Gericht die Zustimmung der Krankenkasse ersetzt werden kann.

Ein **Ersatz der Zustimmung** kommt auch nicht in Betracht, wenn nicht nachgewiesen ist, dass kein anderer **zugelassener Leistungserbringer** mit der konkret erforderlichen indikationsbezogenen Qualifikation in angemessener Nähe zur Verfügung steht. Bei einer psychotherapeutischen Behandlung sind grundsätzlich auch Wartezeiten zumutbar.

Ein **Systemversagen** liegt nicht vor, wenn ausreichend Behandler auch im Hinblick auf die Gesundheitsstörungen beim Kl. zur Verfügung stehen. Übliche Wartezeiten für die psychotherapeutische Behandlung sind bei zugelassenen Leistungserbringern regelmäßig zumutbar.

SG Mannheim, Gerichtsbs. v. 26.08.2019 - S 9 KR 99/19 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

3. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

a) PET/CT: Vorsorge und Abklärung von Metastasen

SG Karlsruhe, Gerichtsbescheid v. 17.03.2021 - S 5 KR 3172/20

RID 22-01-78

www.juris.de

SGB V §§ 2 Ia, 13 III, 39 I, 135 I 1

Leitsatz: § 2 Abs. 1a SGB V gilt nicht nur für therapeutische, sondern grundsätzlich auch für **diagnostische Maßnahmen**. Allerdings genügt es nicht, wenn die diagnostische Maßnahme nur der **allgemeinen Vorsorge** ohne konkreten Anlass dient - und sei es auch vor einer schwerwiegenden

Krankheit. Erforderlich ist vielmehr, dass für eine lebensbedrohliche oder regelmäßig tödliche oder wertungsmäßig vergleichbare Erkrankung ein begründeter Verdacht besteht, der sich aus tatsächlichen Anhaltspunkten ergibt.

Das *SG* wies die Klage ab.

b) Entfernung von Aknenarben mittels fraktionierter Laserbehandlung

LSG Hamburg, Urteil v. 21.10.2021 - L 1 KR 72/21

RID 22-01-79

www.juris.de
SGB V §§ 2 I, 27 I

Bei der **Entfernung von Aknenarben mittels fraktionierter Laserbehandlung** handelt es sich um eine sog. **neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode** ohne positive Stellungnahme des GBA, die gesetzliche Krankenkassen nicht im Rahmen der Regelversorgung, sondern allenfalls im Rahmen der sog. integrierten Versorgung (§ 140a SGB V) oder nach dem § 2 Ia SGB V im Falle lebensbedrohlicher oder regelmäßig tödlicher oder zumindest wertungsmäßig vergleichbarer Erkrankungen erbringen dürfen.

SG Hamburg, Gerichtsbb. v. 30.06.2021 wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

c) Behandlung der Kurzsichtigkeit durch orthokeratologische Kontaktlinsen

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 21.06.2021 - L 10 KR 303/20

RID 22-01-80

www.juris.de
SGB V §§ 13 III, 27 I, 33, 135

Orthokeratologische Kontaktlinsen werden nicht als Sehhilfe genutzt, sondern im Rahmen einer ärztlichen Behandlung zur gezielten Verformung des Auges eingesetzt. Während der Therapie muss regelmäßig eine Kontrolle der Augen erfolgen. Insoweit stellen sie kein Hilfsmittel dar, sondern sind Teil einer **Behandlungsmethode**.

Die Behandlung der Myopie durch orthokeratologische Kontaktlinsen ist eine **neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode** i.S.d. § 135 SGB V, für die es keine Anwendungsempfehlung des GBA gibt.

Bei orthokeratologischen Kontaktlinsen handelt es sich um speziell angepasste formstabile Kontaktlinsen, die über Nacht getragen werden und bewirken, dass sich das Auge so verformt, dass die Myopie (Kurzsichtigkeit) zurückgeht. Der Kostenvoranschlag belief sich hier auf 775,88 € für zwei Kontaktlinsen und Anpassungsaufwand. *SG Köln*, Gerichtsbb. v. 09.04.2020 - S 9 KR 1204/19 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück. *BSG*, Beschl. v. 30.11.2021 - B 3 KR 25/21 B - juris verwarf die Nichtzulassungsbeschwerde als unzulässig.

d) Gerät zur transkornealen Elektrostimulation

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 13.12.2021 - L 4 KR 310/19

RID 22-01-81

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 2 Ia, 33 I, 135 I, 137c, 137e

Die Therapie mittels OkuStim-System zur Behandlung einer Retinopathia pigmentosa ist nicht als abrechenbare Leistung im EBM enthalten (allein für die Dauer der ErpRL) und daher eine „**neue**“ **Behandlungsmethode**. Eine positive Empfehlung des GBA zu dieser Methode liegt bislang nicht vor. Es besteht ein Anspruch auf Übernahme der Kosten für eine Transkorneale Elektrostimulation zur Therapie bei Retinopathia pigmentosa auf der Grundlage des § 2 Ia SGB V, wenn die Erkrankung bereits zu **erheblichen Einschränkungen des Sehvermögens** - hier: Gesichtsfeldeinengung von 10°-geführt hat. Das Vorliegen einer notstandsähnlichen Situation muss sich deshalb an dem irreparablen Schaden des Verlusts der geringen Restsehkraft orientieren. Die TES-Therapie wird gezielt zur Verlangsamung des irreparablen Verlusts der Sehfähigkeit eingesetzt. Für die Kl. bedeutet sie gleichsam den Griff nach dem „letzten Strohalm“, weil andere Behandlungsmöglichkeiten nicht zur Verfügung stehen und die Erkrankung unweigerlich zur Erblindung führt.

SG Oldenburg, Gerichtsbb. v. 24.06.2019 - S 62 KR 952/18 - wies die Klage ab, das *LSG* verurteilte die Bekl., der Kl. die Kosten für die Anschaffung des OkuStim-Systems in Höhe von 6.225 € und die selbstbeschafften Oku-Elektroden in Höhe von insgesamt 3.813,98 € zu erstatten und zukünftig die Kosten für

die erforderlichen Oku-Elektroden und die im Zusammenhang mit der OkuStim-Therapie stehenden medizinischen Behandlungen zu übernehmen.

4. Keine regelmäßige MRT-Untersuchung der weiblichen Brust

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 11.11.2021 - L 16 KR 309/20

RID 22-01-82

www.juris.de

SGB V §§ 27 I 1, 135 I

Die **Magnetresonanztomographie der weiblichen Brust** (Mamma-MRT) ist ausschließlich bei bestimmten **Indikationen** in die vertragsärztliche Versorgung aufgenommen. Regelversorgung für die operative Versorgung der linken Brust ist eine Tumornachsorge im Sinne einer klinischen Tastüberwachung mit regelmäßigen sonographischen Kontrollen. Bei sonographischen Auffälligkeiten kann im weiteren Verlauf ggf. auch ein Mamma-MRT medizinisch indiziert sein. Voraussetzung hierfür ist jedoch eine richtlinienkonforme fachärztliche Indikationsstellung. Ein Anspruch auf eine regelmäßige MRT-Untersuchung unabhängig von der **Indikationsstellung** des Arztes ist ausgeschlossen (so auch LSG Niedersachsen-Bremen, Beschl. v. 11.03.2021 - L 4 KR 68/21 B ER - juris Rn. 20, RID 21-02-46; vgl. auch LSG Thüringen, Urt. v. 24.11.2015 - L 6 KR 826/12 - juris Rn. 17 ff., RID 16-02-93).

SG Aachen, Urt. v. 05.03.2020 - S 15 KR 359/19 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

5. Maßnahmen präimplantativer genetischer Diagnostik (Präimplantationsdiagnostik - PID)

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 19.11.2021 - L 4 KR 1498/20

RID 22-01-83

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 2 Ia u. II, 13 III, 27 I 1, 27a; GG Art. 3 I

Bei verheirateten Versicherten, die beide heterozygote Anlageträger der familiären ASS1-Veränderung c.1168G>A.p.(Gly390Arg) sind, besteht keine Behandlungsbedürftigkeit bezogen auf diese genetische Veränderung, so dass es bereits an einer Krankheit im krankenversicherungsrechtlichen Sinne fehlt. Durch eine **Präimplantationsdiagnostik** soll keine Funktionsbeeinträchtigung erkannt, geheilt, gelindert oder ihre Verschlimmerung verhütet werden. Sie bezweckt vielmehr, befruchtete Eizellen zu untersuchen und sie ggf. absterben zu lassen, wenn sie nach ärztlicher Erkenntnis den CTLN1 verursachenden Gendefekt aufweisen.

Die PID-Behandlung ist zur Herbeiführung einer gewünschten **Schwangerschaft** - generell - nicht erforderlich und daher vom Anspruch aus § 27a SGB V per se nicht umfasst.

Der Ausschluss der PID aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung ist verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden. Ein Verstoß gegen den allgemeinen **Gleichbehandlungsgrundsatz** liegt nicht vor.

SG Stuttgart, Gerichtsbb. v. 30.04.2020 - S 28 KR 1051/19 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

6. Weitere Kostenerstattung für Inseminationszyklen nach Satzungsregelung

LSG Hamburg, Urteil v. 26.08.2021 - L 1 KR 20/21

RID 22-01-84

www.juris.de

SGB V § 13 III

Eine Satzungsregelung „Die DAK-Gesundheit übernimmt für ihre Versicherten, die nach § 27a SGB V Anspruch auf Maßnahmen der künstlichen Befruchtung haben, zusätzlich zu den gesetzlich geregelten Ansprüchen in Höhe von 50 % der Behandlungskosten für die ersten drei Versuche weitere 50 % der mit dem Behandlungsplan genehmigten Kosten der Maßnahme, jedoch nicht mehr als die tatsächlich entstandenen Kosten.“ ist dahingehend auszulegen, dass der Anspruch auf Kostenerstattung nach **drei Inseminationszyklen** erschöpft ist. Es entsteht nicht für jede medizinisch indizierte **Methode** nach den Richtlinien über künstliche Befruchtung ein neuer Anspruch auf Kostenerstattung für die ersten drei Versuche.

SG Hamburg, Urt. v. 25.08.2020 - S 6 KR 109/18 - gab der Klage statt, das *LSG* wies die Klage ab.

7. Einstweilige Anordnung und Anordnungsgrund: Einsatz eines Sparvermögens (Hyperthermie)

LSG Baden-Württemberg, Beschluss v. 08.11.2021 - L 11 KR 3087/21 ER-B

RID 22-01-85

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 27; SGG § 86b II

Ist es einer Versicherten nach den von ihr dargelegten wirtschaftlichen Verhältnissen möglich und zumutbar, die **Kosten einer Hyperthermiebehandlung** in Höhe von 190 € je Sitzung (bei drei Sitzungen je Woche 570 €) aus eigenen finanziellen Mitteln, insb. aus ihrem Einkommen und Vermögen, zu finanzieren, dann besteht kein **Anordnungsgrund**. Ein Barvermögen in Gestalt eines **Sparbuchs** mit einem Guthaben von 18.000 € kann zur Finanzierung der gewünschten Behandlung eingesetzt werden. Dabei ist auch zu beachten, dass die Ast. selbst dann das Risiko tragen würde, die Kosten der Hyperthermie letztendlich zu tragen, wenn zu ihren Gunsten eine einstweilige Anordnung ergehen würde. Denn würde sich die einstweilige Anordnung im Hauptsacheverfahren nicht bestätigen, stünde der Ag. ein Rückerstattungsanspruch gegen die Ast. zu (vgl. z.B. BSG, Urt. v. 13.12.2016 - B 1 KR 1/16 R - BSGE 122, 170 = SozR 4-2500 § 31 Nr. 28).

SG Ulm, Beschl. v. 23.08.2021 - S 10 KR 1596/21 ER - lehnte den Antrag auf einstweiligen Rechtsschutz ab, das *LSG* wies die Beschwerde zurück.

8. Kein Eilrechtsschutz für Behandlung durch Facharzt für Umweltmedizin

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 10.09.2021 - L 11 KR 263/21 B ER

RID 22-01-86

www.juris.de

SGB V § 76; SGG § 86b II

Eine Versicherte hat keinen Anspruch auf **vorläufige Verpflichtung** der Krankenkasse zur Übernahme der Kosten einer Behandlung bei einem „**Facharzt für Umweltmedizin (Privatarzt)**“, wenn es ihr zumutbar ist, das Hauptsacheverfahren abzuwarten. Dies ist der Fall, da die Tätigkeit der Fachärzte für Hygiene und Umweltmedizin nicht die Behandlung von **akuten Krankheitszuständen** umfasst, aus der sich ggfls. das Erfordernis einer unaufschiebbaren Behandlung im Einzelfall ergeben könnte.

SG Köln, Beschl. v. 15.03.2021 - S 9 KR 429/21 ER - RID 22-01-76 lehnte den Antrag auf einstweiligen Rechtsschutz ab, das *LSG* wies die Beschwerde zurück, *BSG*, Beschl. v. 28.10.2021 - B 1 KR 19/21 S - juris verwarf die Beschwerde als unzulässig.

9. Bimaxilläre Umstellungsosteotomie aus Anlass eines Schlafapnoe-Syndroms

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 27.10.2021 - L 11 KR 561/17

RID 22-01-87

www.juris.de

SGB V §§ 13 III 1, IIIa, 27 I, 28, 29, 92 I

Die Beschränkung der Rückausnahme des § 28 II 7 SGB V i.V.m. § 29 IV SGB V auf die in den KFO-RL geregelten Indikationsgruppen kommt auch dann zum Tragen, wenn die **kieferorthopädischen Behandlungsmaßnahmen** ergänzend zu einer kieferchirurgischen Behandlung erforderlich geworden ist, die ihrerseits zur Behandlung der **Schlafapnoe** notwendig gewesen ist. Die gesetzlichen Regelungen zum Anspruch auf kieferorthopädische Behandlung und die auf ihnen fußenden KFO-RL sind als abschließend anzusehen.

SG Detmold, Urt. v. 30.06.2017 - S 24 KR 503/14 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

II. Stationäre Behandlung

1. Kein Behandlungsanspruch in Privatklinik

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 19.11.2021 - L 4 KR 403/20

RID 22-01-88

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 27, 39, 108

Die im Verlauf des Verfahrens eingetretene **Änderung der Rechtsprechung zu Sachleistungsansprüchen** im Rahmen von § 13 IIIa SGB V verletzt die Kl. auch nicht in ihren Rechten auf effektiven Rechtsschutz und ein faires Verfahren.

Die **Beschränkung auf zugelassene Krankenhäuser**, die mit den verfassungsrechtlichen Vorgaben im Einklang steht (vgl. BSG, Beschl. v. 09.06.2020 - B 1 KR 3/20 B - juris Rn. 9 m.w.N.), gilt ausnahmslos für den gesamten Bereich der stationären Behandlung (BSG, Urt. v. 23.11.1995 - 1 RK 5/94 - SozR 3-2500 § 13 Nr. 9, juris Rn. 13). Abgesehen von Notfällen können Versicherte daher im Sachleistungssystem auch im stationären Sektor grundsätzlich nur zugelassene Leistungserbringer zu Lasten der Krankenkassen in Anspruch nehmen (vgl. BSG, Urt. v. 09.10.2001 - B 1 KR 6/01 R - BSGE 89, 39 = SozR 3-2500 § 13 Nr. 25, juris Rn. 16).

Solange Versorgungsmöglichkeiten innerhalb des Kassensystems tatsächlich vorhandenen sind, sind die **subjektiven Gründe** für die Inanspruchnahme des privatärztlichen Leistungserbringers unerheblich (BSG, Urt. v. 24.09.1996 - 1 RK 33/95 - BSGE 79, 125 = SozR 3-2500 § 13 Nr. 11, juris Rn. 15).

SG Mannheim, Gerichtsbes. v. 12.12.2019 - S 10 KR 3403/18 - verurteilte die Bekl., die Kosten der Kl. für die operative kieferchirurgische Behandlung wegen einer obstruktiven Schlafapnoe gemäß dem Kostenvoranschlag vom 15.02.2018 zu übernehmen. Das **LSG** wies die Klage ab.

2. Immunbiologische Heilbehandlung mit Heilfiebertherapie nach Mammakarzinom ohne Rezidiv

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 11.10.2021 - L 11 KR 2003/20

RID 22-01-89

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 2 I u. II, 13 III, 27 I 1, 137c

Die im Rahmen einer vollstationären Behandlung zur Anwendung kommende **Fiebertherapie** ist keine anerkannte **Behandlungsmethode**.

Es besteht kein Anspruch auf **immunbiologische Heilbehandlung** mit Infusionsbehandlungen in Kombination mit aktiven **Heilfiebertherapien** einschl. verordneter Infusionen und Medikamente, wenn nach primärer Behandlung (hier: brusterhaltende Resektion des **Tumors**) mehr als **fünf Jahre lang kein Rezidiv** auftritt, denn es liegt keine schwerwiegende, die Lebensqualität auf Dauer nachhaltig beeinträchtigende Erkrankung mehr vor.

SG Heilbronn, Urt. v. 14.05.2020 - S 16 KR 784/18 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

Zu einem weiteren Gerichtsverfahren siehe LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 11.10.2021 - L 11 KR 2001/20 - RID 22-01-97.

3. Brustvergrößernde Operation: Kein Verstoß gegen allgemeinen Gleichheitssatz

LSG Sachsen, Urteil v. 15.07.2020 - L 1 KR 338/16

RID 22-01-90

www.juris.de

SGB V §§ 13 III, 27; GG Art. 3 I

Weder soll eine Mamma-Augmentationsplastik durch fehlendes Drüsengewebe verursachte **physiologische Funktionsausfälle** beheben, noch ist sie dazu objektiv geeignet. Eine brustvergrößernde Operation soll lediglich das **Erscheinungsbild** verändern.

Die **unterschiedliche Behandlung** von Versicherten mit **Mammahypoplasie** und von Versicherten **nach Mastektomie** wegen Mammakarzinoms findet ihren sachliche Rechtfertigung darin, dass bei letzteren die Mamma-Augmentationsplastik Teil einer einheitlichen Gesamtbehandlung ist, die nicht bereits mit der Wundheilung nach der operativen Entfernung des Tumors abgeschlossen ist, sondern erst mit Erreichen des Körperzustandes, der demjenigen vor dem Eingriff (weitgehend) entspricht. Die unterschiedliche Behandlung von Versicherten mit Mammahypoplasie und **transsexuellen**

Versicherten findet ihren sachlichen Grund in den Besonderheiten der gesetzlich besonders geregelten Krankheit des Transsexualismus, die auf andere Sachverhalte grundsätzlich nicht übertragbar sind.

SG Chemnitz, Urt. v. 02.11.2016 wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück. *BSG*, Beschl. v. 12.05.2021 - B 1 KR 3/21 B - juris verwarf die Nichtzulassungsbeschwerde als unzulässig.

4. Straffungsoperationen nach operativer Magenverkleinerung

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 30.11.2021 - L 11 KR 2088/21

RID 22-01-91

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 27 I 1 Nr. 5

Ein Anspruch auf eine **Straffungsoperation** im Bereich des Rückens sowie der Oberschenkel ergibt sich auch nicht daraus, dass die überschüssige Haut überhaupt erst durch die operative **Magenverkleinerung** hervorgerufen wurde und die operative Beseitigung dieser Folgeerkrankungen damit in das Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenversicherung fällt (so aber LSG Sachsen, Urt. v. 31.05.2018 - L 1 KR 249/16 - RID 18-03-84). Die Lebenssachverhalte einer operativen Behandlung eines Brustkarzinoms und einer bariatrischen Operation bei Adipositas mit möglicherweise anschließend sich einstellenden Hautfaltenüberschüssen sind nicht vergleichbar.

SG Heilbronn, Urt. v. 25.03.2021 - S 10 KR 1626/20 - gab der Klage statt, das *LSG* wies die Klage ab.

5. Adipositaschirurgische Operation: Absehen von konservativer Therapie

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 30.11.2021 - L 11 KR 481/21

RID 22-01-92

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 27 I 1, 39 I

Das SG hat einen Anspruch auf eine adipositaschirurgische Operation zutreffend verneint, weil die Kl. bisher hinsichtlich der Erkrankung Adipositas Grad III keine multimodale **konservative Therapie** mit einer Dauer von sechs Monaten durchgeführt hat und damit keine Indikation für eine chirurgische Therapie der Adipositas besteht.

Nach der **Interdisziplinären S 3-Leitlinie** zur „Prävention und Therapie der Adipositas“ kann eine chirurgische Therapie auch primär **ohne eine präoperative konservative Therapie** durchgeführt werden, wenn die konservative Therapie ohne Aussicht auf Erfolg ist oder der Gesundheitszustand des Patienten keinen Aufschub eines operativen Eingriffs zur Besserung durch Gewichtsreduktion erlaubt. Dies ist gegeben bei einer besonderen Schwere von Begleit- und Folgeerkrankungen der Adipositas, einem BMI > 50 kg/m² oder persönlichen psychosozialen Umständen, die keinen Erfolg einer Lebensstiländerung in Aussicht stellen. Eine Fallgestaltung, in der ausnahmsweise von dem Erfordernis einer präoperativen konservativen Therapie abgesehen werden kann, liegt nicht vor.

SG Heilbronn, Gerichtsbb. v. 16.12.2020 - S 12 KR 3163/19 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

III. Kostenerstattung

1. Genehmigungsfiktion

a) Keine Genehmigungsfiktion bei prophylaktischem Antrag

LSG Bayern, Urteil v. 13.10.2020 - L 20 KR 139/19

RID 22-01-93

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

Leitsatz: 1. Eine **spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf** im Sinne von § 2 Abs. 1a Satz 1 SGB V kann auch dann zu bejahen sein, wenn zwar keine Aussicht auf Heilung mehr besteht, wenn aber mit der Alternativbehandlung eine auf Indizien gestützte Aussicht auf einen über die palliative Standardtherapie hinausreichenden Erfolg im Sinne einer wenigstens positiven Einwirkung auf den Verlauf der Grunderkrankung selbst besteht, etwa durch Verlängerung der möglichst beschwerdefreien oder beschwerdearmen (Über-)Lebenszeit des (Tod-)Kranken. In der

Lebenszeitverlängerung als solcher liegt dann die positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf, die allerdings auch spürbar sein muss.

2. Damit eine Leistung als **genehmigt gelten** kann, bedarf es eines hinreichend bestimmten, fiktionsfähigen Antrags (BSG, Urt. v. 06.11.2018 - B 1 KR 20/17 R - SozR 4-2500 § 13 Nr. 43).

3. **Zweck der Genehmigungsfiktion** nach § 13 Abs. 3a SGB V ist es, die Krankenkassen zu einer zügigen Prüfung und Entscheidung anzuhalten, damit Versicherten erforderliche Krankenbehandlungen nicht unbotmäßig lange vorenthalten werden. Daran würde es vorbeigehen, wenn aufgrund eines z.T. **prophylaktischen Antrags** auf alle möglichen Therapiefacetten, die gegebenenfalls irgendwann irgendwie zum Einsatz kommen könnten (und im konkreten Fall auch über fünf Jahre nach Antragstellung teilweise noch nicht zum Einsatz gekommen sind), die Genehmigungsfiktion quasi als „Blanko-Bewilligung“ für lediglich potentielle künftige Leistungen eintreten würde.

Streitig zwischen den Beteiligten ist ein Sachleistungsanspruch bzgl. einer Behandlung des Kl. mit Hyperthermie, *Boswellia carterii* (Weihrauch), onkolytischen Viren, dendritischen Zellen und einem parenteralen Infusionsschema aus Curcumin, DCA, Artesunaten, Vitamin C und Amygdalin bei dem Arzt T sowie ein entsprechender Kostenerstattungs- bzw. Freistellungsanspruch für bereits selbstbeschaffte Leistungen. *SG Nürnberg*, Urt. v. 18.01.2019 - S 21 KR 33/16 - RID 19-02-60 wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück. *BSG*, Beschl. v. 28.9.2021 - B 1 KR 95/20 B - juris verwarf die Nichtzulassungsbeschwerde als unzulässig.

b) Zuschuss auf Zahnersatz

SG Darmstadt, Urteil v. 18.10.2021 - S 8 KR 233/17

RID 22-01-94

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 13 IIIa

Leitsatz: 1. Der **Antrag** auf Gewährung eines **Zuschusses auf Zahnersatz** ist umfassend zu verstehen und nicht auf die Geltendmachung des Eigenanteils begrenzt.

2. Bei **nicht fristgemäßer Entscheidung** bei einem Antrag auf Zahnersatz und Gutgläubigkeit des Versicherten hat die Krankenkasse einen **weiteren Zuschuss** bis zum Doppelten des Zuschusses zur Regelversorgung zu zahlen. Hintergrund dieser Regelung ist, dass die Krankenkasse durch die Einführung des § 13 Abs. 3a SGB V zu einer schnellen Entscheidung angehalten werden sollte. Sofern sie dieser Verpflichtung nicht nachkommt, kommt der ebenfalls in dieser Vorschrift enthaltene Sanktionsgedanke zum Tragen.

Das **SG** verurteilte die Bekl., dem Kl. die Kosten für Zahnersatz gemäß dem Heil- und Kostenplan vom 26.01.2016 in Höhe von 975,82 € zu erstatten, und wies im Übrigen (Antrag: Zahlung eines Betrags i.H.v. 26.414,15 €) die Klagen ab.

2. Vorherige Befassung der Krankenkasse

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 11.10.2021 - L 11 KR 2002/20

RID 22-01-95

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 2 I, 13 III; SGB X § 44 I

Beschafft sich ein Versicherter Leistungen selbst, bevor er sich an die Krankenkasse gewandt hat, scheidet schon aus diesem Grund ein Anspruch auf Kostenerstattung nach § 13 III 1 Alt. 2 SGB V aus. Das Erfordernis einer **vorherigen Befassung der Krankenkasse** als Voraussetzung für einen Kostenerstattungsanspruch gilt auch für Versicherte, die an einer **lebensbedrohlichen** oder regelmäßig tödlich verlaufenden bzw wertungsmäßig vergleichbaren Erkrankung leiden. Ist eine vorherige Befassung der Krankenkasse nicht möglich, kommt ein Anspruch wegen Selbstbeschaffung einer unaufschiebbaren Leistung (§ 13 III 1 Fall 1 SGB V) in Betracht.

SG Heilbronn, Urt. v. 14.05.2020 - S 16 KR 3474/17 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

3. Vorfestlegung auf Behandlung in Privatklinik

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 02.11.2021 - L 11 KR 1839/20

RID 22-01-96

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

Leitsatz: Die **Vorfestlegung** auf die Behandlung (nur) in einer ganz bestimmten, nicht zugelassenen Privatklinik ist auch anzunehmen, wenn **Krankheiten** vorliegen (hier: „depressive Störung“ und „undifferenzierte Somatisierungsstörung“), deren Therapie offenkundig ein alltäglicher Vorgang in der gesetzlichen Krankenversicherung ist, die Versicherte von vornherein ihren Antrag auf Vorab-Genehmigung auf diese Privatklinik gerichtet hat und alle Hinweise der Krankenkasse auf zugelassene Krankenhäuser mit verschiedenen Begründungen (u.a. Warteliste, nicht passende Therapieansätze) ablehnt. Ein Anspruch auf **Erstattung der Kosten** für eine selbst beschaffte Krankenhausbehandlung besteht nicht, wenn eine Versicherte zum Zeitpunkt der Selbstbeschaffung nicht (mehr) davon ausgehen durfte, dass ein Anspruch auf die beantragte Leistung besteht. Ein solcher Fall ist gegeben, wenn dem Antrag auf die Leistung (hier: Behandlung in einer nicht zugelassenen Privatklinik) kein ärztliches Attest beigelegt war, in dem die beantragte Leistung aus medizinischer Sicht befürwortet wird.

SG Stuttgart, Gerichtsbb. v. 17.05.2020 - S 28 KR 5303/18 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

4. Klageänderung nach Selbstbeschaffung der Leistung

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 11.10.2021 - L 11 KR 2001/20

RID 22-01-97

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 13 IIIa; SGB X § 39

Leitsatz: 1. Der Antrag einer Versicherten auf Genehmigung einer Sachleistung (hier: stationäre Behandlung zur Durchführung einer aktiven Heilfiebertherapie) hat sich **„auf andere Weise erledigt“** (§ 39 Abs. 2 SGB X), wenn sich die Versicherte zu einem späteren Zeitpunkt diese Leistung selbst beschafft.

2. Eine **Änderung** der auf die Erteilung der beantragten Genehmigung gerichteten Klage und die Geltendmachung eines Kostenerstattungsanspruchs ist nicht zulässig, wenn die Versicherte den Kostenerstattungsanspruch für die selbst beschaffte Therapie bereits in einem gesonderten Verwaltungs- und Gerichtsverfahren geltend macht.

3. Jedenfalls in einem solchen Fall bedarf es für einen Anspruch auf Gewährung einer (erneuten) Sachleistung für die Zeit nach der letzten selbst beschafften Behandlung eines **neuen Antrages**.

4. Ein Anspruch auf Erstattung selbst beschaffter Medikamente und sonstiger Präparate kann nicht mit einer **Leistungsklage** geltend gemacht werden, wenn die Kostenerstattung nicht zuvor bei der Krankenkasse beantragt und in einem Verwaltungsverfahren geprüft wurde.

SG Heilbronn, Ur. v. 14.05.2020 - S 16 KR 1972/17 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

Zum gesonderten Gerichtsverfahren siehe LSG Baden-Württemberg, Ur. v. 11.10.2021 - L 11 KR 2003/20 - RID 22-01-89.

5. Außervertragliche Psychotherapie: Zumutbare Wegstrecke bei Erkrankung an Morbus Crohn

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 05.11.2021 - L 26 KR 8/20

RID 22-01-98

www.juris.de
SGB V § 13 III

Eine an Morbus Crohn erkrankte Versicherte hat aufgrund Systemversagens einen Anspruch auf Erstattung von Kosten für eine **ambulante außervertragliche Psychotherapie**, wenn sie nicht rechtzeitig mit einer vertraglichen Psychotherapie versorgt werden kann. Dies ist der Fall, wenn sie im Umkreis ihres Wohnsitzes und ihrer Arbeitsstelle zwölf Therapeuten kontaktiert hat, von denen neun keine freien Plätze und drei nicht geantwortet haben.

Zwar ist die Bewältigung einer einfachen **Wegstrecke** von bis zu einer Stunde nicht grundsätzlich unzumutbar (vgl. hierzu BSG, Ur. v. 23.06.2010 - B 6 KA 22/09 R - SozR 4-2500 § 101 Nr. 8 zur

Sonderbedarfszulassung und einem Versorgungsgebiet mit einem Radius von 25 km; vgl. auch BSG, Urt. v. 17.03.2021 - B 6 KA 2/20 R - SozR 4-2500 § 101 Nr. 21, juris Rn. 34; LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 22.01.2014 - L 9 KR 394/13 B ER - nicht veröffentl., wonach Berliner Versicherten grundsätzlich Psychotherapeuten im gesamten Stadtgebiet zumutbar seien). Vorliegend war aber für die Frage der **Unzumutbarkeit** der jeweils etwa 50-minütigen Anreisezeit mit dem Auto von der Wohnanschrift der Kl. zu dem Vertragstherapeuten V im Verhältnis zur Wegstrecke von etwa 20 Minuten zu Dipl.-Psych. L die außergewöhnliche Belastungssituation durch die Symptomatik der nicht streitigen Morbus Crohn Erkrankung mit häufigem Stuhldrang maßgebend.

SG Berlin, Urt. v. 05.11.2019 - S 198 KR 752/18 - verurteilte die Bekl., an die Kl. 2.679,31 € zu zahlen. Das *LSG* wies die Berufung zurück.

6. Stationäre Krankenbehandlung im europ. Ausland: Private Auslandsreisekrankenversicherung

LSG Niedersachsen-Bremen, Beschluss v. 13.01.2022 - L 16 KR 31/21

RID 22-01-99

www.juris.de

SGB V §§ 13 III, IV u. V, 39

Leitsatz: Zum Kostenerstattungsanspruch nach § 13 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) gegen eine gesetzliche Krankenkasse bei **stationärer Krankenbehandlung im europäischen Ausland**, wenn eine **private Auslandsreisekrankenversicherung** die Kosten der Krankenhausbehandlung bereits erstattet hat.

Grundsätzlich **erlischt** bei zwei sich deckenden Leistungsansprüchen gegen eine private und eine gesetzliche Krankenversicherung der Leistungsanspruch bei Leistung des einen Trägers auch die Schuld des jeweils anderen, soweit sich die Ansprüche überschneiden. Hat der Versicherte seinen Behandlungsbedarf mit der Leistung eines seiner Schuldner gedeckt, erlischt die Schuld des anderen. In diesem Fall ist der Bedarf des Versicherten durch Leistung einer Versicherung entfallen. Dem Versicherten steht ein **Wahlrecht** offen, wen er in Anspruch nimmt. Soweit die Krankenkasse die Leistung nicht verweigert, aber der Versicherte die privat versicherte Leistung als eine der ihm möglichen Leistungen wählt, entfällt sein Anspruch aus dem GKV-System (BSG, Urt. v. 11.09.2018 - B 1 KR 7/18 R - BSGE 126, 277 = SozR 4-7610 § 812 Nr. 8). Dem Versicherten sind dann keine Kosten entstanden, die von der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 13 SGB V erstatten werden müssen.

SG Oldenburg, Urt. v. 01.12.2020 - S 62 KR 811/19 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

7. Zahnimplantatversorgung im Kosovo

SG Detmold, Urteil v. 02.11.2021 - S 33 KR 1348/20

RID 22-01-100

www.juris.de

SGB V §§ 16 I 1 Nr. 1, 30 I 1,

Es besteht kein Anspruch auf Erstattung von Kosten für eine im **Kosovo** durchgeführte **Zahnimplantatversorgung**, auch nicht aus zwischenstaatlichem Recht.

Das *SG* wies die Klage ab.

IV. Arzneimittel

1. Cannabis

a) Einschätzungsprärogative des behandelnden Arztes

SG Karlsruhe, Urteil v. 15.09.2021 - S 5 KR 527/21

RID 22-01-101

www.juris.de

SGB V § 31 VI

Leitsatz: 1) Bei der **erstmaligen Verordnung von Cannabis** hat der Vertragsarzt eine Einschätzungsprärogative. Angesichts dessen ist die inhaltliche Prüfung durch die Krankenkasse und das Gericht darauf beschränkt, ob die Einschätzung des Arztes nachvollziehbar, schlüssig und

widerspruchsfrei ist. Hingegen kommt es nicht darauf an, ob sich seine Einschätzung letztlich als „richtig“ erweist.

2) Die Krankenkasse kann die Versorgung mit Cannabis auch dann genehmigen (und vom Gericht dazu verurteilt werden), wenn **keine ärztliche Verordnung** vorliegt. Es muss nur klar sein, um welches Cannabisprodukt genau es geht.

Das **SG** verpflichtete die Bekl., die beantragte Versorgung mit Cannabisblüten und dem Arzneimittel Sativex zu genehmigen.

b) Möglichkeit einer Standardtherapie/Voraussetzungen der Einschätzungsprärogative

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 11.10.2021 - L 11 KR 494/21

RID 22-01-102

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 97/21 B

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 31 VI

Die Voraussetzungen des § 31 VI 1 Nr. 1 SGB V sind nicht erfüllt, wenn zur Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung, Depression, Angststörung, Schlafstörungen, des Stress-Syndrom, der Rückenschmerzen und des chronischen Schmerzsyndroms eine **allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung** zur Verfügung steht und auch im vorliegenden Einzelfall zur Anwendung kommen kann.

Unabhängig von einer gewissen **Einschätzungsprärogative** bzw. Therapiehoheit des behandelnden Vertragsarztes muss die ärztliche Einschätzung nach dem Gesetzeswortlaut die zu erwartenden Nebenwirkungen der zur Verfügung stehenden allgemein anerkannten, dem medizinischen Standard entsprechenden Leistungen darstellen. Ferner muss die Einschätzung den Krankheitszustand des Versicherten dokumentieren und eine Abwägung enthalten, mit der zum Ausdruck gebracht wird, ob, inwieweit und warum eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung nicht zur Anwendung kommen kann. Schließlich muss die Einschätzung in sich schlüssig und nachvollziehbar sein; sie darf nicht im Widerspruch zum Akteninhalt im Übrigen stehen.

SG Mannheim, Gerichtsbb. v. 05.01.2021 - S 13 KR 2168/20 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

c) Ergänzung der Einschätzungen des verordnenden Arztes

SG Detmold, Urteil v. 16.11.2021 - S 33 KR 1473/20

RID 22-01-103

www.juris.de

SGB V § 31 VI

Die **begründeten Einschätzungen** des verordnenden Arztes können auch noch im gerichtlichen Verfahren, nicht nur bis zum Ende des Verwaltungsverfahrens (so aber LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 30.01.2019 - L 11 KR 442/18 B ER -; LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 25.01.2019 - L 11 KR 240/18 B ER - juris) **konkretisiert und ergänzt** werden. Die begründete Einschätzung kann aber nicht durch nachgängige Ermittlungen, z.B. durch die Einholung eines **Sachverständigengutachtens**, substituiert werden. Anders gelagert ist es aber, wenn die Angaben des behandelnden Vertragsarztes, die im Verwaltungsverfahren vorgelegt wurden, zu knapp, unvollständig oder ungenau sind und diese Angaben durch Befragen des Arztes im Gerichtsverfahren noch ergänzt werden können.

Das **SG** verurteilte die Bekl., der Kl. für die Selbstbeschaffung des Arzneimittels Sativex Spray mit dem Wirkstoff Dronabinol die seit dem 05.10.2019 bis zum 16.11.2021 entstandenen Kosten in Höhe von 3.164,50 € zu erstatten, sowie die Kl. zukünftig entsprechend vertragsärztlicher Verordnung mit dem Arzneimittel Sativex Spray mit dem Wirkstoff Dronabinol zu versorgen.

d) ADHS mit Persistenz im Erwachsenenalter

SG Frankfurt a. M., Gerichtsbescheid v. 11.10.2021 - S 25 KR 313/18

RID 22-01-104

www.juris.de

SGB V § 31 VI

Eine behandlungsbedürftige **ADHS** mit Persistenz im Erwachsenenalter ist eine schwerwiegende Erkrankung. Ein **chronisches Schmerzsyndrom** bei Zustand nach Clavicularfraktur links kann ebfd. eine nachhaltige Einschränkung der Lebensqualität bewirken.

Können sowohl die zur ADHS-Behandlung im Erwachsenenalter aktuell zugelassenen Substanzen Methylphenidat (z.B. Medikinet adult), Azomoxetin (Strattera) und Lisdexamphetamin (Elvanse adult) als auch eine Off-Label-Therapie mit Stimulanzien (z.B. Amphetamin) und dem Medikament Guanfacin wegen eines Aneurysmas der Arteria cerebri anterior nicht zur Anwendung kommen und sind alle weiteren in den S3-Leitlinien zur Behandlung der ADHS im Erwachsenenalter empfohlenen nicht-medikamentösen Behandlungsalternativen (Ergotherapie, Neurofeedback, Psychotherapie) bereits ohne nachhaltigen Erfolg eingesetzt worden, dann stehen **allgemein anerkannte Behandlungsoptionen** nicht zur Verfügung.

Cannabinoide können eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf eine spürbare positive **Einwirkung auf den Krankheitsverlauf** und auf die schwerwiegenden Symptome der ADHS im Sinne des § 31 VI 1 Nr. 2 SGB V haben.

Das **SG** verurteilte die Bekl., dem Kl. die Versorgung mit Medizinal-Cannabis zu genehmigen.

2. Festbetrag (Augentropfen Xalacom®): Voraussetzungen für eigenanteilsfreie Versorgung

LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 27.12.2021 - L 9 KR 430/19

RID 22-01-105

www.juris.de

SGB V §§ 13, 27, 31, 35

Die gesetzlich vorgegebenen Kriterien der **Festbetragsfestsetzung** sind nicht an den individuellen Verhältnissen des einzelnen Patienten ausgerichtet, sondern orientieren sich in generalisierender Weise an allen Versicherten. Geht es dagegen um einen **atypischen Ausnahmefall**, in dem - trotz Gewährleistung einer ausreichenden Arzneimittelversorgung durch die Festbetragsfestsetzung im Allgemeinen - aufgrund der ungewöhnlichen Individualverhältnisse keine ausreichende Versorgung zum Festbetrag möglich ist, greift die Leistungsbeschränkung auf den Festbetrag nicht ein. Nach allgemeinen Grundsätzen tragen die Versicherten hierfür die objektive Beweislast.

Der Anspruch eines Versicherten auf **eigenanteilsfreie Versorgung** mit einem nur oberhalb des Festbetrags erhältlichen Festbetragsarzneimittel hängt davon ab, dass bei ihm zumindest **objektiv nachweisbar**

- eine zusätzliche behandlungsbedürftige **Krankheit** oder eine behandlungsbedürftige Verschlimmerung einer bereits vorliegenden Krankheit nach indikationsgerechter Nutzung aller anwendbaren, preislich den Festbetrag unterschreitenden Arzneimittel eintritt,
- dass die zusätzliche Erkrankung/Krankheitsverschlimmerung zumindest mit überwiegender Wahrscheinlichkeit jeweils wesentlich durch die **Anwendung der den Festbetrag im Preis unterschreitenden Arzneimittel** bedingt ist
- und dass die Anwendung des nicht zum Festbetrag verfügbaren Festbetragsarzneimittels **ohne Nebenwirkungen** im Ausmaß einer behandlungsbedürftigen Krankheit bleibt und in diesem Sinne alternativlos ist (vgl. zum Ganzen LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 21.01.2013 - L 9 KR 333/12 B ER - juris Rn. 7-12, RID 13-03-127).

SG Cottbus, Urt. v. 30.10.2019 - S 37 KR 401/17 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

3. Lynparza (Olaparib) bei metastasiertem Leiomyosarkom

LSG Niedersachsen-Bremen, Beschluss v. 23.12.2021 - L 16 KR 516/21 B ER

RID 22-01-106

www.juris.de

SGB V §§ 2 Ia, 27; GG Art. 2 II

Leitsatz: Zum Anspruch auf Versorgung mit dem Medikament **Lynparza (Olaparib) bei metastasiertem Leiomyosarkom** aus § 2 Abs. 1a SGB V im Wege des **einstweiligen Rechtsschutzes**, wenn eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung nicht mehr zur Verfügung steht.

Keine Verweisung auf eine **rein palliativ-symptomatische Behandlung** der Versicherten nur noch zur Schmerzlinderung, wenn Aussicht auf eine (palliativ) positive Auswirkung auf das Tumorgeschehen im Sinne einer Verlangsamung des Wachstums oder einer Größenverringering des Tumors besteht.

Bei der **Kollision der Behandlungsziele** nach § 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V der Linderung von Beschwerden und der Lebensverlängerung obliegt die Wahl dem Versicherten und den Ärzten, andernfalls ließe § 2 Abs. 1a SGB V ins Leere, da eine rein palliative Behandlung der Symptome ohne weitere Bestrebung, auf die Krankheit Einfluss zu nehmen, stets möglich ist. § 2 Abs. 1a SGB V dient dazu, der objektiv-rechtlichen Pflicht des Staates nachzukommen, sich schützend und fördernd vor die Rechtsgüter des Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG zu stellen.

Die Grundsätze des § 2 Abs. 1a SGB V greifen im Einzelfall (hier: wenige Metastasen in einem begrenzten Bereich) auch, wenn bereits **zu Behandlungsbeginn eine palliative Situation** vorliegt (Abgrenzung zu LSG Bayern, Urt. v. 09.11.2017 - L 4 KR 49/13 - RID 18-01-54. juris Rn. 84: „absolut palliative Situation“).

Die Anforderungen an ernsthafte Hinweise auf eine nicht ganz entfernt liegende **Aussicht auf eine spürbare positive Einwirkung** auf den Krankheitsverlauf sind im Lichte des Nikolausbeschlusses des Bundesverfassungsgerichts umso geringer, je schwerwiegender die Erkrankung und hoffnungsloser die Situation des Betroffenen im konkreten Fall ist.

Für hinreichende Anhaltspunkte auf eine **positive Einwirkung** auf den Krankheitsverlauf der Versicherten sprechen, dass die Behandlung mit Olaparib nicht lediglich vom behandelnden Arzt, sondern vom molekularen Tumorboard und ihm folgend der Tumorkonferenz der behandelnden Universitätsklinik vorgeschlagen und empfohlen wurde.

Die Einordnung als rein **experimentelle Behandlung** scheidet aus, weil schon eine Zulassung und Erfahrung mit einer Reihe anderer Krebsarten besteht.

SG Hildesheim, Beschl. v. 22.10.2021 - S 60 KR 4026/21 ER - verpflichtete die Ag., der Ast. bis zum Abschluss des Hauptsacheverfahrens vorläufig die Kosten für die Therapie mit dem Medikament Lynparza zu übernehmen. Das *LSG* wies die Beschwerde zurück.

V. Hilfsmittel/Heilmittel

1. Geh- und Stehtrainer Innowalk®

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 10.08.2021 - L 11 KR 4247/19

RID 22-01-107

Revision anhängig: B 3 KR 8/21 R

www.juris.de

SGB V §§ 2 Ia, 33 I u. Vb, 135

Der Geh- und Stehtrainer **Innowalk®** wird spezifisch im Rahmen der ärztlich verantworteten Krankenbehandlung eingesetzt, um zu ihrem Erfolg beizutragen. Das mit dem Innwalk® verfolgte Konzept besteht in einer Kombination der unterstützten Vertikalisierung und des fremdkraftbetriebenen Beintrainings. Jedes dieser Konzepte für sich ist nicht neu in diesem Sinne, sondern gehört zum Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Konzepte entsprechen denen der im Hilfsmittelverzeichnis gelisteten Stehständer (Produktgruppe 28, Hilfsmittelnr. 28.29.01) und fremdkraftbetriebenen Beintrainer (Produktgruppe 32, Hilfsmittelnr. 32.06.01). Die **Kombination dieser Behandlungskonzepte** führt nicht zu einem neuartigen Konzept, sondern nur zu einer intensiveren Umsetzung jedes der genannten Konzepte (vgl. LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 31.07.2019 - L 4 KR 635/19 ER-B - RID 20-04-86).

Einer Versorgung mit dem Geh- und Stehtrainer steht jedoch die Sperrwirkung des § 135 I 1 SGB V entgegen. Gegenüber den gelisteten Hilfsmitteln Stehständer und fremdkraftbetriebene Beintrainer bestehen **erhöhte Risiken** für den Anwender, die eine positive **Bewertung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss** erforderlich machen. In der Gesamtbetrachtung ergeben sich erheblichen Abweichungen zu den bereits anerkannten Behandlungsmethoden.

Der Innowalk® dient nicht der Vorbeugung einer Behinderung im **Grundbedürfnis** „Stehen“ und „Gehen“, da mit der Nutzung keine Verschlechterung der (nicht vorhandenen) Geh- und Stehfähigkeit abgewendet, sondern diese Fähigkeiten wiederhergestellt werden sollen.

SG Karlsruhe, Urt. v. 19.11.2019 - L 11 KR 4247/19 - verurteilte die Bekl., den Kl. mit dem Hilfsmittel Innowalk® der M GmbH für eine Mietdauer von 12 Monaten zu einem Preis i.H.v. 8.383,55 € zu versorgen, das *LSG* wies die Klage ab.

2. Liege-Dreirad mit Elektromotor und Zubehör

SG Aachen, Urteil v. 18.01.2022 - S 13 KR 333/21

RID 22-01-108

www.juris.de

SGB V § 33 I

Bei einem **Liege-Dreirad** handelt es sich um einen **Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens**, weil es nicht speziell für die Bedürfnisse behinderter Menschen konstruiert worden ist und nicht nur von Behinderten eingesetzt wird (vgl. BSG, Urt. v. 16.09.1999 - B 3 KR 1/99 R - BSGE 84, 266 = SozR 3-2500 § 33 Nr. 33; speziell für das Liege-Dreirad LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 02.02.2021 - L 11 KR 635/20 - RID 21-02-84 mit ausführlicher Begründung).

Ein Liege-Dreirad mit Elektromotor ist weder zur Sicherung des Erfolgs einer Krankenbehandlung noch zur Vorbeugung einer drohenden Behinderung noch zum Ausgleich einer Behinderung erforderlich, wenn es für die Bewältigung von Strecken genutzt werden soll, die über den **Nahbereich der Wohnung** hinausgehen.

Das *SG* wies die Klage ab.

3. Therapie-Tandem für Kind

LSG Hessen, Urteil v. 06.08.2021 - L 1 KR 195/20

RID 22-01-109

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 33

Ein 2008 geb. Versicherter hat einen Anspruch auf ein **Therapie-Tandem**, wenn er sich damit durch eigene körperliche Bewegung den **Nahbereich erschließen** kann, weil er auf dem Therapie-Tandem mittreten und dadurch mit eigener Muskelkraft (gemeinsam mit dem Tandem-Partner) allgemeine Versorgungswege, z.B. zum Milchholen auf dem Bauernhof, ebenso wie die gesundheitserhaltenden Wege zu Ärzten und Therapeuten zurücklegen kann. Ein weiteres allgemeines Grundbedürfnis des täglichen Lebens ist die entwicklungsbedingt notwendige Integration des Versicherten im Kreis Gleichaltriger und der Familie.

SG Darmstadt, Gerichtsbes. v. 05.06.2020 - S 8 KR 204/18 - juris = www.sozialgerichtsbarkeit.de wies die Klage ab, das *LSG* verurteilte die Bekl., dem Kl. Kosten für das Therapie-Tandem Pino Steps der Firma E. in Höhe von 5.453,70 € zu erstatten, und wies im Übrigen die Berufung zurück.

4. Echthaarperücke

a) Fehlender Versorgungsvertrag mit Leistungserbringern

LSG Schleswig-Holstein, Urteil v. 09.11.2021 - L 10 KR 122/17

RID 22-01-110

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 33, 127

Leitsatz: 1. Schließt eine Krankenkasse für die Versorgung mit einem Hilfsmittel (hier: Echthaarperücke) **keinen Versorgungsvertrag mit Leistungserbringern** oder deren Verbänden nach § 127 Abs. 1 SGB V und trifft sie auch keine Einzelfallvereinbarung nach § 127 Abs. 3 SGB V, liegt ein **Systemversagen** vor.

2. Bei der dadurch erzwungenen **Selbstbeschaffung** des Hilfsmittels durch die Versicherte trifft diese eine **Schadenminderungspflicht**; die Versicherte hat dabei aber nur Vorsatz und grobe Fahrlässigkeit zu vertreten. Eine Beschränkung des Kostenerstattungsanspruchs aus § 13 Abs. 3 SGB V kommt daher nur in Betracht, wenn die Versicherte bei der Selbstbeschaffung des Hilfsmittels die erforderliche Sorgfalt in besonders schwerem Maß verletzt.

SG Kiel, Gerichtsb. v. 13.06.2017 - S 10 KR 222/16 - wies die Klage ab, das *LSG* verurteilte die Bekl., der Kl. für die selbstbeschaffte Perücke Kartho KHI-03009 entstandene Kosten in Höhe von 1.135 € zu erstatten.

b) Abgabe zum Vertragspreis

LSG Hamburg, Urteil v. 21.10.2021 - L 1 KR 11/21

RID 22-01-111

www.juris.de
SGB V § 33

Eine Abgabe von kurzen bis mittleren **Echthaarperücken** ist zum **Vertragspreis** möglich.

SG Hamburg, Gerichtsb. v. 17.12.2020 - S 30 KR 2772/18 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

c) Zuzahlungsverlangen unzulässig

LSG Schleswig-Holstein, Urteil v. 09.11.2021 - L 10 KR 92/18

RID 22-01-112

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 33, 127

Leitsatz: 1. Die Krankenkassen erfüllen den **Sachleistungsanspruch** eines Versicherten auf die Versorgung mit einem Hilfsmittel durch die Übernahme des vertraglich nach § 127 Abs. 1 SGB V dafür vereinbarten Preises (§ 33 Abs. 7 SGB V).

2. Die **Leistungserbringer** sind nicht berechtigt, für das Hilfsmittel von dem Versicherten eine **Zuzahlung** zu verlangen.

3. Soweit vertraglich nach § 127 Abs. 1 SGB V eine bestimmte **Form der Mehrkostenerklärung** vereinbart worden ist, dürfen Leistungserbringer von dem Versicherten Mehrkosten nach § 33 Abs. 1 Satz 9 SGB V nur verlangen, wenn dieser die entsprechende Mehrkostenerklärung tatsächlich abgegeben hat.

SG Schleswig, Gerichtsb. v. 11.07.2018 - S 26 KR 266/17 - verurteilte die Bekl., der Kl. für die selbstbeschaffte Perücke weitere 1.169,89 € zu erstatten, das *LSG* wies die Klage ab.

5. Atemschutzmaske

SG Köln, Urteil v. 22.06.2021 - S 12 KR 1143/20

RID 22-01-113

www.juris.de
SGB V §§ 13 III, IIIa, 33 I

Eine **Atemschutzmaske** dient nicht den in § 33 I 1 SGB V aufgeführten **Leistungszwecken**, insb. wird durch sie der Erfolg einer Krankenbehandlung nicht gesichert. Ferner handelt es sich um einen **Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens**. Eine Atemschutzmaske ist der Eigenverantwortung des Versicherten zuzuordnen. Sie dient nicht der spezifischen Krankenbehandlung oder dem Ausgleich einer Behinderung.

Das *SG* wies die Klage ab.

VI. Rehabilitation/Häusliche Krankenpflege/Fahrkosten

1. Rehabilitation

a) Keine Ausschöpfung der ambulanten Krankenbehandlung

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 02.11.2021 - L 11 KR 2004/21

RID 22-01-114

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 11, 40, 111

Das SG hat die rechtlichen Voraussetzungen für den geltend gemachten Anspruch zutreffend dargestellt sowie überzeugend begründet, dass hinsichtlich der chronischen Lumbalgie bei degenerativen Veränderungen sowie der ganz im Vordergrund stehenden psychischen Erkrankung die **ambulante Krankenbehandlung nicht ausgeschöpft** ist mit der Folge, dass eine (stationäre) Leistung zur medizinischen Rehabilitation nach § 40 II SGB V ausscheidet, und zudem die Rehabilitationsfähigkeit des Klägers sowie eine positive Rehabilitationsprognose äußert zweifelhaft erscheint.

SG Reutlingen, Gerichtsbb. v. 05.05.2021 - S 9 KR 2477/20 - wies die Klage ab, das LSG die Berufung zurück.

b) Aufforderung zum Reha-Antrag

aa) Anforderungen an Gutachten/Keine Nachholung der Ermessensausübung

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 02.11.2021 - L 11 KR 1134/21

RID 22-01-115

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 51 I; SGB X § 35 I

Ein **Gutachten** i.S.d. § 51 I SGB V muss qualitativen Anforderungen genügen, also jedenfalls summarisch die erhobenen Befunde wiedergeben und sich zu den durch die festgestellten Gesundheitsstörungen bedingten Leistungseinschränkungen und ihrer voraussichtlichen Dauer äußern. Es muss die erhobenen Befunde und die medizinischen Gesichtspunkte enthalten, die die Beurteilung darüber zulassen, welche Leistungseinschränkungen die festgestellten Gesundheitsstörungen zur Folge haben und welche voraussichtliche Dauer anzunehmen ist. Das Gutachten muss aus sich heraus verständlich und für die Verwaltungsentscheidung der Krankenkasse und eine gerichtliche Überprüfung nachvollziehbar sein.

Bei der Aufforderung eines Versicherten nach § 51 I SGB V, einen Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben zu stellen, handelt es sich um eine **Ermessensentscheidung**. Ein Bescheid, der keinerlei Ausführungen enthält, aus denen sich ergibt, dass überhaupt Ermessen erkannt und ausgeübt wird, ist rechtswidrig.

Die **Nachholung** einer zunächst unterbliebenen Ausübung von Ermessen im Widerspruchsbescheid kann nicht gelten, wenn dadurch nachträglich eine **bereits zeitlich überholte Fristsetzung** gerechtfertigt werden soll. Unerheblich ist, dass sich die Dauer der Frist bereits aus dem Gesetz selbst ergibt. Maßgebend ist, dass die Frist mit der Aufforderung zur Stellung eines Reha-Antrages verknüpft ist. In einem solchen Fall ist für die Prüfung der Rechtmäßigkeit des Verwaltungsakts nicht auf den **Zeitpunkt der letzten Behördenentscheidung**, sondern auf den **Zeitpunkt des Erlasses des Ausgangsbescheides** abzustellen.

SG Heilbronn, Gerichtsbb. v. 27.11.2019 - S 14 KR 776/20 - wies die Klage ab, das LSG hob den angefochtenen Bescheid auf.

bb) Nachholung der Ermessensausübung im Widerspruchsbescheid

LSG Baden-Württemberg, Beschluss v. 25.10.2021 - L 4 KR 2522/20

RID 22-01-116

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 51 I; SGB X § 35

Das SG hat die rechtlichen Voraussetzungen, unter denen die Krankenkasse Versicherten im Krankengeldbezug eine Frist zur Stellung eines Antrags auf Leistungen zur medizinischen Reha

stellen kann (§ 51 SGB V), im Einzelnen dargelegt und zutreffend ausgeführt, dass und aus welchen Gründen diese Voraussetzungen beim Kläger erfüllt waren. Gleichermäßen zutreffend hat es dargelegt, dass die Entscheidung der Beklagten mit der **im Widerspruchsbescheid nachgeholtten Ermessensentscheidung** auch keine Ermessensfehler erkennen lässt.

SG Freiburg, Urt. v. 24.07.2020 - S 19 KR 2432/18 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

2. Häusliche Krankenpflege

a) Kein Erstattungsanspruch bei Zahlung eines anderen Trägers

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 10.12.2021 - L 9 KR 234/18

RID 22-01-117

www.juris.de

SGB V §§ 13 III, 37 II; SGB X §§ 102 ff.; BGB §§ 362, 1791b

Leitsatz: Mit der **vorbehaltlosen Zahlung** von Rechnungen für Leistungen der häuslichen Krankenpflege durch den Träger der Sozial- oder Jugendhilfe erlischt der Zahlungsanspruch des Pflegedienstes gegen einen Versicherten.

Versicherte können den **möglichen Erstattungsanspruch des Trägers** der Sozial- oder Jugendhilfe nicht stellvertretend für den Träger gegenüber der Krankenkasse gemäß § 13 Abs. 3 SGB V verfolgen. Ein **Rückgriff des Trägers** der Sozial- oder Jugendhilfe auf den Versicherten ist regelmäßig unzulässig.

Die Beteiligten streiten über die Begleichung der Kosten häuslicher Krankenpflege in Höhe von insgesamt 86.946,48 € von 21.05.2015 bis einschließlich Dezember 2015 sowie in Höhe von 357.851,43 € für die Zeit von April 2016 bis einschließlich Juni 2017. *SG Berlin*, Gerichtsbb. v. 28.06.2018 - S 81 KR 1383/17 - u. v. 01.08.2018 - S 72 KR 91/16 - wies die Klagen ab, das *LSG* verwarf die Berufung als unzulässig, soweit es den Zeitraum 01.10.2015 bis 31.12.2015 betrifft, im Übrigen wies es die Berufung zurück.

b) Leistungserbringung durch haushaltsangehörige Tochter

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 20.10.2021 - L 5 KR 2047/19

RID 22-01-118

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 37 III

Wie das *SG* ist der Senat der Überzeugung, dass die beantragten Leistungen der häuslichen Krankenpflege von **im Haushalt des Kl. lebenden Personen** - namentlich seiner Tochter - erbracht wurden und auch erbracht werden konnten. Ein Anspruch gegen die Bekl. auf Leistungen der häuslichen Krankenpflege ist deshalb gem. § 37 III SGB V ausgeschlossen. Im Übrigen fehlen jegliche Darlegungen zur Zusammensetzung der geltend gemachten Beträge und Nachweise zu entstandenen Kosten.

SG Freiburg, Gerichtsbb. v. 24.05.2019 - S 14 KR 3818/18 wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

3. Fahrkosten

a) Außergewöhnliche Gehbehinderung/Vergleichbare Beeinträchtigung der Mobilität

SG Karlsruhe, Urteil v. 20.09.2021 - S 6 KR 3712/20

RID 22-01-119

www.juris.de

SGB V § 60; SGB IX § 229 III; KrTRL § 8

Leitsatz: 1. Vergleichbar in ihrer Mobilität beeinträchtigt wie ein außergewöhnlich gehbehinderter Mensch i.S.v. § 8 Abs. 4 i.V.m. Abs. 3 Satz 1 Krankentransport-RL sind nur solche Personen, deren **Mobilitätseinschränkungen** allenfalls unwesentlich hinter einer versorgungsbehördlich festgestellten **außergewöhnlichen Gehbehinderung** i.S.v. § 229 Abs. 3 SGB IX zurückbleiben.

2. Dies sind: Personen, die materiell die Voraussetzungen des **Nachteilsausgleichs „aG“** erfüllen, ohne dass eine entsprechende Feststellung vorliegt; Personen mit einer erheblichen mobilitätsbezogenen Teilhabebeeinträchtigung i.S.v. § 229 Abs. 3 Satz 2 SGB IX, die noch keinem GdB von 80 entspricht; Personen mit beidseitiger Amelie oder Phokomelie oder vergleichbaren Funktionseinschränkungen.

3. Offengelassen: Vergleichbarkeit von Mobilitätseinschränkungen, die nur für einen vorübergehenden Zeitraum von **weniger als sechs Monaten** bestehen, in dieser Zeit aber das Gewicht einer außergewöhnlichen Gehbehinderung oder einer der sonstigen unter 2) genannten Funktionseinschränkungen erreichen.

Das *SG* wies die Klage ab.

b) Stufenweise Wiedereingliederung: Keine Fahrkosten

SG Leipzig, Urteil v. 08.09.2021 - S 22 KR 100/21

RID 22-01-120

www.juris.de

SGB V §§ 2, 60 V, 74

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*, Ur. v. 17.06.2020 - S 18 KR 967/19 - RID 20-03-100).

Das *SG* wies die Klage ab.

VII. Beziehungen zu Krankenhäusern

1. Vergütungsanspruch/Fälligkeit

a) Unmöglichkeit der Behandlung im eigenen Haus erst nach stationärer Aufnahme

LSG Mecklenburg-Vorpommern, Urteil v. 28.05.2020 - L 6 KR 52/16

RID 22-01-121

www.juris.de

SGB V §§ 39 I, 109 IV 3, 112, 115a I 1 Nr. 1; KHEntG §§ 7, 9

Leitsatz: Wird im Rahmen der Aufnahmeuntersuchung mehrtägige Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit sicher festgestellt, während sich die **Unmöglichkeit der Behandlung** im eigenen Haus erst nach erfolgter Aufnahme herausstellt, steht dem Vergütungsanspruch des Krankenhauses wegen vollstationärer Behandlung weder entgegen, dass der Versicherte bereits nach kurzer Behandlung in ein anderes Haus **verlegt** wird, noch dass die Behandlung ausschließlich im sog. Schockraum und nicht „auf Station“ erfolgt.

SG Stralsund, Ur. v. 27.05.2016 - S 3 KR 88/13 - wies die Klage ab, das *LSG* verurteilte die Bekl., an die Kl. 704,12 € nebst Zinsen zu zahlen.

b) Notwendigkeit einer stationären Behandlung

aa) Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

LSG Hamburg, Urteil v. 23.09.2021 - L 1 KR 94/20

RID 22-01-122

www.juris.de

SGB V §§ 39, 109 IV 3

Die Auffassung der Vorinstanz, allein die Tatsache, dass sich die bestehenden Risiken nicht realisiert hätten und die Versicherte während ihres Aufenthalts **keiner nächtlichen Interventionen** bedurft habe, spricht nicht gegen die Notwendigkeit einer stationären Behandlung in einer Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie.

SG Hamburg, Ur. v. 13.07.2020 verurteilte die Bekl., an die Kl. 35.088,89 € nebst Zinsen zu zahlen, das *LSG* wies die Berufung zurück.

bb) Vorrangigkeit einer ambulanten multimodalen Schmerztherapie

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 25.08.2021 - L 11 KR 27/19

RID 22-01-123

www.juris.de

SGB V §§ 12, 39, 109

Ist eine **ambulante multimodale Schmerztherapie** vorrangig durchzuführen und sind die ambulanten Behandlungsansätze nicht ausgeschöpft, dann besteht keine Indikation für eine **stationäre Behandlung**.

SG Gelsenkirchen, Urt. v. 03.12.2018 - S 45 KR 592/16 - wies die Klage ab, das *LSG* verurteilte die Bekl., an die Kl. 1.968,39 € nebst Zinsen zu zahlen.

cc) Teilstationäre multimodale Schmerztherapie

LSG Hamburg, Urteil v. 23.09.2021 - L 1 KR 17/20

RID 22-01-124

www.juris.de

SGB V §§ 12, 39, 109

Eine **teilstationäre multimodale Schmerztherapie** ist nicht **erforderlich**, wenn die Ursachen der Beschwerden des Versicherten **bisher nicht behandelt** worden sind, er zuvor insb. weder von einem Psychiater noch einem Psychotherapeuten noch einem Neurologen noch einem Anästhesisten noch einem ausgewiesenen Schmerztherapeuten behandelt worden ist.

SG Hamburg, Urt. v. 21.01.2020 - S 56 KR 1628/17 - verurteilte die Beklagte, an die Kl. 2.310,20 € zu zahlen, das *LSG* wies die Klage ab.

c) Notfallbehandlung

aa) Behandlung in Notfallambulanz/Landesvertrag

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 07.06.2021 - L 10 KR 776/20

RID 22-01-125

www.juris.de

SGB V §§ 39 I, 75 Ib, 109 IV 3, 115a I Nr. 1

Die **Verordnung einer vorstationären Behandlung** muss auf der Überlegung beruhen, dass gerade eine Krankenhausbehandlung ohne Unterkunft und Verpflegung medizinisch geeignet ist, die Erforderlichkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung zu klären oder die vollstationäre Krankenhausbehandlung vorzubereiten (BSG, Urt. v. 19.06.2018 - B 1 KR 26/17 R - BSGE 126, 79 = SozR 4-2500 § 39 Nr. 30, juris, Rn 21).

Eine **stationäre Behandlung** liegt nicht vor, wenn der Versicherte die Notfallambulanz des Krankenhauses nicht verlässt und nicht in irgendeiner Weise in das Versorgungssystem des Krankenhauses eingliedert wird. Mit einer Behandlung in der Notfallambulanz ist noch keine Aufnahme verbunden (BSG, Urt. v. 11.09.2019 - B 6 KA 6/18 R - SozR 4-2500 § 76 Nr. 5, juris Rn. 22).

Die nach § 112 I SGB V übertragene **Regelungskompetenz** erstreckt sich grundsätzlich auf alle nach § 39 I 1 SGB V zulässigen Formen der Krankenhausbehandlung. Hinsichtlich der **ambulanten Behandlung im Krankenhaus** ist allerdings zu beachten, dass sie allenfalls dann im Rechtssinne eine Krankenhausbehandlung ist, wenn sie nicht im Rahmen der **vertragsärztlichen Versorgung** erfolgt. Die Vertragsparteien des auf § 112 II Nr. 1 SGB V basierenden Landesvertrages haben keine Regelungskompetenz für Fragen der vertragsärztlichen Versorgung und deren Vergütung (BSG, Urt. v. 11.09.2019 - B 6 KA 6/18 R - SozR 4-2500 § 76 Nr. 5, juris Rn. 32), so dass davon auszugehen ist, dass sie vertragsärztliche Leistungen des Krankenhauses nicht regeln wollten. Daraus folgt, dass mangels Regelungskompetenz der Vertragsparteien des Landesvertrages die Fallgestaltungen nicht erfasst sind, in denen ein Patient als **Notfall** in das Krankenhaus eingeliefert wird und sich als Ergebnis der Untersuchung in der Notfallambulanz herausstellt, dass eine Krankenhausbehandlung nicht erforderlich ist. Die Vergütung richtet sich in diesem Fall nach § 76 I 2 SGB V und ist im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung abzurechnen.

Der Annahme einer ambulanten Notfallbehandlung i.S.d. § 76 I 2 SGB V steht nicht entgegen, dass die streitgegenständlichen Behandlungen teilweise zu **sprechstundenüblichen Zeiten** durchgeführt

wurden. Nimmt ein Versicherter eine Notfallsituation an und sucht er deshalb die Notfallambulanz eines Krankenhauses zu Sprechstundenzeiten auf, muss sich der Krankenhausarzt zumindest über die Beschwerden des Patienten und dessen Zustand unterrichten, ehe er eine Entscheidung über das weitere Vorgehen trifft (BSG, Urt. v. 11.09.2019 - B 6 KA 6/18 R - SozR 4-2500 § 76 Nr. 5, juris Rn. 44).

SG Duisburg, Urt. v. 07.09.2020 - S 46 KR 53/19 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

bb) Tod im Schockraum

SG Aachen, Urteil v. 19.10.2021 - S 13 KR 119/21

RID 22-01-126

www.juris.de
SGB V §§ 39, 109

Kommt es **nicht** zur **stationären Aufnahme** in dem notfallbehandelnden Krankenhaus, verbleibt es beim **ambulanten Charakter der Notfallbehandlung**. Maßnahmen der ambulanten Notfallbehandlung, wie sie in einem Schockraum typischerweise vorgenommen werden, sind, wenn sich daran keine stationäre Behandlung im erstangegangenen Krankenhaus anschließt, der vertragsärztlichen Versorgung zuzurechnen. Die im Rahmen einer solchen Behandlung erbrachten Leistungen sind aus der Gesamtvergütung zu vergüten (BSG, Urt. v. 18.05.2021 - B 1 KR 11/20 R - BSGE <vorgesehen> = SozR 4 <vorgesehen>).

Eine 19-minütige Reanimation mit zweimaliger Gabe von 1 mg Suprarenin begründet keine vollstationäre Behandlung. Dies gilt jedenfalls dann, wenn es an einer **Aufnahmeentscheidung** des Krankenhauses fehlt. Auch wenn das bei der Einlieferung eines Versicherten in das Krankenhaus bereits erkennbare Ausmaß der Verletzungen seine stationäre Behandlung im Anschluss an die Notfallbehandlung nahelegt, genügt diese Annahme allein nicht, schon zu diesem frühen Zeitpunkt den Beginn einer stationären Krankenhausbehandlung anzunehmen. Denn eine nach der Notfallbehandlung noch - ausdrücklich oder konkludent - zu ergehende Aufnahmeentscheidung ist vom Ausgang der Notfallbehandlung im Schockraum abhängig. Dazu kam es im vorliegenden Fall nicht mehr, da der Versicherte unter der Notfallbehandlung **im Schockraum verstarb**.

Das *SG* wies die Klage ab.

d) Stationäre Leistungserbringung und fehlende Abrechenbarkeit über den EBM

LSG Hamburg, Urteil v. 27.10.2021 - L 1 KR 26/21

RID 22-01-127

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 109/21 B
www.juris.de
SGB V §§ 39 I 2, 115 I 1 Nr. 1, 135 I

Die stationäre **Implantation eines Ereignisrecorders** erfüllt nicht die Voraussetzung der Erforderlichkeit i.S. von § 39 SGB V, wenn die Implantation nicht zur Detektierung anfallsartig auftretender Herzrhythmusstörungen die Aufnahme in stationäre Behandlung erfordert.

Die **fehlende Abrechenbarkeit über den EBM** kann dazu führen, dass die von den Fachärzten für medizinisch indiziert gehaltene Behandlung zwar stationär im Rahmen des dort geltenden sog. Verbotsvorbehalts mangels Verbots der Diagnostikmethode erbracht werden kann, aber mangels der Erforderlichkeit der Behandlung im Rahmen einer stationären Versorgung nicht zulasten der Krankenkassen abrechenbar ist, andererseits der Implantation im Rahmen der ambulanten Versorgung deren fehlende Abrechenbarkeit rein praktisch entgegensteht. Die Konsequenz, dass eine neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode (NUB) im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung mangels Vergütung nicht angeboten wird, ist vom Gesetzgeber durchaus intendiert und wird tatsächlich in Kauf genommen. Es spricht viel dafür, dass es sich bei der Implantation des Ereignisrecorders auch um eine NUB handelt.

SG Hamburg, Urt. v. 01.10.2020 - S 57 KR 1243/17 - gab der Klage teilweise statt, das *LSG* wies die Klage vollen Umfangs ab.

Parallelverfahren:

LSG Hamburg, Urteil v. 27.10.2021 - L 1 KR 41/20

RID 22-01-128

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 108/21 B
www.juris.de

e) Alternativverhalten: Beurlaubung statt zwischenzeitliche Entlassung

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 19.05.2021 - L 11 KR 392/18

RID 22-01-129

www.juris.de

SGB V §§ 2 I 1, 4 III, 12 I 2, 70 I

Behandelt das Krankenhaus den Versicherten vor Inkrafttreten der PrüfvV 2014 (hier: Oktober 2014) in nicht **wirtschaftlicher Weise**, steht ihm nur ein Anspruch auf die Vergütung, die bei fiktivem wirtschaftlichen **Alternativverhalten** angefallen wäre, zu. Die Option einer **Beurlaubung** des Versicherten kann gegenüber einer zwischenzeitlichen **Entlassung** die gleich zweckmäßige und notwendige, aber wirtschaftlichere Behandlungsmöglichkeit sein.

SG Gelsenkirchen, Urt. v. 14.05.2018 - 45 KR 1775/15 - gab der Klage der Krankenkasse auf Zahlung von 3.795,64 € statt, das *LSG* verurteilte den bekl. Krankenhausträger auf dessen Berufung zur Zahlung von 1.918,05 € nebst Zinsen und wies im Übrigen die Klage ab und die Berufung zurück.

f) Versorgungsauftrag bei Personen mit Mann-zu-Frau-Transidentität

SG Berlin, Urteil v. 13.09.2021 - S 56 KR 3604/18

RID 22-01-130

www.juris.de

SGB V §§ 39, 108, 109

Für die Auslegung der **Weiterbildungsordnung** ist auch die ursprüngliche biologische Einordnung heranzuziehen, so dass Behandlungen von Geschlechtsorganen bei Personen mit **Mann-zu-Frau-Transidentität** jedenfalls auch in das Fachgebiet Urologie fallen.

Das *SG* verurteilte die Bekl., an die Kl. 4.216,87 € zzgl. Zinsen zu zahlen.

g) Übermittlung falscher Daten an Vergabestelle für Organtransplantationen

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 18.01.2022 - L 16/4 KR 506/19

RID 22-01-131

Revision zugelassen

www.juris.de

SGB V §§ 39 I, 109 IV 3, 112 II; KHEntG §§ 7 I 1 Nr. 1, 9 I 1 Nr. 1; KHG § 17b; TPG § 13 III 3

Leitsatz: Medizinische Leistungen waren von der Krankenkasse auch zu vergüten, obwohl **falsche Daten** an die Vergabestelle für Organtransplantationen (Eurotransplant) übermittelt worden waren. Die Falschangaben bezogen sich lediglich auf das **Ausmaß der Dringlichkeit** und nicht auf das **Erfordernis** der Transplantation als solche, die im Einzelfall medizinisch erforderlich war und nach den Regeln der ärztlichen Kunst erbracht wurde.

Die Beteiligten streiten um die Rückforderung der Vergütung der stationären Krankenhausbehandlung zweier Mitglieder der Kl. im Hause der Bekl. *SG Hildesheim*, Urt. v. 21.10.2019 - S 22 KR 405/14 - verurteilte die Bekl. zur Zahlung von 157.159,31 € nebst Zinsen, das *LSG* wies die Klage ab.

2. Prüfquoten

a) Begrenzte Prüfungen von Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlungen

LSG Rheinland-Pfalz, Beschluss v. 07.12.2021 - L 5 KR 145/21 B ER

RID 22-01-132

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 275c; COVKHEntG

Der **Medizinische Dienst** kann im Quartal IV/20 Schlussrechnungen eines Krankenhauses für vollstationäre Krankenhausbehandlungen auch nach Erreichen der **Prüfquote** von 5 % prüfen, wenn der GKV-Spitzenverband für das Quartal II/20 einen Anteil unbeanstandeter Abrechnungen des Krankenhauses von unter 20 % veröffentlicht hat. Die Anwendbarkeit von § 275c II 6 SGB V ist von der Änderung von § 275c II 1 SGB V durch das COVID-19-Krankenhausesentlastungsgesetz unberührt.

SG Speyer, Beschl. v. 15.06.2021 - S 2 KR 161/21 ER - lehnte den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das *LSG* wies die Beschwerde zurück.

b) Geltung der Prüfquote des § 275 c II 1 SGB V

SG Detmold, Beschluss v. 05.10.2021 - S 16 KR 731/21 ER

RID 22-01-133

www.juris.de
SGB V §§ 108, 275c II

§ 275c II 6 SGB V enthält keinen Hinweis darauf, dass die **Aufhebung der Prüfquotenbegrenzung** erst ab dem 01.01.2022 gelten soll.

Das **SG** lehnte den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung, mit dem die Ast. die Feststellung begehrte, dass die Prüfquote des § 275 c II 1 SGB V nicht für das Quartal I/21 aufgehoben ist, ab.

3. Abrechnungsprüfung nach unterbliebener MDK-Prüfung

SG Speyer, Urteil v. 27.09.2021 - S 19 KR 1230/19

RID 22-01-134

Berufung anhängig: LSG Rheinland-Pfalz - L 5 KR 204/21 -
www.juris.de

SGB V §§ 39 I, 109 IV 3, 112 II 1 Nr. 1, 275 Ic 2, 276 II, 301 II; KHEntgG §§ 2, 7 I, 9 I; KHG § 17b

Ein Krankenhaus kann sich darauf berufen, dass die **Prüffrist** des § 275 Ic 2 i.V.m. § 276 II SGB V abgelaufen ist, so dass es nicht mehr verpflichtet ist, die Behandlungsunterlagen an den MDK herauszugeben. Die **unterbliebene MDK-Prüfung** schließt aber einen späteren Streit über das Bestehen der Vergütungsforderung oder über deren Höhe nicht aus. Denkbar wäre sogar eine Fallkonstellation, in der die Krankenkasse aufgrund späterer Informationen die Behandlung als solche bezweifeln könnte. Dem Krankenhaus kann es trotz unterbliebener MDK-Prüfung auch in einem solchen Fall nicht verwehrt sein, die Behandlungsunterlagen als Beweis für die durchgeführte Behandlung vorzulegen. In einem gerichtlichen Verfahren muss das Gericht alle zur Substantiierung der Forderung geeigneten Beweismittel heranziehen können.

Das **SG** wies die Klage ab.

4. Prüfvereinbarung

a) Keine Präklusion mit Vorlage ergänzender Unterlagen

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 17.12.2021 - L 16/4 KR 18/20

RID 22-01-135

Revision anhängig: B 1 KR 2/22 R
www.juris.de

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

Geht das Krankenhaus ganz offensichtlich (unter Umständen fälschlich) davon aus, seine Obliegenheiten zur Erledigung des Prüfauftrags erfüllt zu haben, so ist ihm eine **Nachreichung** von Unterlagen erlaubt, wenn dadurch eine **Verzögerung** des Prüfverfahrens nicht verursacht wird. Auf eine solche Konstellation sind die Fristen des § 7 II PrüfV nicht anwendbar.

SG Stade, Urt. v. 10.12.2019 - S 29 KR 160/19 - wies die Klage ab, das **LSG** verurteilte die Bekl., an die Kl. 3.636,48 € nebst Zinsen zu zahlen.

b) Schriftliches Prüfungsverfahren des MDK und Prüfung vor Ort

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 17.12.2020 - L 16 KR 238/19

RID 22-01-136

www.juris.de
PrüfvV 2014 § 7 II 4

§ 7 II 4 **PrüfvV 2014** ist nur auf das **schriftliche Prüfungsverfahren** des MDK, nicht aber auf dessen Prüfung vor Ort im Krankenhaus anwendbar. Dies folgt aus dem eindeutigen Wortlaut und der Systematik des § 7 PrüfV 2014.

SG Duisburg, Urt. v. 29.01.2019 - S 17 KR 1692/17 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

c) Ausschlussfrist (§ 8 S. 3 PrüfV 2014)/Radiofrequenzstimulation

SG Duisburg, Urteil v. 09.11.2021 - S 60 KR 1558/18

RID 22-01-137

www.juris.de

SGB V §§ 2 I, 137c, 275 I c; KHG § 17c II

Eine Krankenkasse hat keinen Erstattungsanspruch gegen einen Krankenhausträger, wenn sie es versäumt, ihren Erstattungsanspruch innerhalb der neunmonatigen Frist des § 8 S. 3 PrüfV 2014 dem Krankenhausträger mitzuteilen. Es handelt sich nach dem ausdrücklichen Wortlaut des § 8 S. 4 PrüfV 2014 um eine **Ausschlussfrist**, die auch im gerichtlichen Verfahren fortwirkt (so bereits SG Duisburg, Urt. v. 17.06.2020 - S 60 KR 566/19 - juris Rn. 24 ff., RID 20-03-134; ebf. SG Aachen, Urt. v. 07.07.2020 - S 14 KR 560/19 - juris Rn. 56 ff., RID 20-03-136; SG Duisburg, Urt. v. 14.09.2021 - S 54 KR 1609/19 -; SG Dresden, Urt. v. 24.06.2020 - S 38 KR 219/18 - juris Rn. 28 f., RID 20-04-101). Vor diesem Hintergrund kann es offenbleiben, ob die durchgeführte gepulste Radiofrequenztherapie mittels Implantation einer Multifunktionselektrode dem Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 2 I 3 SGB V entsprach. Jedenfalls wies die **temporäre Multifunktionselektrode zur epiduralen gepulsten Radiofrequenzstimulation** im September 2015 das Potenzial einer erforderlichen Behandlungsalternative i.S. von § 137c III SGB V auf.

Das *SG* wies die Klage der Krankenkasse ab.

5. Fallpauschalen

a) Hauptdiagnose

aa) Kodierung der Hauptdiagnose: Angabe des einweisenden Arztes

LSG Hamburg, Urteil v. 16.12.2021 - L 1 KR 108/19

RID 22-01-138

www.juris.de

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

Für die Kodierung der **Hauptdiagnose** kommt es nicht darauf an, was der **einweisende Arzt** in der Verordnung von Krankenhausbehandlung angegeben hat. Unschädlich ist, dass der einweisende Arzt selbst die Diagnose (hier: obstruktives Schlafapnoesyndrom) nicht angibt.

SG Hamburg, Urt. v. 12.06.2019 - S 25 KR 1067/15 - wies die Klage ab, das *LSG* verurteilte die Bekl., an die Kl. 1.664,54 € nebst Zinsen zu zahlen.

bb) Bestimmung der Hauptdiagnose: Veranlassung für Krankenhausaufenthalt

SG Dortmund, Urteil v. 19.08.2021 - S 74 KR 336/16

RID 22-01-139

www.juris.de

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

Die **Hauptdiagnose** ist danach zu bestimmen, was den stationären Krankenhausaufenthalt ex post in seiner **Gesamtheit** hauptsächlich **erforderlich** gemacht hat. Aufgrund der ex post Betrachtung ist der Begriff „Veranlassung“ nicht im Sinne einer strengen Monokausalität zu verstehen. Es sind daher alle therapeutischen und diagnostischen Maßnahmen zu berücksichtigen, die dem Aufenthalt in seiner Gesamtheit das wesentliche Gepräge verliehen haben (vgl. auch SG Fulda, Urt. v. 25.09.2018 - S 4 KR 172/16 - juris Rn. 22, RID 19-01-144).

Das *SG* wies die Klage ab.

cc) Diabetes mellitus als Hauptdiagnose

LSG Sachsen-Anhalt, Urteil v. 20.07.2020 - L 6 KR 14/17

RID 22-01-140

www.juris.de

SGB V § 109

Leitsatz: Im vorliegenden Einzelfall (mehrfache Amputationen bei peripherer arterieller Verschlusskrankheit - PAVK - im Stadium IV mit Nekrosen links sowie Diabetes mellitus Typ 2, sekundär insulinpflichtig) war bei der Abrechnung nach den Speziellen Kodierrichtlinien der Diabetes

mellitus mit den spezifischen Manifestationen als **Hauptdiagnose** und nicht als Nebendiagnose zu kodieren. Die PAVK bzw. die Atherosklerose waren damit als Folgen der Diabetes mellitus als Nebendiagnose aufzulisten, die zur Notwendigkeit der stationären Behandlung mit mehrfachen Amputationen geführt haben.

SG Magdeburg, Urt. v. 08.09.2016 - S 17 KR 348/12 - verurteilte die Bekl. zur Zahlung weiterer 5.983,49 € nebst Zinsen, das *LSG* wies die Klage ab. *BSG*, Beschl. v. 08.09.2021 - B 1 KR 75/20 B - juris verwarf die Nichtzulassungsbeschwerde der Kl. als unzulässig.

dd) Respiratorische Insuffizienz als Symptom einer intrazerebralen Blutung

LSG Sachsen-Anhalt, Urteil v. 24.10.2019 - L 6 KR 14/16

RID 22-01-141

www.juris.de

SGB V §§ 39, 109; KHEntG § 7 S. 1 Nr. 1

Leitsatz: 1. Grundsätzlich ist die **Hauptdiagnose** „die Diagnose, die nach Analyse als diejenige festgestellt wurde, die hauptsächlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthalts des Patienten verantwortlich ist“ (Allgemeinen Kodierrichtlinien für Krankheiten der DKR unter D002f, Seite 4 f).

2. Im konkreten Einzelfall war die **chronische respiratorische Insuffizienz mit Beatmungspflichtigkeit** ein (Begleit-)Symptom der **intrazerebralen Blutung in der Großhirnhemisphäre** (ICD-10-GM-2007 I61.0), die hier als Hauptdiagnose zu verschlüsseln war. Die chronische respiratorische Insuffizienz war nur als Nebendiagnose zu kodieren.

SG Magdeburg, Urt. v. 07.10.2015 - S 13 KR 26/12 - wies die Klage ab, das *LSG* verurteilte die Bekl., an die Kl. 84.297 € nebst Zinsen zu zahlen. *BSG*, Beschl. v. 19.08.2021 - B 1 KR 14/20 B - juris verwarf die Nichtzulassungsbeschwerde der Bekl. als unzulässig.

b) Mehrfachkodierung für ein und dieselbe Erkrankung

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 25.08.2021 - L 10 KR 568/19

RID 22-01-142

www.juris.de

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

Eine **Mehrfachkodierung** für ein und dieselbe Erkrankung ist nur in der DKR D012i abschließend aufgeführten Fallgruppen statthaft.

Eine **Doppelklassifikation** kommt von vornherein nur dann in Betracht, wenn die Voraussetzungen eines Codes auch tatsächlich vorliegen. Dies ist bei dem Code M96.6 dem Wortlaut der Gruppenüberschrift nach nur dann der Fall, wenn die jeweilige Erkrankung „andernorts nicht klassifiziert ist“ (vgl. *BSG*, Urt. v. 16.07.2020 - B 1 KR 16/19 R - SozR 4-5562 § 9 Nr. 16, juris Rn. 22).

SG Detmold, Urt. v. 29.05.2019 - S 5 KR 522/16 - verurteilte die Bekl., der Kl. 2.901,95 € nebst Zinsen zu zahlen. Auf die Widerklage verurteilte das *SG* die Kl., der Bekl. 2.901,95 € zu zahlen. Das *LSG* wies die Berufung der Kl. zurück.

c) Fallzusammenführung

aa) Keine Fallzusammenführung im Fall einer möglichen Beurlaubung

SG Augsburg, Urteil v. 17.12.2021 - S 2 KR 385/21

RID 22-01-143

Berufung anhängig: LSG Bayern - L 12 KR 19/22 -

www.sozialgerichtsbarkeit.de

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

Bei einer Behandlung aus dem Jahr 2020 scheidet eine **Fallzusammenführung** aufgrund von § 8 V 3 KHEntG aus, wenn die Fallzusammenführungstatbestände nach § 2 I bis III und § 3 III Fallpauschalenvereinbarung (FPV) nicht erfüllt sind und allenfalls eine **Beurlaubung** in Betracht kommt. Bei einer Beurlaubung nach § 1 VII 5 FPV handelt es sich nicht um einen Fallzusammenführungstatbestand.

Das *SG* verurteilte die Bekl., an die Kl. 2.378,98 € nebst Zinsen zu bezahlen.

bb) Kein fiktives Alternativverhalten bei der Prüfung der Fallzusammenführung

SG Duisburg, Urteil v. 21.10.2021 - S 17 KR 834/21 KH

RID 22-01-144

www.juris.de

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

Durch die **Neufassung von § 8 V 3 KHEntgG** zum 01.01.2019 ist das **Wirtschaftlichkeitsgebot** nach § 12 SGB V **eingeschränkt** worden, da ausdrücklich bestimmt wird, dass eine **Fallzusammenführung** insb. aus Gründen des Wirtschaftlichkeitsgebots nicht zulässig ist. Die Argumentation, dass auch nach Inkrafttreten des § 8 V 3 KHEntgG weiterhin eine Fallzusammenführung aufgrund eines fiktiven wirtschaftlichen Alternativverhaltens möglich ist, widerspricht sowohl dem Wortlaut als auch dem gesetzgeberischen Willen (vgl. LSG Hamburg, Urt. v. 25.02.2021 - L 1 KR 114/19 - RID 21-02-114). Rechtliche Bedenken gegen die Regelung in § 8 V 3 KHEntgG und die Einschränkung des Wirtschaftlichkeitsgebotes bestehen nicht, da das Wirtschaftlichkeitsgebot in § 12 SGB V kein Grundsatz von Verfassungsrang ist und somit durch einfaches Gesetz modifiziert werden kann.

Das **SG** verurteilte die Bekl., an die Kl. einen Betrag in Höhe von 3.670,21 € nebst Zinsen zu zahlen.

d) Pflegebedürftigkeit und erhöhter Pflegeaufwand

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 30.11.2021 - L 11 KR 1288/21

RID 22-01-145

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 113/21 B

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 109 IV

Leitsatz: 1. Eine ohne Beanstandung durch den MDK gebliebene Einzelfallprüfung auf der Grundlage von § 275 Abs. 1c SGB V (in der bis zum 31.12.2019 geltenden Fassung) hindert die Krankenkasse nicht daran, die **Abrechenbarkeit eines Zusatzentgelts** in Frage zu stellen (vgl. BSG, Urt. v. 16.05.2012 - B 3 KR 14/11 R - BSGE 111, 58 = SozR 4-2500 § 109 Nr. 24).

2. Die für die Abrechenbarkeit des OPS-Kode 9-984 erforderliche Zuordnung der Pflegebedürftigkeit eines Versicherten zu einem bestimmten **Pflegegrad** bestimmt sich nach dem Bescheid der Pflegekasse. Für den Zeitpunkt der Zuordnung des Pflegegrades ist nicht auf den Erlass des Bescheids durch die Pflegekasse, sondern auf den Verfügungssatz des Bescheids abzustellen.

SG Ulm, Urt. v. 04.03.2021 - S 13 KR 4370/19 - wies die Klage ab, das **LSG** verurteilte die Bekl., an die Kl. 228,59 € nebst Zinsen zu zahlen.

e) Ende der Entwöhnung von der Maskenbeatmung

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 21.10.2021 - L 16 KR 312/19

RID 22-01-146

www.juris.de

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

Eine den DKR 2014 10011 konforme **Entwöhnung** der Versicherten liegt nicht vor, wenn aus der Behandlungsdokumentation nicht ersichtlich wird, dass die weitere Behandlung im Sinne eines methodischen Vorgehens durch das Ziel geprägt ist, die Versicherte von dem Beatmungsgerät zu entwöhnen. Zwar kann allein aus dem Fehlen eines Weaning-Plans bei derart kurzzeitigen Behandlungen hierauf nicht geschlossen werden. Aber mit der **Gabe reinen Sauerstoffs** ist ausweislich der Einlassung des Sachverständigen im Grundsatz davon auszugehen, dass eine Entwöhnung von der Maskenbeatmung prognostisch als beendet angesehen wird und der Einsatz von O₂ dann nicht mehr als Atemunterstützung, sondern lediglich als Begleittherapie erfolgt.

SG Gelsenkirchen, Urt. v. 31.01.2019 - S 11 KR 1053/16 - wies die Klage der kl. Krankenkasse ab und verurteilte auf Widerklage des bekl. Krankenhausträgers die Kl., einen weiteren Betrag in Höhe von 4.571,61 € nebst Zinsen zu zahlen. Das **LSG** verurteilte den Bekl., an die Kl. 745,16 € nebst Zinsen zu zahlen und wies die Widerklage ab.

f) Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Wöchentliche Teambesprechungen

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 30.11.2021 - L 11 KR 3138/20

RID 22-01-147

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 109 IV

Leitsatz: 1. Das Erfordernis **wöchentlicher Teambesprechungen** unter Beteiligung aller Berufsgruppen im OPS Kode 8-550 in der OPS Version 2013 ist nicht durch die zwischenzeitlich erfolgte Klarstellung des DIMDI in seiner Corrigenda zum OPS 2019 rückwirkend entfallen (Anschluss an LSG Niedersachsen-Bremen v. 20.07.2021 - L 16 KR 414/20 - RID 21-03-108).

2. Aus der wochenbezogenen **Dokumentation** muss sich die Anwesenheit der beteiligten Berufsgruppen an den Teambesprechungen ergeben. An einer ausreichenden Dokumentation fehlt es, wenn noch nicht einmal die Namen der Besprechungsteilnehmer genannt werden.

SG Freiburg, Urt. v. 21.09.2020 - S 6 KR 5940/18 - verurteilte die Bekl., an die Kl. 4.859,04 € zzgl. Zinsen zu zahlen, das *LSG* wies die Klage ab.

g) Begriffe „angeboren“ und „Perinatalperiode“

LSG Hamburg, Urteil v. 23.09.2021 - L 1 KR 56/21

RID 22-01-148

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

Der Wortlaut der Kodes lässt eine eindeutige Abgrenzung zu, indem man die Begriffe „angeboren“ in P37 und „Perinatalperiode“ in P39 zueinander in Bezug setzt. „Angeboren“ oder „early onset“ liegt bei einer Infektion vor, wenn sie sich innerhalb von 72 Stunden nach der Geburt offenbart. Bei einer so kurzen Frist ist von einer Keimübertragung vor oder während der Geburt auszugehen. Die **Perinatalperiode** hingegen beginnt mit Vollendung der 22. Schwangerschaftswoche (154 Tage; die Zeit, in der das Geburtsgewicht normalerweise 500 g beträgt) und endet mit der Vollendung des 7. Tages nach der Geburt. Das bedeutet, dass der Begriff der Perinatalperiode insofern weitergehend ist als der des Angeborens, als er auch die Zeit bis zum 8. Tag nach der Geburt umfasst. Das bedeutet, dass die Erkrankungen, die **in den ersten 72 Stunden** nach der Geburt festgestellt werden und auch ansonsten unter einen der Kodes in P37 subsumiert werden können, dorthin gehören. Erkrankungen aus dem zeitlichen Bereich danach bis zum 8. Tag nach der Geburt müssen hingegen P39 zugeordnet werden. So erhält man ein einfach anwendbares System, das auch mit dem Wortlaut im Einklang steht.

SG Hamburg, Urt. v. 20.04.2021 gab der Klage statt, das *LSG* wies die Berufung zurück.

h) Intensitätsmodulierte Radiotherapie

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 30.11.2021 - L 11 KR 977/20

RID 22-01-149

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 109 IV

Leitsatz: Die bei der **intensitätsmodulierten Radiotherapie** (IMRT) mögliche gleichzeitige Bestrahlung verschiedener Körperregionen mit unterschiedlichen Strahlungsmengen ohne Patientenumlagerung oder Tischverschiebung durch eine abgestufte Intensitätsverteilung ist nach den OPS-Versionen 2014 bis 2017 nur als **eine Fraktion** zu kodieren.

SG Karlsruhe, Urt. v. 12.02.2020 - S 13 KR 1779/19 - verurteilte die Bekl., an die Kl. 121.945,52 € zzgl. Zinsen zu zahlen, das *LSG* wies die Klage ab.

i) Verwendung eines Mikrodrahtretriever-Systems

SG Aachen, Urteil v. 18.01.2022 - S 13 KR 175/20

RID 22-01-150

www.juris.de
SGB V §§ 39 I, 109 IV 3, 112 II 1 Nr. 1

Werden zur **Entfernung des Thrombus** in der linken ACI (Arteria carotis interna) die Systeme (Solitaire-Platinum-Stentretreiver bzw. FlowGate-Katheter) über einen Mikrodraht und Mikrokatheter

in das zu behandelnde Gefäß eingebracht, sind die Voraussetzungen der OPS-Ziffern 8-83b.80 bis 86 für die Abrechnung der ZE 133 und ZE 152 gegeben. Die Entfernung des Thrombus mit dem **Stentretreiversystem** ist mit dem entsprechenden spezifischen Zusatzkode 8-83b.84 zu verschlüsseln. Die zusätzliche Anwendung eines **Aspirationskatheters** kann trotz des Inklusivums unter dem OPS 8-83b.80 nicht mit diesem Zusatzkode kodiert werden, da dem Wortlaut des Kodes nur entsprochen wird, wenn ein „System“ zum Einsatz kommt. Der Aspirationskatheter ergänzt in diesem Falle das Stentretreiversystem bzw. ist Bestandteil dieses Systems und erfüllt nicht den Sachverhalt der Anwendung eines eigenständigen Mikrodraht-gestützten Thrombektomiesystems.

Das *SG* verurteilte die Bekl., der Kl. 1.607,62 € nebst zu zahlen.

j) Keine Heranziehung eines in Einzelfallprüfungen erstellten „Strukturgutachtens“

SG Duisburg, Urteil v. 21.01.2021 - S 17 KR 861/20

RID 22-01-151

www.juris.de

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

Mangels Rechtsgrundlage darf ein in Einzelfallprüfungen erstelltes „**Strukturgutachten**“ nicht für die **inzidente Prüfung der strukturellen Mindestmerkmale** herangezogen werden. Es existiert keine Rechtsgrundlage für die Verwendung der im Rahmen von Einzelfallprüfungen nach § 275 I c SGB V a.F. gewonnenen Erkenntnisse auf andere Behandlungsfälle.

Dem Wortlaut des OPS-Kode 8-98f. ist nicht zu entnehmen, dass ein Facharzt für die internistischen (konservativen) Patienten mit der **Zusatzweiterbildung „Intensivmedizin“** die Behandlungsleitung ausüben bzw. den überwiegenden Teil seiner ärztlichen Tätigkeit auf der Intensivstation verbringen muss.

Das *SG* verurteilte die Bekl., an die Kl. einen Betrag in Höhe von 129.833,25 € nebst zu zahlen.

6. Aufwandspauschale/Nichtzulassungsbeschwerde: Grundsätzl. Bedeutung und fehlerhafte Abrechnung

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 10.12.2021 - L 5 KR 302/21 NZB KH

RID 22-01-152

www.juris.de

SGB V a.F. § 275 I c 3; SGB V § 275c I 2

Nach der Rspr. des BSG ist darauf abzustellen, dass der Anspruch auf Zahlung der Aufwandspauschale auch entfällt, wenn es im Rahmen der Prüfung zwar nicht zu einer Minderung des Rechnungsbetrages kommt, die Einleitung des Prüfverfahrens jedoch durch eine **fehlerhafte Abrechnung des Krankenhauses** veranlasst wurde (vgl. z.B. BSG, Urt. v. 23.06.2015 - B 1 KR 13/14 R - SozR 4-5560 § 17b Nr. 6, juris Rn. 23 m.w.N). Die Frage, welche unter diesen Rechtssatz zu subsummierenden Sachverhalte eine „**Veranlassung**“ im vorbezeichneten Sinne darstellen, vermag eine **grundsätzliche Bedeutung** demgegenüber nicht zu begründen. Nicht jeder eine Abrechnungsprüfung veranlassender Sachverhalt führt zur Annahme einer grundsätzlichen Bedeutung.

SG Düsseldorf, Urt. v. 23.03.2021 - S 34 KR 1400/18 - wies die Klage ab, das *LSG* die Beschwerde gegen die Nichtzulassung der Berufung zurück.

VIII. Beziehungen zu Leistungserbringern und Arzneimittelherstellern

1. Apotheken: Import von Zytostatika-Konzentraten

LSG Bayern, Urteil v. 16.11.2021 - L 5 KR 591/19

RID 22-01-153

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 3 KR 5/22 B

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 69, 129; BGB § 199

Leitsatz: 1. Eine Apotheke, die **Zytostatika** in der Masse und auf Vorrat aus dem Ausland **importiert**, muss die Krankenkasse darüber informieren.

2. Bei Verstoß gegen diese nebenvertragliche Pflicht steht der **Krankenkasse** ein **Schadensersatzanspruch** in Höhe der Gesamtvergütung zu.

3. Bei der Berechnung der **Verjährungsfrist** ist § 199 BGB im Einzelfall entsprechend anwendbar.

Streitig ist die Vergütung der bekl. Inhaberin einer Apotheke von Zytostatikazubereitungen in den Jahren 2003 bis 2007. *SG München*, Urt. v. 11.07.2019 - S 18 KR 378/15 - wies die Klage der Krankenkasse ab und gab der Widerklage statt. Das *LSG* verurteilt auf die Berufung der Kl. die Bekl., der Kl. 723,67 € zu erstatten, und wies die Widerklage ab.

2. Arzneimittelhersteller

a) AMNOG-Verfahren: Vergleichstherapie/Methodenbewertung/Solistenstatus

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 24.09.2021 - L 28 KR 329/20 KL

RID 22-01-154

Revision anhängig: B 3 KR 14/21 R

www.juris.de

SGB V §§ 35a, 87, 130b, 135

Leitsatz: 1. Zum Verhältnis eines **abgeschlossenen Methodenbewertungsverfahrens** zum **Nutzenbewertungsverfahren** in Bezug auf ein im betreffenden Anwendungsgebiet neu zugelassenes Arzneimittel.

2. Das **AMNOG-Verfahren** ist auch für Arzneimittel anwendbar, die vom pharmazeutischen Unternehmer ausschließlich im **Direktvertrieb** abgegeben werden.

3. Ein **Wirkstoff** ist **neu**, solange für ihn im Sinne der sog. 8+2+1-Regelung Unterlagenschutz besteht.

4. Zu den Maßstäben der Bestimmung einer **zweckmäßigen Vergleichstherapie**, wenn es sich bei dem zu beurteilenden Arzneimittel um einen zulassungsrechtlichen Solisten handelt.

5. Für Arzneimittel mit zulassungsrechtlichem **Solistenstatus** ist im Rahmen des Nutzenbewertungsverfahrens nicht von einem normativen **Zusatznutzen** auszugehen.

6. Die Festsetzung weiterer Vertragsinhalte im **Schiedsverfahren**, die mit der Festsetzung des Erstattungsbetrages in einem funktionellen Zusammenhang stehen, ist von der **Annexkompetenz** der Schiedsstelle nach § 130b SGB V umfasst.

Die Kl., die das Fertigarzneimittel Rapiscan® mit dem Wirkstoff Regadenoson als pharmazeutisches Unternehmen vertreibt, wendet sich gegen den Schiedsspruch der bekl. Schiedsstelle nach § 130b V SGB V vom Juli 2020 auf der Grundlage des vom beigel. GBA durchgeführten Nutzenbewertungsverfahrens. Das *LSG* wies die Klage ab.

b) Hinweise einer Krankenkasse

aa) Berücksichtigung einer arzneimittelrechtlichen Zulassung

LSG Hamburg, Beschluss v. 07.06.2021 - L 1 KR 40/21 B ER

RID 22-01-155

www.juris.de

SGB V §§ 73 VIII, 84 I, VII 1, 92 II 3 GG Art. 3 I, 12 I; SGG § 86b II

Inwieweit bei der **gerichtlichen Überprüfung** eines Hinweises nach § 73 VIII SGB V ein nicht überprüfbarer Beurteilungsspielraum einzuräumen ist, bedarf hier keiner abschließenden Entscheidung. Denn auch die Annahme einer vollen gerichtlichen Überprüfbarkeit ändert im vorliegenden Fall nichts am gefundenen Ergebnis.

Soweit das Sozialgericht der Ansicht ist, dass die Krankenkasse auch bei korrekter Zitierung des Inhalts der Rahmenvorgabe diese nicht verwenden dürfe, insoweit darin eine Bevorzugung von zugelassenen Therapieallergenen zum Ausdruck komme, folgt der Senat dem nicht. Vielmehr scheint es den gesetzgeberischen Wertungen und auch dem allgemeinen anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen, wenn dem Umstand einer erfolgten **arzneimittelrechtlichen Zulassung** besondere Bedeutung beigemessen wird.

Losgelöst von einer konkreten Bezugnahme auf die Rahmenvorgabe ist es auf der Grundlage des § 73 VIII SGB V auch zulässig, dass die Krankenkasse in ihren Hinweisen eine Verbindung zwischen der arzneimittelrechtlichen **Zulassung** eines Präparates und dessen Wirksamkeit, Wirtschaftlichkeit und Sicherheit herstellt.

Aus der Wertung des § 201 SGG ergibt sich, dass bei der Vollstreckung gegen öffentlich-rechtliche Körperschaften nur auf ein Ordnungsgeld zurückzugreifen und dieses auf eine Höhe von 10.000 € zu beschränken ist (vgl. *LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 23.01.2012 - L 7 KA 71/11 B ER - RID 12-02-68 m.w.N.*).

Das **LSG** änderte auf die Beschwerde der Ag. **SG Hamburg**, Beschl. v. 24.02.2021 ab und untersagte der Ag. im Wege der einstweiligen Anordnung unter Androhung eines Ordnungsgeldes von bis zu 10.000 € für jeden Fall des Zuwiderhandelns, gegenüber den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern zu erklären, dass die Arzneimittel-Rahmenvorgabe 2021 generell die Verordnung zugelassener Therapieallergen-Präparate empfiehlt. Im Übrigen lehnte es den Antrag ab.

bb) Hinweise zu Therapieallergenen

SG Hamburg, Beschluss v. 24.06.2021 - S 6 KR 94/21 ER

RID 22-01-156

www.juris.de

SGB V §§ 73 VIII, 84 I, VII 1, 92 II 3 GG Art. 3 I, 12 I; SGG § 86b II

Es ist den **Krankenkassen** nicht untersagt, nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse **Hinweise zu Indikation und therapeutischem Nutzen** zu geben und damit nachfragesteuernd einzugreifen. Sie sind vielmehr sogar verpflichtet, durch Aufklärung und Beratung der Leistungserbringer und der Versicherten darauf hinzuwirken, dass die Leistungen wirksam und wirtschaftlich erbracht und nur im notwendigen Umfang in Anspruch genommen werden. Der Gesetzgeber trägt hier dem Umstand Rechnung, dass vom Vertragsarzt eine umfassende Prüfung der zu verordnenden Leistungen aufgrund der mangelnden Transparenz des Arzneimittelangebots nicht verlangt werden kann (vgl. BT-Drs. 14/6880, 6).

Die von Krankenkassen nach § 73 VIII SGB V erlassenen Hinweise sind vom Gericht inhaltlich voll **überprüfbar**, zumindest sofern diese nicht entsprechend des Verweises aus § 73 VIII 2 und 3 SGB V auf Grundlage eines Therapiehinweises des GBA ergehen.

Es ist mit der Informationspflicht nach § 73 VIII SGB V nicht vereinbar, wenn die Empfehlung der Rahmenvorgabe bereits in erheblichem Maße **verzerrt wiedergegeben** wird und die Einschränkungen der Empfehlung zu Gunsten von zugelassenen Therapieallergenen schlichtweg weggelassen werden. Zudem bestehen erhebliche **Zweifel an der Richtigkeit der Empfehlung** von zugelassenen Therapieallergenen bei Neueinstellungen, sofern zugelassene Therapieallergene in gleicher Darreichungsform zur Verfügung stehen.

Das **SG** untersagte auf Antrag des pharmazeutischen Unternehmers der Ag., einer Krankenkasse, im Wege der einstweiligen Anordnung unter Androhung eines Ordnungsgeldes von bis zu 250.000 € für jeden Fall des Zuwiderhandelns, ersatzweise von Ordnungshaft bis zu 6 Monaten, zu vollziehen an einem vertretungsberechtigten Vorstandsmitglied der Ag., gegenüber den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern a) zu erklären, dass die Arzneimittel-Rahmenvorgabe 2021 generell die Verordnung zugelassener Therapieallergen-Präparate empfiehlt; oder b) den Ratschlag unter Nr. 2 Abs. 7 der Arzneimittel-Rahmenvorgabe 2021 zu zitieren oder unter Verweis hierauf die Verordnung zugelassener Therapieallergene bei Neueinstellungen zu empfehlen, oder c) zu erklären, dass Wirksamkeit und Sicherheit ein spezifischer Vorteil zugelassener SLIT-Therapien ist, und wies im Übrigen der Antrag ab.

3. Heilmittelerbringer: Keine erstinstanzl. LSG-Zuständigkeit für Schiedsstelle nach § 125 VI SGB V

LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 27.08.2021 - L 1 KR 135/21 KL

RID 22-01-157

www.juris.de

SGB V § 125; SGG §§ 29, 57, 57a

Das **LSG Berlin-Brandenburg** ist **sachlich-instanziell unzuständig** für die Klage gegen den Schiedsspruch der **Schiedsstelle nach § 125 VI SGB V**. Es gibt keine Regelungslücke, weil das Gesetz die ausnahmsweise erstinstanzliche Zuständigkeit der LSG in § 29 III u. IV SGG nur für bestimmte, im Einzelnen aufgelistete Fälle mit bundesweiter Wirkung regelt und gerade keine allgemein gefasste Zuständigkeit für solche Verfahren trifft. Als Ausnahmenvorschriften zu § 8 SGG sind die § 29 III bis V SGG eng auszulegen.

Die Kl., Bundesverbände von Physiotherapeuten, wenden sich mit ihrer Klage gegen den Schiedsspruch der bekl. Schiedsstelle nach § 125 VI SGB V vom März 2021 zur Festsetzung des Vertragsinhalts des Vertrages nach § 125 I u. II SGB V zur Regelung der Einzelheiten der Versorgung der Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen mit Leistungen der Physiotherapie gemäß § 32 SGB V zwischen dem beigel. Spitzenverband Bund der Krankenkassen einerseits und den Klägern sowie zwei weiteren Verbänden von Physiotherapeuten andererseits. Das **LSG** erklärte sich für sachlich instanziell unzuständig und verwies den Rechtsstreit an das SG Berlin.

4. Haftpflichtkosten-Sicherzustellungszuschlag für Beleghebamme

LSG Schleswig-Holstein, Urteil v. 01.09.2021 - L 5 KR 110/19

RID 22-01-158

Revision anhängig: B 3 KR 13/21 R

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 2 I 1 u. IV, 12 I, 70 I 2, 134a, 301a I 1

Die Anspruchsvoraussetzungen des § 134a Ib SGB V (bzgl. der Zahlung eines **Berufshaftpflichtkosten-Sicherstellungszuschlages** durch den GKV-Spitzenverband) sind bei einer Hebamme, die sowohl als Beleghebamme eines Krankenhauses als auch freiberuflich tätig ist, nicht um die ungeschriebene Voraussetzung zu erweitern, dass der Sicherzustellungszuschlag um den Betrag zu kürzen ist, den die Hebamme bereits gemäß dem Belegvertrag **vom Krankenhaus erstattet** bekommen hat.

SG Lübeck, Urt. v. 19.06.2019 - S 3 KR 605/16 - verurteilte den bekl. Spitzenverband Bund der Krankenkassen antragsgemäß, an die kl. Hebamme (weitere) 1.170,70 € zu zahlen. Das *LSG* wies die Berufung zurück.

IX. Krankenkassen

1. Keine Vermittlung eines Vertragszahnarztes durch Krankenkasse

LSG Hamburg, Urteil v. 21.10.2021 - L 1 KR 64/21

RID 22-01-159

www.juris.de

BMV-Z § 18 III, IV

Einer **Krankenkasse** ist es im **zahnärztlichen Bereich** nach den besonderen Regelungen in § 18 III BMV-Z untersagt, ihren Versicherten einen konkreten Leistungserbringer zu vermitteln. Die nach § 18 IV BMV-Z geforderte **Bekanntgabe der Vertragszahnärzte** gegenüber den Versicherten in geeigneter Weise wird durch den Hinweis auf die Möglichkeit, sich an die KZV wenden zu können, erfüllt.

SG Hamburg, Gerichtsbb. v. 15.06.2021 wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

2. Feststellung des Ruhens des Leistungsanspruchs: Angaben zum Beitragsrückstand

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 08.11.2021 - L 11 KR 1820/21

RID 22-01-160

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 12 KR 64/21 B

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 16 IIIa 2

Bei einem Bescheid über die **Feststellung des Ruhens des Leistungsanspruchs** nach § 16 IIIa 2 SGB V handelt es sich bei weiteren **Erklärungen zur Höhe der Beitragsrückstände** lediglich um erläuternde Hinweise und Begründungselemente. Denn die Krankenkasse hat zur Begründung des verfügten Leistungsruhens die Tatbestandsvoraussetzungen darzulegen, insb. einen Beitragsrückstand i.H.v. Beitragsanteilen für zwei Monate sowie eine Nichtzahlung trotz Mahnung. Auch ist eine Information über den Beitragsrückstand deshalb erforderlich, weil das Ruhen endet, wenn alle rückständigen und die auf die Zeit des Ruhens entfallenden Beitragsanteile gezahlt sind. Damit der Versicherte durch die Zahlung der Rückstände selbst das Ruhen unverzüglich beenden kann, benötigt er verlässliche Informationen über den Beitragsrückstand.

SG Freiburg, Urt. v. 21.04.2021 - S 14 KR 4078/19 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

X. Verfahrensrecht

1. Örtliche Zuständigkeit: Krankenhausträger mit Zweigniederlassung

SG Leipzig, Beschluss v. 27.09.2021 - S 14 KR 559/21

RID 22-01-161

www.juris.de

SGG §§ 57 I 1, 70 Nr. 1; HGB § 13; ZPO § 21

Leitsatz: 1. Die örtliche Zuständigkeit gemäß § 57 Abs. 1 Satz 1 SGG richtet sich bei Klageparteien, die juristische Personen des Privatrechts sind, nach dem durch Rechtsvorschrift, d.h. durch Gesetz oder Satzung, bestimmten Sitz, sofern hierzu eine Regelung getroffen ist.

2. Der Sitz einer Zweigniederlassung ist dagegen für die örtliche Zuständigkeit nicht maßgeblich, selbst wenn sie im Handelsregister eingetragen ist.

Das SG erklärte sich für örtlich unzuständig und verwies den Rechtsstreit an das örtlich zuständige Sozialgericht E.

2. Verfahrensfortsetzung durch Rechtsnachfolger

LSG Schleswig-Holstein, Urteil v. 10.11.2021 - L 5 KR 56/20

RID 22-01-162

Revision zugelassen

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB X § 44; SGB I § 59

Leitsatz: Erben im Sinne des § 1922 BGB sind nicht berechtigt, ein Überprüfungsverfahren nach § 44 SGB X zu initiieren.

§ 59 Satz 2 SGB I ermächtigt Rechtsnachfolger nur zur Fortsetzung eines in diesem Zeitpunkt anhängigen (Leistungs-)Verfahrens.

Die Beteiligten streiten im Zugunstenverfahren nach § 44 SGB X darüber, ob die Bekl. den Kl. die Kosten für durchgeführte Kombinationsbehandlungen aus Elektrohypothermie und dendritischer Zellimmuntherapie zu erstatten hat. SG Lübeck, Urte. v. 05.02.2020 - S 51 KR 682/17 - erachtete einen Erstattungsanspruch in Höhe von 11.407,29 € aufgrund des Eintritts einer Genehmigungsfiktion nach § 13 IIIa SGB V für begründet. Das LSG wies die Klage insgesamt ab.

3. Untätigkeitsklage: Kostenteilung bei ungefährender Terminangabe

SG Augsburg, Beschluss v. 15.11.2021 - S 10 KR 339/21

RID 22-01-163

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de = ASR 2021, 279

SGG §§ 88 II, 193 I

Im sozialgerichtlichen Verfahren ist das Gebot der gegenseitigen Rücksichtnahme zu beachten. Danach hat sich, wenn absehbar ist, dass die gesetzlich vorgegebene Frist zur Verbescheidung des Widerspruchs nicht eingehalten werden kann, einerseits die Behörde auf Anfrage über die konkreten Termine des Widerspruchsausschusses zu informieren und zum genauen Termin konkrete Rückantwort zu geben. Andererseits hat ein Kläger auch ohne konkreten Termin („Entscheidung des Widerspruchsausschusses in seiner nächsten Sitzung im September“) auf die Entscheidung ohne Erhebung einer Untätigkeitsklage zu warten.

Das SG verurteilte die Bekl., der Kl. die Hälfte der ihr entstandenen notwendigen Kosten der Rechtsverteidigung zu erstatten.

4. Ordnungsgeld gegen Sachverständigen: Spätere Vorlage des Gutachtens unbeachtlich

LSG Bayern, Beschluss v. 03.01.2022 - L 2 KR 343/21 B

RID 22-01-164

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGG § 118 I 1; ZPO §§ 381, 407a I, 411 I 4 u. II 1

Leitsatz: 1. Nach § 118 Abs. 1 Satz 1 SGG i.V.m. § 411 Abs. 2 Satz 1 ZPO (in der Fassung durch das Änderungsgesetz vom 11.10.2016, BGBl I S. 2222) soll gegen einen Sachverständigen nach Fristsetzung und fruchtlosem Ablauf einer Nachfrist ein zuvor angedrohtes Ordnungsgeld verhängt

werden, wenn der Sachverständige seiner Verpflichtung zur Erstattung des Gutachtens bis dahin nicht nachgekommen ist.

2. Die Festsetzung eines Ordnungsgeldes kann nur dann **unterbleiben**, wenn glaubhaft gemacht wird, dass den Sachverständigen an der Verspätung kein Verschulden trifft.

3. Ein **Sachverständiger**, der mit der Erstattung eines Gutachtens beauftragt worden ist, hat von sich aus alle Schritte zu unternehmen, die zur Erledigung des Gutachtensauftrages erforderlich sind. Er hat dies auch grundsätzlich in einer angemessenen Frist zu tun, nicht erst auf Erinnerung und Fristsetzung durch das Gericht.

4. Treten **unvorhersehbare Umstände** ein, die es dem Sachverständigen erschweren oder unmöglich machen, das Gutachten rechtzeitig bzw. zeitgerecht zu erstellen, so hat er das Gericht unverzüglich zu unterrichten. Insbesondere hat der Sachverständige gemäß § 118 Abs. 1 Satz 1 SGG i.V.m. § 407a Abs. 1 ZPO unverzüglich zu prüfen, ob der Auftrag innerhalb der vom Gericht gesetzten Frist erledigt werden kann, und wenn das nicht der Fall ist das Gericht unverzüglich zu verständigen.

5. Die **Verhängung von Ordnungsgeld** wird auch durch **Vorlage des Gutachtens** nicht obsolet. Nach Wortlaut und Sinn dient die Verhängung von Ordnungsgeld nicht allein der Durchsetzung der Verpflichtung zur Erstellung eines Gutachtens, sondern auch dessen zeitgerechter Erstellung.

6. Die **Höhe des Ordnungsgeldes** richtet sich seit dem o.g. Änderungsgesetz vom 11.10.2016 nach § 118 Abs. 1 Satz 1 SGG i.V.m. § 411 Abs. 1 Satz 4 ZPO. Danach ist die Höhe des Ordnungsgeldes nach Ermessen zu bestimmen und darf das einzelne Ordnungsgeld 3.000,- EUR nicht übersteigen.

SG München, Beschl. v. 28.04.2021 - S 44 KR 431/18 - setzte gegen den ärztlichen Sachverständigen ein Ordnungsgeld i.H.v. 500 € fest, das *LSG* wies die Beschwerde zurück.

XI. Bundessozialgericht (BSG)

1. Genehmigungsfiktion: Neue Rspr. begründet keine erneute Klärungsbedürftigkeit

BSG, Beschluss v. 10.11.2021 - B 1 KR 62/21 B

RID 22-01-165

www.juris.de

Das BSG hat bereits entschieden, dass § 13 IIIa SGB V aufgrund **Genehmigungsfiktion** keinen Sachleistungsanspruch begründet und darin keine Verletzung des allgemeinen Gleichheitssatzes aus Art. 3 I GG liegt. Durch den Vortrag, die **Abkehr von der bisherigen Rspr.** werde kritisch gesehen bzw. für verfassungswidrig gehalten, wird die formulierte Rechtsfrage nicht erneut klärungsbedürftig. Eine erneute Klärungsbedürftigkeit setzt in der Regel voraus, dass neue Gesichtspunkte vorgebracht werden, mit denen sich das BSG noch nicht hinreichend auseinandergesetzt hat. Hieran fehlt es.

2. Häusliche Krankenpflege in ambulanter Wohngruppe

BSG, Urteil v. 26.03.2021 - B 3 KR 14/19 R

RID 22-01-166

BSGE = SozR 4-2500 § 37 Nr. 16 = SuP 2021, 647 = Sozialrecht aktuell 2021, 287

Leitsatz: Versicherte verlieren ihren Anspruch auf einfachste **Behandlungspflege** gegen die Krankenkasse nicht dadurch, dass sie ihre Versorgung mit häuslicher Pflege gemeinschaftlich **mit anderen Pflegebedürftigen organisiert** haben.

3. Krankenhausvergütung: Anforderung von Unterlagen und Präklusionsregelung

BSG, Urteil v. 10.11.2021 - B 1 KR 9/21 R

RID 22-01-167

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

§ 7 II 2 bis 4 PrüfvV 2014 enthält eine **materielle Präklusionsregelung** mit der Rechtsfolge, dass konkret bezeichnete Unterlagen, die der MDK 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. Die präkludierten Unterlagen sind als Beweismittel endgültig ausgeschlossen. (siehe dazu im Einzelnen BSG, Urt. v. 18.05.2021 - B 1 KR 32/20 R - BSGE = SozR 4 = NZS 2022, 17, juris).

Der **pauschale Zusatz** („Des Weiteren bitten wir Sie um Übersendung aller notwendigen Unterlagen, die Ihres Erachtens nach ergänzend zur Aufklärung des Sachverhaltes erforderlich sind.“) bezeichnete keine **konkreten Unterlagen** und kann die Rechtsfolge des § 7 II PrüfvV 2014 für sich genommen nicht auslösen (vgl. zu einer entsprechenden Formulierung BSG, Urt. v. 18.05.2021 - B 1 KR 24/20 R - juris Rn. 38).

Die Krankenkasse trägt die objektive **Beweislast** für den Nachweis des Zugangszeitpunkts der Unterlagenanforderung.

C. ENTSCHEIDUNGEN ANDERER GERICHTE

I. Ärztliches Berufsrecht

1. Widerruf/Ruhen/Wiedererteilung der Approbation/Berufserlaubnis

a) Anordnung der sofortigen Vollziehung einer Approbationsentziehung

OVG Hamburg, Beschluss v. 08.10.2021 - 3 Bs 217/21

RID 22-01-168

www.juris.de

BÄO §§ 5 I 1, 10 I; VwGO § 80 II 1 Nr. 4, III, V; GG Art. 12 I

Leitsatz: 1. Die **Anordnung der sofortigen Vollziehung** einer **Approbationsentziehung** setzt voraus, dass überwiegende öffentliche Belange es rechtfertigen, den Rechtsschutzanspruch des Betroffenen gegen die Grundverfügung einstweilen zurückzustellen, um unaufschiebbare Maßnahmen im Interesse des allgemeinen Wohls rechtzeitig in die Wege zu leiten. Ob diese Voraussetzungen gegeben sind, hängt von einer **Gesamtwürdigung** der Umstände des Einzelfalls und insbesondere davon ab, ob eine weitere Berufstätigkeit schon vor Rechtskraft des Hauptsacheverfahrens konkrete Gefahren für wichtige Gemeinschaftsgüter befürchten lässt (BVerfG, Beschl. v. 08.04.2010 - 1 BvR 2709/09 - NJW 2010, 2268, juris Rn. 12 m.w.N.; Beschl. v. 24.10.2003 - 1 BvR 1594/03 - BVerfGK 2, 89 = NJW 2003, 3618, juris Rn. 15).

2. Diese Grundsätze gelten nicht lediglich für den Widerruf einer Approbation oder die Anordnung ihres Ruhens, sondern auch für ihre **Rücknahme**.

Der 1971 geb. Ast. ist syrischer Staatsangehöriger. Er studierte von 1991 bis 2001 im Irak Medizin an der Universität Bagdad und erwarb dort den Abschluss „Bachelor of Medicine and Surgery (M.B.Ch.B.)“. Im Anschluss arbeitete er eigenen Angaben zufolge in Syrien zeitweilig als Arzt, bis er im Jahr 2013 nach Deutschland ausreiste. Er erhielt zunächst 2015 eine Berufserlaubnis nach § 10 BÄO. Im September 2019 bestand er die Kenntnis-/Gleichwertigkeitsprüfung nach § 37 ÄAppO bzw. § 3 III 3 BÄO. Nachdem er im September 2020 im zweiten Versuch die Fachsprachenprüfung bestanden hatte, erteilte ihm die Ag. die Approbation als Arzt auf Grundlage von § 3 III BÄO. Nachdem der Chefarzt der Klinik, in der der Ast. beschäftigt war, erhebliche Zweifel an dessen fachlicher Qualifikation geäußert hatte, bat die Ag. die bei der Zentralstelle für Ausländisches Bildungswesen neu eingerichtete Gutachtenstelle für Gesundheitsberufe (GfG) um Prüfung der Echtheit der vom Ast. vorgelegten Unterlagen. Nach Aussage der Gutachtenstelle hatte der Ast. das Studium im Irak nachweislich abgeschlossen, nicht aber die sich an das Studium anschließenden einjährige praktische Ausbildung (Rotationsassistenz) absolviert, mit der erst das Studium abgeschlossen werde. Der Ag. nahm im Juli 2021 die Approbation zurück und ordnete die sofortige Vollziehung an. Der Ast. legte Widerspruch ein, über den noch nicht entschieden ist. **VG Hamburg**, Beschl. v. 24.08.2021 stellte die aufschiebende Wirkung des Widerspruchs unter verschiedenen Auflagen wieder her, u.a. wurde die Tätigkeit auf eine nichtleitende und nicht selbstständige ärztliche Tätigkeit als Weiterbildungsassistent für Allgemeinmedizin im Gesundheitszentrum E unter Anleitung, Aufsicht und Verantwortung einer zur Weiterbildung befugten Arztes beschränkt. Das **OVG** wies die Beschwerde der Ag. zurück.

b) Ruhen der Approbation

aa) Nichtzulassungsbeschwerde: Stabilisierung eines Abhängigkeitssyndroms

VGH Bayern, Beschluss v. 13.07.2021 - 21 ZB 18.509

RID 22-01-169

www.juris.de

BÄO §§ 3 I 1 Nr. 3, 6 I Nr. 2; VwGO §§ 86 I, 108, 124, 124a

Dem Gutachten des Sachverständigen ist insoweit zu entnehmen, dass nach einer vom Kl. im Rahmen der Exploration behaupteten über zweijährigen Abstinenz von einer willkürlichen Kontrolle des Konsumwunsches ausgegangen und die Wiedererlangung der Approbation befürwortet werden könne. Überdies ist ausgeführt, auch zwei Jahre nachgewiesene Betäubungsmittelabstinenz sprächen nicht für die Überwindung einer Abhängigkeit, sondern nur für eine ausreichende Stabilisierung, was sich vorliegend leider nicht erfüllt habe. Einer weitergehenden allgemeinen Bestimmung, unter welchen Voraussetzungen ein **in der Vergangenheit manifestes Abhängigkeitssyndrom** als ausreichend **stabilisiert** anzusehen ist, bedurfte es nicht. Denn für die Beurteilung des Sachverständigen war insb. maßgebend, dass der Kl. einerseits ausweislich einer im Juli 2017 entnommenen Haarprobe trotz

abgeschlossener Therapie wenige Monate vor der gerichtlich veranlassten psychiatrischen Untersuchung erneut MDMA, Metamphetamin und Kokain konsumiert hatte, er andererseits das Ausmaß seiner Suchterkrankung im Rahmen der Exploration bagatellierte und sich nicht aufrichtig in seinem Lebenszusammenhang positionierte.

bb) Zweifel an der gesundheitlichen Eignung

VGH Bayern, Beschluss v. 07.10.2021 - 21 CS 21.2185

RID 22-01-170

www.juris.de

BÄO § 6 I Nr. 3; VwGO §§ 80 V 1, 146 IV

Leitsatz: Zweifel an der **gesundheitlichen Eignung** eines Arztes im Sinne von § 6 Abs. 1 Nr. 3 BÄO sind dann gerechtfertigt, wenn glaubhafte Tatsachen vorliegen, die es bei objektiver Würdigung möglich erscheinen lassen, dass bei dem betroffenen Arzt aufgrund einer **Gesundheitsstörung** die besonderen Anforderungen, die zum Schutz der Gesundheit der Bevölkerung und des einzelnen Patienten an einen Arzt zu stellen sind, in einem solchen Ausmaß beeinträchtigt sind, dass durch dessen weitere Tätigkeit eine Gefahr auftreten würde.

Der Ast. betreibt eine Hausarztpraxis für Innere Medizin, Naturheilverfahren und Sportmedizin. Die Regierung von Oberbayern ordnete mit Bescheid vom 24.03.2021 das Ruhen der Approbation des Ast. an und ordnete die sofortige Vollziehung an. **VG München**, Beschl. v. 30.07.2021 - M 16 S 21.2113 - lehnte den gleichzeitig mit der Klage beantragten Eilrechtsschutz ab. Der **VGH** ordnete die aufschiebende Wirkung der Klage an, weil ein hinreichender Gefahrenverdacht nicht vorliege. Fehle es für einen schädlichen Gebrauch und/oder eine Abhängigkeit von Alkohol oder anderen psychotropen Substanzen an ausreichenden Hinweisen, so greife die auf Klärung einer solchen gesundheitlichen Störung gerichtete Anordnung, sich einer psychiatrischen Untersuchung zu unterziehen, unverhältnismäßig in das Persönlichkeitsrecht des Betroffenen ein.

c) Berufserlaubnis

aa) Vorübergehende Ausübung: Georgische Approbation

OVG Schleswig-Holstein, Beschluss v. 22.10.2021 - 3 LA 188/16

RID 22-01-171

www.juris.de

BÄO §§ 3 I Nr. 4, 10 I, II 1, V; VwGO § 124a II Nr. 1

Leitsatz: 1. Der im Antrag auf Verpflichtung zum Erlass eines Verwaltungsaktes enthaltene Antrag auf Neubescheidung unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts stellt gegenüber dem Antrag auf Verpflichtung einen **abtrennbaren Streitgegenstand** dar. Es ist daher insofern eine teilweise Zulassung der Berufung möglich.

2. Es begegnet zwar keinen Bedenken, im Rahmen der **Ermessensausübung** für die Erteilung einer Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des ärztlichen Berufs nach § 10 Abs. 1 BÄO den jeweiligen **Ausbildungsstand** des Antragstellers bzw. der Antragstellerin, der bzw. die eine abgeschlossene Ausbildung für den ärztlichen Beruf nachgewiesen hat, in das Ermessen einzustellen. Es bestehen jedoch ernstliche Zweifel daran, dass insofern bei einer **nicht vollständigen Gleichwertigkeit der Ausbildung** die Erlaubnis nach § 10 Abs. 1 BÄO grundsätzlich versagt werden kann. Insofern dürfte vielmehr im Einzelfall jeweils in die Ermessensausübung einzustellen sein, ob bei eventuellen Defiziten im Ausbildungsstand die Erteilung einer entsprechend auf bestimmte Tätigkeiten oder Beschäftigungsstellen beschränkten Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des ärztlichen Berufes in Betracht kommt.

bb) Zurücknahme einer Berufserlaubnis: Arzt in Weißrussland

VG Arnsberg, Beschluss v. 15.12.2021 - 7 L 971/21

RID 22-01-172

www.juris.de

BÄO § 3; VwVfG § 48; VwGO § 80

Bei der Frage, ob eine **Ausbildung abgeschlossen** ist und zur Ausübung des ärztlichen Berufs berechtigt, kommt es auf das Recht des Staates an, in dem die Ausbildung erworben wurde. Auf die Gleichwertigkeit des Ausbildungsstandes im Hinblick auf Inländer (vgl. § 3 II 1 BÄO) kommt es nach

dem Wortlaut nicht an. Eine Ausbildung, die in wesentlichen Grundzügen von der Ausbildung in der Bundesrepublik abweicht, reicht jedoch für eine Berufserlaubnis nicht aus.

Eine Berechtigung zur Ausübung des „ärztlichen Berufs“ liegt nur dann vor, wenn sich die erworbene Qualifikation im Wesentlichen mit der nach deutschem Recht erforderlichen Berechtigung zur Tätigkeit als Arzt, also mit der **ärztlichen Approbation** deckt. Nach deutschem Recht wird die Approbation als Arzt umfassend erteilt. Das deutsche Recht kennt keine Approbation als Arzt unter Beschränkung auf bestimmte Fachrichtungen oder Erkrankungen. Dementsprechend kann von einer im Ausland erworbenen Berechtigung zur Ausübung des ärztlichen Berufs nur dann gesprochen werden, wenn sich diese Berechtigung gleichermaßen auf die **umfassende Ausübung der Heilkunde** bezieht.

Die Qualifikation „Врач“ (врач = Arzt/Ärztin) und nach der Ableistung eines Fachpraktikums auf dem Gebiet der Psychiatrie die Qualifikation „Fachärztin für Psychiatrie“ nach einem Studium der „Medizin und Psychologie“ in **Weißrussland** genügt nicht einer Gleichwertigkeit. Allein die Bezeichnung als Arzt belegt nicht, dass eine Berechtigung zu einer uneingeschränkten Ausübung der Heilkunde besteht.

cc) Rücknahme einer Erlaubnis zur vorübergehenden Berufsausübung (Kasachstan Humanmedizin)

VG Magdeburg, Urteil v. 08.12.2021 - 3 A 283/19 MD

RID 22-01-173

www.juris.de

BÄO § 3 III 1; VwVfG §§ 10 I 1, 48 I 1

Leitsatz: Zu den Voraussetzungen der **Rücknahme** einer **Erlaubnis** zur vorübergehenden Ausübung des ärztlichen Berufes und Ablehnung der ärztlichen Approbation.

Der Kl. studierte von 2002 bis in Kasachstan Humanmedizin. Der Bekl. erteilte ihm für die Zeit vom 15.08.2017 bis zum 14.08.2019 widerruflich die Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des ärztlichen Berufs mit der Bitte, das Zertifikat des Gesundheitsministeriums über die einjährige Internatur nebst Übersetzung nachzureichen. Dem kam der Kl. nicht nach. Der Kl. beantragte die ärztliche Approbation und die Gleichwertigkeitsprüfung auf der Grundlage seines Curriculums. Die Zentrale Gutachtensstelle für Gesundheitsberufe (GfG) teilte dem Bekl. mit, dass der Kl. keine abgeschlossene Berufsausbildung nachgewiesen habe, weil er weder die Internatur noch die Ordinatur und auch kein Spezialisten-Zertifikat vorgelegt habe. In ihrem detaillierten Gutachten vom 26.07.2019 kommt die GfG zu dem Ergebnis, dass dem Kl. mit den von ihm vorgelegten Dokumenten in Kasachstan keine selbständige ärztliche Tätigkeit erlaubt sei. Weil der Kl. keine vollständig abgeschlossene ärztliche Qualifikation aus Kasachstan nachgewiesen habe, erübrige sich die Prüfung der Gleichwertigkeit der absolvierten Ausbildung. Der Bekl. nahm mit Bescheid vom 05.08.2019 die dem Kläger erteilte Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des ärztlichen Berufes vom 11.08.2017 zurück und lehnte den Antrag auf Erteilung der Approbation als Arzt ab. Das VG wies die Klage ab.

2. Strafrecht: Sexueller Missbrauch durch Orthopäden

AG Essen, Urteil v. 28.08.2020 - 56 Ds 63/19

RID 22-01-174

www.juris.de

StGB § 174c I

Dass eine Patientin eines Orthopäden in alle **sexuellen Handlungen eingewilligt** hat, ist für die Beurteilung als **missbräuchlich** zunächst irrelevant. Entscheidend kommt es für die Beurteilung, ob ein Missbrauch vorliegt, auf die **konkrete Art und Intensität des Beratungs-, Behandlungs- oder Betreuungsverhältnisses** an. Je intensiver die Kontakte zwischen Täter und Opfer im Rahmen des Behandlungsverhältnisses sind, desto geringere Anforderungen sind an das Vorliegen eines Missbrauchs zu stellen.

Das Gericht, welches das Verfahren zunächst nicht eröffnet hatte, da es von einer orthopädischen Behandlung und einem einvernehmlichen Verhältnis auf Augenhöhe ausgegangen war, hat nach Durchführung der Hauptverhandlung jedoch feststellen müssen, dass hier ein **enges, über längere Zeit implementiertes Verhältnis zwischen Arzt und Patient** bestand, welches von starker **Abhängigkeit und Dankbarkeit** geprägt war. Die gesamte Ausgestaltung des Behandlungsverhältnisses, bei welchem die orthopädische Behandlung nur etwa die Hälfte der Zeit einnahm, war auf ein besonderes Betreuungsverhältnis und Näheverhältnis ausgerichtet. So hat der Angekl. ohne psychotherapeutische oder ähnliche Ausbildung die Nebenkl. auch nach seinen Worten

gecoacht. Dem Angekl. war auch bewusst, dass die Nebenkl., die schon längere Zeit über starke Schmerzen klagte, ihm dankbar war, da Linderung eingetreten war. Zudem war dem Angekl. auch bewusst, dass die Nebenkl. sich bei ihm gut aufgehoben fühlte und sich auch emotional öffnete. Dies hat der Angekl. ausgenutzt, als er während einer Behandlung der Nebenklägerin erstmalig in den Slip und an die Vagina griff und in der Folge sexuelle Handlungen vornahm. Ob die Nebenkl. vorher Signale gesendet hat, dass dies in Ordnung sei, ist ebenso wie das grundsätzliche Einverständnis unerheblich.

Das AG verurteilte den Angekl. wegen sexuellen Missbrauchs unter Ausnutzung eines Behandlungsverhältnisses in vier Fällen zu einer Gesamtfreiheitsstrafe von 1 Jahr und 2 Monaten.

3. Freistellung vom ärztlichen Bereitschaftsdienst

VG Magdeburg, Urteil v. 09.08.2021 - 3 A 179/19 MD

RID 22-01-175

www.juris.de

HeilBerG Sachsen-Anhalt §§ 19, 20; VwGO § 114

Eine **Befreiung von der Teilnahmepflicht** am Bereitschaftsdienst wird nur bei schwerwiegenden Gründen, d.h. in absoluten Ausnahmefällen zugelassen. Die strenge Handhabung der Befreiung dient dem Solidarprinzip, wonach alle Ärzte, die von diesem System profitieren, ihren Anteil zu leisten haben (vgl. BVerwG, Beschl. v. 18.12.2013 - 3 B 35/13 - juris Rn. 3, RID 14-04-172; OVG Sachsen-Anhalt, Beschl. v. 06.09.2006 - 1 L 93/06 - juris Rn. 8). Hilfeleistung in Notfällen gehört zum Wesen des Arztseins, so dass der Notfalldienst im übergeordneten gesundheitspolitischen Interesse der organisatorischen Bewältigung einer von der gesamten Ärzteschaft zu erfüllenden Gemeinschaftsaufgabe dient (vgl. OVG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 27.02.2013 - 13 A 1431/12 - juris Rn.41, RID 13-03-222).

Eine **Schwerbehinderung** von 50 % reicht nicht für eine Befreiung vom ärztlichen Bereitschaftsdienst, da erst bei einem Grad der Behinderung von 70 % bei gleichzeitiger Minderung der Erwerbsfähigkeit ein schwerwiegender Grund für eine Befreiung gesehen werden kann (vgl. OVG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 04.06.2013 - 13 B 258/13 - juris, RID 13-03-223).

Kann eine Ärztin sich auf ihre Kosten durch einen anderen Arzt bei der Ausübung des Bereitschaftsdienstes **vertreten** lassen, bestehen keine durchgreifenden Bedenken gegen deren Heranziehung, wenn ihre **ärztlichen Einkünfte** keine Anhaltspunkte dafür bieten, dass die Beteiligung am Bereitschaftsdienst den Verdienst aus der privatärztlichen Tätigkeit übermäßig aufzehren würde.

Ein Sitzdienst von 2 Stunden an 2-3 Tagen im Jahr ist **nicht unverhältnismäßig**. Selbst bei einer anzunehmenden **Teilzeittätigkeit** besteht kein Anspruch auf eine vollständige Befreiung vom Bereitschaftsdienst, da es privatärztlichen Ärzten freisteht, den zeitlichen Umfang ihrer Tätigkeit zu bestimmen und ggf. zu ändern (vgl. VG Gelsenkirchen, Urt. v.12.09.2012 - 7 K 621/12 - juris Rn. 28 f., 37, RID 13-01-215).

4. Psychologische Psychotherapeutin: Masterabschluss als Voraussetzung

OVG Niedersachsen, Urteil v. 08.11.2021 - 8 LC 11/21

RID 22-01-176

www.juris.de

PsychThG §§ 2, 5, 27; BQFG § 4 II Nr. 3

Leitsatz: Abschlussprüfung im Sinne des § 5 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 Buchst. a) PsychThG a.F. ist die Masterprüfung.

Die Kl. begehrte die Feststellung, dass sie die Zugangsvoraussetzungen für eine Ausbildung als Psychologische Psychotherapeutin erfüllt. Nach ihren Angaben erwarb sie nach einer Krankenpflegeausbildung aufgrund eines von 1996 bis 2001 betriebenen fünfjährigen Studiums in Russland ein Diplom in Psychologie. Von 2000 bis 2002 war sie in einer Klinik in St. Petersburg als Psychologin beschäftigt. Nach ihrer 2003 erfolgten Übersiedlung nach Deutschland arbeitete sie u.a. von 2011 bis 2017 im Pflegebereich und seit 2018 als Psychologin in Kliniken. Von 2013 bis 2016 studierte sie an der Universität Frankfurt a.M. im Studiengang M.Sc. Psychologie. Sie bestand die Masterprüfung endgültig nicht. In einer Zeugnisbewertung vom Juni 2017 kam die Zentralstelle für ausländisches Bildungswesen zu dem Ergebnis, der russische Abschluss entspreche einem deutschen Hochschulabschluss. Er sei vom Niveau her zwischen der Bachelor- und der Masterebene einzuordnen. Ihrem Antrag auf Feststellung des Vorliegens der Zugangsvoraussetzungen für die Ausbildung zur

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin wurde entsprochen. Ihr Antrag bzgl. der Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin war erfolglos. *VG Hannover*, Urt. v. 17.11.2020 - 5 A 2762/19 - verpflichtete den Bekl. zu der begehrten Feststellung, das *OVG* wies die Klage ab.

5. Keine abhängige Beschäftigung eines Notarztes im kommunalen Rettungsdienst bei KV

SG Magdeburg, Urteil v. 29.09.2021 - S 43 R 90/16

RID 22-01-177

www.juris.de

SGB V § 75 I; SGB IV § 7 I; RettDG Sachsen-Anhalt § 23

Leitsatz: 1. Zwischen einem Notarzt oder einer Notärztin im **kommunalen Rettungsdienst** und der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt (KVSA) besteht aufgrund der notärztlichen Tätigkeit kein **Beschäftigungsverhältnis**.

2. Der Notarzt oder die Notärztin wird weder eingegliedert in einem Betrieb der KVSA noch für diese tätig. Der Rettungsdienst ist ein Betrieb des kommunalen Trägers. Auch die notärztliche Versorgung ist kein der KVSA zuzurechnender (Teil-)Betrieb des kommunalen Rettungsdienstes, sondern Aufgabe des Trägers. Die **KVSA** erfüllt mit der Bereitstellung der Notärzte und Notärztinnen für den Träger lediglich eine ihr durch das Landesrecht in Erweiterung ihres Sicherstellungsauftrages übertragene **organisatorische Aufgabe**.

3. Die Bereitstellung des ärztlichen Personals für den kommunalen Rettungsdienst ist keine (gesetzlich geregelte) **Arbeitnehmerüberlassung** durch die KVSA.

Der Kl. schloss mit der KVSA Honorarverträge über den Einsatz als Notarzt im Rettungsdienst. Im Februar 2015 beantragte er die Durchführung eines Statusfeststellungsverfahrens. Die Bekl. stellte eine Versicherungspflicht fest. Das *SG* stellte fest, dass für den Kl. seit dem 21.10.2014 keine Versicherungspflicht in der Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung sowie nach dem Recht der Arbeitsförderung aufgrund abhängiger Beschäftigung als Notarzt bei der KV Sachsen-Anhalt bestand.

II. Arzthaftung

1. BGH/Hypothetische Einwilligung nach fehlerhafter Eingriffsaufklärung: Beweislast

BGH, Urteil v. 07.12.2021 - VI ZR 277/19

RID 22-01-178

www.juris.de

BGB §§ 630e I 3, 630h II 2

Leitsatz: Beruft sich der behandelnde Arzt im Falle einer **fehlerhaften Eingriffsaufklärung** darauf, der Patient hätte auch im Falle einer zutreffenden Aufklärung in die betreffende Maßnahme eingewilligt („**hypothetische Einwilligung**“), so trifft ihn die **Beweislast** für diese Behauptung dann, wenn der Patient zur Überzeugung des Tatrichters plausibel macht, dass er - wäre er ordnungsgemäß aufgeklärt worden - vor einem echten Entscheidungskonflikt gestanden hätte, wobei an die Substantiierung keine zu hohen Anforderungen gestellt werden dürfen. Vom Patienten nicht zu verlangen ist hingegen, dass er - darüber hinausgehend - plausibel macht, er hätte sich im Falle einer ordnungsgemäßen Aufklärung auch tatsächlich gegen die durchgeführte Maßnahme entschieden (Festhaltung Senatsurteil vom 15. März 2005 - VI ZR 313/03, NJW 2005, 1718, 1719, juris Rn. 18).

2. Behandlungsfehler

a) Geburt

aa) Geburtsplanung- und Durchführung: Neonatologischer Facharztstandard

OLG Dresden, Urteil v. 07.12.2021 - 4 U 561/21

RID 22-01-179

www.juris.de

BGB § 630a

Leitsatz: 1. Hat es das erstinstanzliche Gericht versäumt, in seinen Entscheidungsgründen auf die **Widersprüche** zwischen einem gerichtlichen **Sachverständigengutachten** und einem **Privatgutachten** einzugehen, kann diese Würdigung auf der Grundlage der Gerichtsakten durch das

Berufungsgericht nachgeholt werden. Lassen sich hierdurch die Widersprüche ausräumen, bedarf es einer weiteren Beweiserhebung nicht.

2. **Geburtsplanung- und Durchführung** sind nach dem gynäkologischen, die unmittelbar an die Geburt anschließende Behandlung nach dem **neonatologischen Facharztstandard** zu beurteilen, auch was die Frage betrifft, ob und ggf. ab wann eine Kinderkardiologie zugezogen werden muss.

3. Solange dem Patienten im jeweiligen Krankenhaus eine dem medizinischen Standard entsprechende Behandlung angeboten werden kann, bedarf es keiner **Aufklärung**, dass dieselbe Behandlung andernorts mit anderen Mitteln und ggf. einem geringeren Komplikationsrisiko durchgeführt werden kann.

bb) Gynäkologe: Pathologisches CTG/Schmerzensgeld

OLG Hamm, Urteil v. 17.12.2021 - 26 U 102/20

RID 22-01-180

www.juris.de

BGB §§ 253, 280, 823

Leitsatz: 1. Weist ein **Gynäkologe** bei einem **pathologischen CTG** nicht auf die sofortige Einweisung der Kindesmutter in ein Krankenhaus hin, so kann darin ein grober Behandlungsfehler vorliegen.

2. Bei einer schweren geistigen und körperlichen Beeinträchtigung eines Kindes kann ein **Schmerzensgeld** von 500.000,- EUR angemessen sein.

cc) Kindsmutter nach Geburt ohne Alarmmöglichkeit

OLG Celle, Urteil v. 20.09.2021 - 1 U 32/20

RID 22-01-181

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: BGH - VI ZR 331/21 -

www.juris.de

SGB V §§ 249, 253 II, 278, 280 I, 630a, 823 I

Verlässt die Hebamme innerhalb der zweiten Lebensstunde des Neugeborenen den Kreißsaal, ohne der Kindsmutter die Möglichkeit zu verschaffen, mittels einer in Reichweite befindlichen **Klingel** oder ähnlichen Vorrichtung eine Hebamme zu alarmieren, ohne aus ihrem Bett aufstehen zu müssen, so liegt ein Behandlungs- bzw. Versorgungsfehler vor.

dd) Geburtshilfe durch Hebamme: Hinzuziehen eines Arztes

OLG Rostock, Urteil v. 05.11.2021 - 5 U 119/13

RID 22-01-182

www.juris.de

BGB §§ 253 II, 630h V 1, 823 I, 831; ZPO § 308

Leitsatz: 1. Zu den elementaren Aufgaben einer **Hebamme** gehört es, Regelwidrigkeiten bei der Geburt zu erkennen und bei pathologischen Auffälligkeiten einen **Arzt hinzuzuziehen**.

2. Erfährt eine Hebamme, dass es bei der Schwangeren zu Blutungen gekommen ist, stellt es einen groben **Befunderhebungsfehler** dar, wenn sie zu spät die Vorlage kontrolliert.

3. Zur Höhe des **Schmerzensgeldes** bei schwersten Behinderungen nach einem Sauerstoffmangel unter der Geburt.

b) Unvollständige Röntgendiagnostik

OLG Köln, Urteil v. 20.12.2021 - 5 U 39/21

RID 22-01-183

www.juris.de

BGB § 630h V 2

Leitsatz: 1. Wird nach einem Trauma eine **Röntgenaufnahme** in einer zum Ausschluss einer Fraktur der Wirbelsäule angezeigten zweiten seitlichen Ebene zunächst richtigerweise **unterlassen**, weil eine Verlegung in ein anderes Krankenhaus zur Versorgung einer schweren Schädelverletzung im Vordergrund steht, kann sich das Unterlassen der Vervollständigung der Diagnostik im weiteren Verlauf als **einfacher**, nicht aber als **grober Behandlungsfehler** darstellen, wenn eindeutig richtungsweisende Symptome fehlen.

2. Ein **Befunderhebungsfehler** führt nicht zu einer Umkehr der **Beweislast**, wenn sich bei der gebotenen Abklärung zwar mit hinreichender Wahrscheinlichkeit ein Befund ergeben hätte, auf den nicht zu reagieren sich als grob fehlerhaft darstellen würde, aber die erforderliche Therapie - wenn auch aus einem anderen Grund - ohnehin erfolgt ist.

c) Seltene Behandlungssituation: Fachl. Standard (Dissektion einer Koronararterie)

LG Flensburg, Urteil v. 08.10.2021 - 3 O 188/18

RID 22-01-184

www.juris.de

BGB §§ 276 II, 280 I, 630a, 823 I

Leitsatz: 1. Der allgemein anerkannte **fachliche Standard** i.S.d. § 630a Abs. 2 BGB ist der jeweilige Stand naturwissenschaftlicher Erkenntnis und ärztlicher Erfahrung, der zur Erreichung des Behandlungsziels erforderlich ist und sich in der Erprobung bewährt hat. Der Begriff enthält ein Moment professioneller Akzeptanz.

2. Sieht sich ein Arzt einer **Behandlungssituation** ausgesetzt, die nur wenige Ärzte deutschlandweit jemals während ihres gesamten Berufslebens erleben und die nicht zu trainieren ist, weil sie im Alltag zu **selten** auftritt, und für deren Behandlung es auch weder in Lehrbüchern, Leitlinien o.ä. Handlungsanleitungen oder -beschreibungen gibt, fehlt es an den zur Bestimmung eines **Standards** i.S.d. § 630a Abs. 2 BGB erforderlichen ärztlichen Erfahrungen und Erprobungen.

3. Dies bedeutet aber nicht, dass in einer solchen Behandlungssituation keine **Sorgfaltspflichten** bestünden. Die in § 630a Abs. 2 BGB getroffene Regelung ist nur eine Ergänzung des Sorgfaltsmaßstabs des § 276 Abs. 2 BGB. Für den Fall, dass ein allgemein anerkannter Standard für die Behandlung nicht existiert, ist daher die **Sorgfalt eines vorsichtig Behandelnden** einzuhalten (BGH, Urteil vom 27. März 2007 - VI ZR 55/05, juris).

d) Äußerung von Suizidgedanken während stationärer Behandlung/Suizid nach Entlassung

OLG Dresden, Beschluss v. 02.11.2021 - 4 U 1646/21

RID 22-01-185

www.juris.de

BGB §§ 630a, 630a ff.

Leitsatz: Bei **suizidgefährdeten Patienten** kann auch die Inkaufnahme des **Risikos einer Selbstschädigung** therapeutisch geboten sein. Dass der Patient Suizidgedanken äußert, erlaubt daher für sich genommen noch nicht den Schluss auf einen Behandlungsfehler, wenn er im Anschluss hieran einen Suizidversuch unternimmt.

e) Schmerzensgeld: Nicht vorhersehbare Spätschäden

OLG Bremen, Urteil v. 08.07.2021 - 5 U 62/20

RID 22-01-186

www.juris.de

BGB §§ 278, 823, 847

Ob **Verletzungsfolgen** im Zeitpunkt der Zuerkennung eines Schmerzensgeldes erkennbar waren, beurteilt sich nicht nach der subjektiven Sicht der Parteien oder der Vollständigkeit der Erfassung des Streitstoffs durch das Gericht, sondern nach objektiven Gesichtspunkten, d.h. nach den Kenntnissen und Erfahrungen eines insoweit Sachkundigen. Maßgebend ist, ob sich bereits in jenem Verfahren eine Verletzungsfolge als derart naheliegend darstellte, dass sie schon damals bei der Bemessung des Schmerzensgeldes berücksichtigt werden konnte (BGH, Ur. v. 14.02.2006 - VI ZR 322/04 - juris Rn. 7; OLG München, Ur. v. 15.3.2013- 10 U 4171/12 - juris Rn. 7 m.w.N.).

War nach der maßgeblichen sachverständigen Beurteilung auch damals die Datenlage derart schlecht, dass selbst ein hochspezialisierter Sachverständiger **keine Aussage zur Wahrscheinlichkeit** des Eintritts dieser Verletzungsfolge hätte machen können, dann handelt es sich um nicht vorhersehbare Spätschäden (hier: klinische **Syringomyelie**, die sich aufgrund der behandlungsfehlerbedingten Verletzung des Rückenmarks im Jahr 2003 entwickelt hatte und 2012 diagnostiziert wurde).

3. Aufklärung

a) Unterzeichnung des Aufklärungsformulars unmittelbar nach Ende des Aufklärungsgesprächs

OLG Bremen, Urteil v. 25.12.2021 - 5 U 63/20

RID 22-01-187

www.juris.de

BGB § 630e II Nr. 2 SGB V

Leitsatz: 1. Da nach § 630e Abs. 2 Nr. 2 BGB die Aufklärung über die Risiken einer Operation so rechtzeitig zu erfolgen hat, dass der Patient seine Entscheidung über die Einwilligung wohlüberlegt treffen kann, ist eine Einwilligung, die durch **Unterzeichnung** des Aufklärungsformulars unmittelbar nach dem **Ende des Aufklärungsgesprächs** erfolgt, im Regelfall unwirksam, weil dieser zeitliche Ablauf dem Patienten nicht die Möglichkeit eröffnet, den Inhalt des Aufklärungsgesprächs so zu verarbeiten, dass er sich wohlüberlegt entscheiden kann (im Anschluss an OLG Köln, Urt. v. 16.01.2019 - 5 U 29/17 - RID 19-02-175).

2. Die Annahme einer **konkludenten Einwilligung** des Patienten durch die spätere stationäre Aufnahme ins Krankenhaus wird regelmäßig daran scheitern, dass einerseits dem Patienten das für die Abgabe einer entsprechenden Willenserklärung notwendige Erklärungsbewusstsein fehlen wird und andererseits das Krankenhaus dem Verhalten des Patienten keinen Erklärungswert beimessen wird, solange beiden das Bewusstsein der Unwirksamkeit der Einwilligung fehlt.

b) Beweisaufnahme und Fehlen einer Dokumentation

OLG Brandenburg, Beschluss v. 30.09.2021 - 12 U 6/21

RID 22-01-188

www.juris.de

BGB §§ 53, 280, 630a, 823 I

Steht aufgrund einer **Beweisaufnahme** eine hinreichende **Aufklärung** und damit auch eine wirksame Einwilligung fest, so ist insoweit das Fehlen einer schriftlichen **Dokumentation** einer entsprechenden Aufklärung und einer Einwilligung in den Eingriff unschädlich.

c) Pflicht zur therapeutischen Sicherungsaufklärung (Entfernung der Gebärmutter)

OLG Dresden, Urteil v. 30.11.2021 - 4 U 1034/20

RID 22-01-189

www.juris.de

BGB § 630a

Leitsatz: Ein Verstoß gegen die Pflicht zur **therapeutischen Sicherungsaufklärung** über die Notwendigkeit einer **ambulanten Behandlung** kann nicht gerügt werden, wenn diese Behandlung auch unabhängig von einem ärztlichen Hinweis aufgenommen wurde.

d) Möglichkeit eines Revisionseingriffs (Nachresektion nach Prostatektomie)

OLG Dresden, Beschluss v. 15.11.2021 - 4 U 1614/21

RID 22-01-190

www.juris.de

BGB § 630e

Leitsatz: Über die theoretisch gegebene Möglichkeit eines **Revisionseingriffs** (hier: Nachresektion nach Prostatektomie), die in medizinischer Sicht aber mit einem **unkalkulierbaren Risiko** für den Patienten verbunden ist, muss dieser nicht aufgeklärt werden.

e) Ersatz eines Hüftgelenks

LG München II, Urteil v. 08.06.2021 - 1 O 2310/19 Hei

RID 22-01-191

www.juris.de
BGB § 823

Bei einer Vorschädigung mit fortgeschrittener Zerstörung sowie einer erheblichen Deformation des Hüftgelenks mit beginnendem Knochenverlust an der knöchernen Pfanne ist nicht über **Behandlungsalternativen** aufzuklären, wenn solche nicht bestehen.

Ein vorab **handschriftlich ergänztes Formular** hat gegenüber einem Formularvordruck ohne handschriftliche Anmerkungen keinen wesentlichen Mehrwert.

4. Haftungsprivileg des Durchgangsarztes/Beweisaufnahme in Berufungsinstanz

OLG Dresden, Beschluss v. 16.11.2021 - 4 U 719/21

RID 22-01-192

www.juris.de
ZPO §§ 286, 522, 529

Leitsatz: 1. Hat das erstinstanzliche Gericht die Passivlegitimation des Beklagten aus Rechtsgründen (hier: Haftungsprivileg des sog. D-Arztes) verneint, muss sich die **Berufung** mit den tragenden Gründen dieser Entscheidung auseinandersetzen; geschieht dies nicht, ist sie als unzulässig zu verwerfen.

2. Eine **Beweisaufnahme** in der Berufungsinstanz ist regelmäßig nicht angezeigt, wenn der Patient der auf eine sachverständige Begutachtung gestützten Beweiswürdigung des erstinstanzlichen Gerichts nur seine abweichende Meinung entgegenstellt.

5. Verwertung eines Schlichtungsgutachtens

OLG Dresden, Beschluss v. 10.01.2022 - 4 W 899/21

RID 22-01-193

www.juris.de
ZPO § 115

Leitsatz: 1. Ein Gutachten aus einem **ärztlichen Schlichtungsverfahren** kann zur Ablehnung eines Prozesskostenhilfesuchts in einem Arzthaftungsstreit führen, wenn es die aufgeworfenen Beweisfragen abschließend beantwortet, die im Schlichtungsverfahren tätigen Gutachter über die erforderliche Sachkunde verfügen und das Gutachten keine inneren Widersprüche aufweist.

2. Liegt ein Schlichtungsgutachten vor, das diesen Anforderungen entspricht, genügt es nicht, wenn der **Patient** sich **pauschal** darauf **beruft**, der Auffassung des Schlichtungsgutachters könne nicht gefolgt werden.

6. Verarbeitung personenbezogener Daten

LG Flensburg, Urteil v. 19.11.2021 - 3 O 227/19

RID 22-01-194

Berufung anhängig: OLG Schleswig - 4 U 173/21 -
www.juris.de
BGB §§ 204, 241, 253, 280, 630a

Leitsatz: 1. Ein Behandlungsvertrag begründet u.a. die selbständige **Nebenpflicht** (§ 241 Abs. 1 BGB) des Behandelnden dafür Sorge zu tragen, dass die zur Behandlung und ihrer Dokumentation erhobenen personenbezogenen **Daten** des Patienten nur zu erlaubten Zwecken verarbeitet werden, sei es durch den Behandelnden selbst oder durch seine Erfüllungshelfer.

2. Die Anrufung des Unabhängigen Landeszentrums für Datenschutz Schleswig-Holstein (ULD) führt nicht zu einer **Hemmung der Verjährung**. Das ULD ist keine Streitbeilegungsstelle i.S.d. § 204 Abs. 1 Nr. 4 BGB.

Anhang I: BSG - Anhängige Revisionen Vertragsarztrecht

Stand: 13.02.2022. 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				
Veröffentlichung von Beschlüssen des erweiterten Bewertungsausschusses im Internet	B 6 KA 8/20 R Termin: 26.05.2021	Erfordert die ordnungsgemäße Bekanntmachung eines Beschlusses des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 6 Satz 9 (seit 11.5.2019: Satz 10) SGB 5 neben der Bekanntmachung im Internet, dass zeitgleich ein Hinweis auf die Fundstelle im Deutschen Ärzteblatt veröffentlicht wird?	<i>LSG Baden-Württemberg,</i> Urt. v. 22.05.2019 - L 5 KA 2830/18 -	19-03-1 NZB
Psychotherapeuten: Strukturzuschlag für ermächtigte Ausbildungsinstitute	B 6 KA 4/21 R Termin: 26.01.2022	Zu den Voraussetzungen einer rückwirkenden Erhöhung der Honorare für antragspflichtige psychotherapeutische Leistungen (einschließlich der Einführung von Strukturzuschlägen nach den Gebührenordnungspositionen 35251 und 35252 der EBM-Ä 2008), ua der Frage, ob diese Erhöhung auch für ermächtigte Ambulanzen staatlich anerkannter Ausbildungsstätten für Psychotherapie gilt.	<i>LSG Niedersachsen-Bremen,</i> Urt. v. 24.02.2021 - L 3 KA 89/17 -	21-02-2
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

Arzt-/Psychotherapeutenregister

Zweigpraxis/Genehmigung der KV/Fachkunde/Notdienst/Disziplinarrecht

Assistentengenehmigung während der Erziehung von Kindern	B 6 KA 15/20 R Termin: 14.07.2021	Dürfen Vertragsärzte einen Vertreter oder einen Assistenten während der Erziehung von Kindern beschäftigen, die das 14., aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben?	<i>LSG Niedersachsen-Bremen,</i> Urt. v. 28.10.2020 - L 3 KA 31/20 -	21-01-20
Auslagerung von Praxisräumen: Merkmal der „räumlichen Nähe“	B 6 KA 12/21 R	Liegt eine räumliche Nähe im Sinne des § 24 Absatz 5 Ärzte-ZV nicht mehr vor, wenn die Entfernung zwischen dem Vertragsarztsitz und den ausgelagerten Praxisräumen, in denen ausschließlich zytologische Leistungen erbracht werden sollen, 9 Kilometer beträgt und für das Zurücklegen dieser Strecke mit dem privaten Kraftfahrzeug 15 bis 20 Minuten benötigt werden?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen,</i> Urt. v. 11.03.2021 - L 11 KA 50/18 -	21-04-9
Verzicht auf eine Dialysegenehmigung	B 6 KA 14/20 R Termin: 04.11.2021	Zur Auslegung einer Erklärung als Verzicht auf die Genehmigung zur Durchführung von Versorgungsaufträgen nach der Anlage 9.1 des BMV-Ä (Dialysebehandlung) in einer Nebenbetriebsstätte.	<i>SG für das Saarland,</i> Urt. v. 22.07.2020 - S 2 KA 48/17 -	21-01-26
Nichtnutzung eines besonderen Versorgungsauftrags	B 6 KA 13/20 R Termin: 04.11.2021	Bleibt eine Genehmigung zur Versorgung chronisch niereninsuffizienter Patienten nach Anlage 9.1 BMV-Ä zeitlich unbegrenzt bestehen und ist nutzbar, solange sie nicht förmlich durch die Genehmigungsbehörde aufgehoben wurde, oder kann sich der Versorgungsauftrag auch anderweitig (zum Beispiel durch jahrelange Nichtausführung oder bei fehlendem Nachweis über das Erfüllen von Qualitätsanforderungen) im Sinne von § 39 Absatz 2 SGB X erledigen?	<i>SG für das Saarland,</i> Urt. v. 22.07.2020 - S 2 KA 46/17 -	21-01-27

Sachlich-rechnerische Berichtigung

Fortbildungsverpflichtung: Wechsel des Fachgebiets während des Fünfjahreszeitraums	B 6 KA 9/20 R Termin: 04.11.2021	Wie wirkt sich ein Zulassungsverzicht, verbunden mit einer Neuzulassung im gleichen KÄV-Bezirk für ein anderes Fachgebiet, auf die Möglichkeit aus, eine unter der alten Zulassung begangene Verletzung der Fortbildungspflicht zu sanktionieren?	<i>LSG Bayern,</i> Urt. v. 16.01.2020 - L 12 KA 11/18 -	20-03-10 NZB
Jobsharing: Berechnung des	B 6 KA 12/20 R	Zur Berechnung des Rückforderungsbetrags bei einer sachlich-rechnerischen	<i>LSG Hessen,</i>	20-04-6

Rückforderungsbetrags/Quartalspunkt wert	Termin: 14.07.2021	Honorarberichtigung wegen Überschreitung des Praxisumfangs im Rahmen eines sogenannten Job-Sharings für die Quartale IV/04 bis III/09 unter Zugrundelegung des Quartalspunktwerths.	Urt. v. 27.05.2020 - L 4 KA 48/17 -	
Zuschläge für Simultaneingriffe mit Haupteingriff der Kategorie 7	B 6 KA 8/21 R Termin: 26.01.2022	Ist für die Abrechnung der Zuschlagsregelungen für die Gebührenordnungspositionen Nummer 31148 und Nummer 31828 des EBM-Ä für Simultaneingriffe bei einem Haupteingriff der Kategorie 7 die Überschreitung einer Schnitt-Naht-Zeit von 120 min nach Nummer 4 der Präambel 2.1 des Anhangs EBM-Ä maßgeblich?	LSG Bayern, Urt. v. 21.04.2021 - L 12 KA 11/19 -	21-03-20

Wirtschaftlichkeitsprüfung/Regress

Ausschlussfrist und Festsetzung einer Beratung	B 6 KA 6/21 R	Gilt die Ausschlussfrist des § 106 Absatz 2 SGB V (in der vom 1.1.2008 bis 31.12.2016 geltenden Fassung) auch für die Festsetzung einer Beratung gemäß § 106 Absatz 5a SGB V aF?	LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 28.04.2021 - L 5 KA 2670/18 -	21-03-24
Unbrauchbarkeit von Impfstoff nach Havarie des Kühlschranks	B 6 KA 14/21 R	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?	SG Magdeburg, Urt. v. 14.07.2021 - S 1 KA 25/17 -	22-01-40
Rechtskraftwirkung eines Urteils/Klagefrist	B 6 KA 1/20 R Termin: 14.07.2021	Zur Rechtskraftwirkung eines Urteils, mit dem ein Regressbescheid des Beschwerdeausschusses aufgehoben worden ist, wenn in der Begründung des Urteils zum Ausdruck gebracht worden ist, dass das Gericht den vom Kläger erhobenen Einwänden nur zum Teil folgt. Wann läuft die Frist zur Erhebung einer Klage ab, wenn die Behörde den Kläger unrichtig dahin belehrt hat, dass der Bescheid nach § 96 SGG Gegenstand eines anhängigen Klageverfahrens geworden sei?	LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 13.11.2019 - L 7 KA 40/17 -	20-01-27

Zulassung und Ermächtigung

Sonderbedarf: Nachbesetzung einer Anstellung im Umfang eines Viertelversorgungsauftrags	B 6 KA 7/21 R	Hat ein Medizinisches Versorgungszentrum Anspruch auf Genehmigung der Anstellung einer Ärztin durch Sonderbedarfsfeststellung in einem Umfang von 10 Wochenarbeitsstunden (Anrechnungsfaktor 0,25)?	LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 28.04.2021 - L 5 KA 184/18 -	21-03-26
Anstellung der BAG-Gesellschafter durch BAG als MVZ-Träger	B 6 KA 2/21 R Termin: 26.01.2022	Sind vertragsärztliche Zulassungsgremien berechtigt, die Genehmigung für die Anstellung eines Arztes bei einer MVZ-GbR zu versagen, wenn der Arzt Anteile an der GbR in beherrschendem Umfang hält?	SG Magdeburg, Urt. v. 18.11.2020 - S 1 KA 25/18 -	21-01-36
Ermächtigung zur psychotherapeutischen Behandlung von Asylbewerbern (§ 31 I 2 Ärzte-ZV)	B 6 KA 16/20 R Termin: 04.11.2021	Setzt § 31 Absatz 1 Satz 2 Ärzte-ZV für die Ermächtigung allein voraus, dass sich die Geflüchteten bereits seit 15 beziehungsweise 18 Monaten in Deutschland aufhalten oder, dass zusätzlich bei dem Leistungserbringer bereits eine psychotherapeutische Behandlung vor Ablauf dieser Zeit begonnen wurde?	SG Berlin, Urt. v. 02.09.2020 - S 87 KA 175/18 -	20-04-27
Psychiatrische Institutsambulanzen: Versorgungsbedarf	B 6 KA 3/21 R	Nach welchen Kriterien richtet sich, ob ausreichende Versorgungsangebote in Form von psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) für einen Standort vorhanden sind, so dass die Erteilung einer Ermächtigung für eine (weitere) Außenstelle einer PIA am Standort nicht notwendig ist (§ 118 Absatz 4 SGB V)?	LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 19.11.2020 - L 5 KA 17/19 -	21-03-29 NZB
Psychiatrische Institutsambulanzen: Ohne Ausweisung im Krankenhausplan	B 6 KA 13/21 R	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?	LSG Schleswig-Holstein, 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	LSG Bayern,	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

Klage einer KV gegen in Rundschreiben erteilte Hinweise	B 6 A 2/20 R (alt: B 6 KA 11/20 R) Termin: 04.11.2021	Ist eine Kassenärztliche Vereinigung zur Klage gegen die von einer Aufsichtsbehörde in einem Rundschreiben erteilten Hinweise befugt? (Hier: Rundschreiben des BVA an alle bundesunmittelbaren Krankenkassen vom 13.9.2018 zu den Vergütungsverträgen zur vertragsärztlichen Versorgung nach § 87a SGB V)	LSG Sachsen , Beschl. v. 17.01.2020 - L 1 KA 21/18 KL -	20-01-40 NZB
Verwaltungskostenumlage der KBV: Bestimmtheitsgebot	B 6 KA 5/21 R Erledigt durch Rücknahme	Ist eine Satzungsbestimmung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), wonach von den Kassenärztlichen Vereinigungen eine Umlage „nach einem gegebenenfalls auch differenzierten Grundbeitrag“ erhoben werden kann, hinreichend bestimmt?	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: 13.02.2022. 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				
Künstliche Befruchtung bei gleichgeschlechtlichem Ehepaar	B 1 KR 7/21 R Termin: 10.11.2021	Verletzt § 27a Absatz 1 Nummer 4 SGB V den Gleichheitsgrundsatz nach Artikel 3 Absatz 1 GG dadurch, dass nur Samen- oder Eizellen der Ehegatten selbst verwendet werden dürfen und dies homosexuelle Paare von dem Anspruch ausschließt?	LSG Bayern , Urt. v. 19.08.2020 - L 20 KR 412/19 -	21-02-56 NZB
Implantologische Leistungen	B 1 KR 8/21 R Termin: 16.08.2021	Verstößt die Einschränkung in § 28 Absatz 2 Satz 9 SGB V, dass implantologische Leistungen nur im Rahmen einer medizinischen Gesamtbehandlung erbracht werden dürfen, gegen das Gleichheitsgebot?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 30.01.2020 - L 5 KR 544/18 -	21-02-61 NZB
Kostenerstattung				
Grundrechtsorientierte Auslegung des Leistungsrechts (Trainingsprogramm „Project Walk“ in den USA bei Querschnittslähmung)	B 1 KR 29/20 R Termin: 16.08.2021	Setzt ein Leistungsanspruch aufgrund grundrechtsorientierter Auslegung des Leistungsrechts voraus, dass für die Behandlung einer mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung wertungsmäßig vergleichbaren Einschränkung einer wesentlichen Körperfunktion ein zeitlicher Druck zur Verhinderung von deren Ausfall besteht, oder kommt ein Anspruch auch dann in Betracht, wenn die Körperfunktion bereits ausgefallen ist, durch die in Rede stehende Behandlung aber wieder hergestellt oder der bestehende Zustand gebessert werden soll?	LSG Bayern , Urt. v. 22.11.2018 - L 4 KR 585/16 -	19-02-75 NZB
Genehmigungsfiktion: Beschränkung auf Antrag	B 1 KR 2/21 R	Ist die Reichweite der Genehmigungsfiktion bei implantologischen Leistungen auf die unter Vorlage des Behandlungsplans konkret beantragten Leistungen beschränkt?	LSG Niedersachsen-Bremen , Urt. v. 18.12.2020 - L 4 KR 427/17 -	21-02-62
Genehmigungsfiktion: Selbstbeschaffung	B 1 KR 6/21 R	Liegt eine den Kostenerstattungsanspruch nach § 13 Absatz 3a Satz 7 SGB V ausschließende vorfristige Selbstbeschaffung nur dann vor, wenn der Versicherte sich die Leistung vor Ablauf der Genehmigungsfiktionsfrist tatsächlich beschafft hat?	LSG Sachsen , Urt. v. 02.06.2020 - -	21-02-68 NZB
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.	LSG Bayern , Urt. v. 26.02.2021 - L 4 KR 675/19 -	21-02-70 NZB
Stationäre Behandlung				
Liposuktion	B 1 KR 25/20 R Termin: 25.03.2021	Hat eine Versicherte für in den Jahren 2016 und 2017 durchgeführte stationäre Liposuktionen gegen ihre Krankenkasse Anspruch auf Erstattung der Behandlungskosten?	LSG Bayern , Urt. v. 27.11.2018 - L 20 KR 525/17 -	20-04-69 NZB
	B 1 KR 20/21 R	Hat eine Versicherte Anspruch auf Kostenerstattung für stationäre Liposuktionen, die vor Inkrafttreten des Implantateregister-Errichtungsgesetzes durchgeführt wurden?	LSG Rheinland-Pfalz , Urt. v. 19.12.2019L - 5 KR 145/19 -	21-03-71 NZB
	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?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 27.11.2019 - L 11 KR 830/17 - LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 26.03.2021 - 4 KR 640/19	20-03-69 NZB NZB
Mammaaufbauplastik: Besonderheit bei Jugendlichen	B 1 KR 3/21 R Termin: 10.03.2022	Ist für das Vorliegen einer krankheitswerten Entstellung auch bei Jugendlichen in der Entwicklungsphase stets auf den bekleideten Zustand abzustellen?	LSG Hamburg , Urt. v. 24.01.2019 - L 1 KR 19/18 -	19-02-69 NZB
Auslandsrankenbehandlung				
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
§ 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> , Urt. v. 04.02.2021 - L 5 KR 211/20 -	21-04-41 NZB

Hilfsmittel/Heilmittel

Exoskelett	B 3 KR 10/20 R	Dient ein Exoskelett, das als orthopädisches Hilfsmittel die Funktion der Beine ersetzt und ein selbstständiges Gehen und Stehen ermöglicht, dem unmittelbaren Behinderungsausgleich?	<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	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 -	22-01-107
Wetterschutzverdeck für Elektromobil	B 3 KR 1/21 R Beschl. v. 26.03.2021 (Verwerfung)	Ist ein Wetterschutzverdeck für ein Elektromobil als Zubehör zu einem Hilfsmittel von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung umfasst?	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 27.11.2020 - L 1 KR 156/18	21-01-92

Häusliche Krankenpflege/Haushaltshilfe

Betreutes Wohnen: Behandlungspflege Teil der Eingliederungshilfe	B 3 KR 17/20 R Termin: 10.03.2022	Haben Versicherte im ambulant betreuten Wohnen einen Anspruch auf Leistungen der (einfachen) Behandlungspflege, wenn diese bereits Gegenstand bewilligter Eingliederungshilfe sind?	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 18.09.2020 - L 1 KR 146/18 -	21-01-98
Häusliche Krankenpflege während eines Krankenhausaufenthalts	B 3 KR 15/20 R	Sind die Kosten einer häuslichen Krankenpflege durch eigene Assistenzkräfte (Arbeitgebermodell) auch während eines Krankenhausaufenthalts zu übernehmen?	<i>LSG Schleswig-Holstein</i> , Urt. v. 22.08.2019 - L 5 KR 140/16 -	21-01-03 NZB

Fahrkosten

Zuzahlung

Rehabilitationsmaßnahmen

Krankenhauskosten

Operationen durch Nichtarzt	B 1 KR 26/21 R	Steht einer Krankenkasse ein Erstattungsanspruch in Höhe der gesamten gezahlten Krankenhausvergütung gegen das Krankenhaus zu, wenn der operative Teil der vergüteten stationären Behandlung von einem Operateur erbracht wurde, welcher sich die Approbation als Arzt - ohne Kenntnis des Krankenhauses - mittels einer gefälschten Urkunde unter Vorspiegelung falscher Tatsachen in betrügerischer Absicht rechtswidrig erschlichen hat und der hierfür - nach erfolgter rückwirkender Rücknahme der Approbation - strafrechtlich ua wegen Körperverletzung verurteilt wurde?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 17.12.2020 - L 16 KR 128/18 -	21-04-59
Kündigung eines Versorgungsvertrages	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 NZB
Ausgliederung von Leistungen:	B 1 KR 15/21 R	Gehören Leistungen, die von einer zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen	<i>LSG Baden-Württemberg</i> ,	21-03-116

Kooperationsvertrag für Strahlentherapie		Arztpraxis auf Grundlage eines mit einem Krankenhaus geschlossenen Kooperationsvertrags erbracht wurden, durch den ganze Leistungsbereiche ausgegliedert wurden (hier:), zu den allgemeinen Krankenhausleistungen im Sinne des § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 KHEntgG?	Urt. v. 11.12.2019 - L 5 KR 1936/17 -	NZB
Stationäre Behandlung: Tod des Patienten vor Aufnahme auf Station oder Intensivstation	B 1 KR 34/21 R	Ist die Behandlung in einem Schockraum dann der stationären Behandlung zuzurechnen, wenn der Patient zwar nicht in das Krankenhaus aufgenommen wurde, in der Rückschau aber kein Zweifel bestanden hat, dass eine Behandlung mit den Mitteln eines Krankenhauses notwendig war?	LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 09.07.2020 - L 5 KR 154/19 -	21-04-57 NZB
Neue Behandlungsmethode: Transkathetäre Aortenklappen-Implantation (TAVI)	B 1 KR 18/20 R Termin: 16.08.2021	Hat eine Krankenkasse die Kosten einer kathetergestützten transkathetären Aortenklappen-Implantation (TAVI), die 2013 in einem Krankenhaus ohne Herzchirurgie durchgeführt wurde, zu übernehmen?	LSG Hessen, Urt. v. 30.04.2020 - L 8 KR 511/16 -	20-03-106
Neue Behandlungsmethode: Coil-Implantationen	B 1 KR 33/21 R	Zur Auslegung des § 137c Absatz 3 SGB V und zum Vergütungsanspruch eines Krankenhauses für eine Lungenvolumenreduktion mittels Coils im Jahr 2016 als Potentialleistung.	LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 16.06.2020 - L 5 KR 743/18 -	21-01-115 NZB
Mindestmenge: Widerlegung einer Prognose eines Krankenhauses	B 1 KR 16/20 R Termin: 25.03.2021	Welche Klageart ist gegen die Widerlegung der Prognose eines Krankenhauses für die Berechtigung zur Erbringung mindestmengenbelegter Leistungen statthaft? Welche Anforderungen sind an den Vortrag weiterer Umstände zur Begründung der berechtigten mengenmäßigen Erwartung und im Gegenzug, welche Anforderungen an die begründeten erheblichen Zweifel an der Richtigkeit einer vom Krankenhausübermittelter Prognose für die Berechtigung zur Erbringung mindestmengenbelegter Leistungen zu stellen?	SG Berlin, Urt. v. 05.03.2020 - S 56 KR 2033/19 -	20-03-105
Einleitung einer Abrechnungsprüfung	B 1 KR 19/21 R	Muss eine Krankenkasse zur Vermeidung eines Einwendungsausschlusses auch dann ein Prüfverfahren nach § 275 Absatz 1 Nummer 1 SGB V einleiten, wenn ein Leistungsanspruch des Versicherten wegen der bestandskräftigen Ablehnung des Antrags nach Einholung einer Stellungnahme des MDK nicht bestand und das Krankenhaus die beantragte Leistung (Schlauchmagenoperation) nach Abschluss des Widerspruchsverfahrens erbrachte?	LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 30.03.2021 - L 11 KR 2846/19 -	21-02-99
Vorlagefrist für Krankenhausunterlagen: Materielle Ausschlussfrist?	B 1 KR 24/20 R B 1 KR 32/20 R Termin: 18.05.2021 B 1 KR 4/21 R Erledigung	Beinhaltet die Regelung des § 7 Absatz 2 Satz 3 und 4 der Prüfverfahrensvereinbarung - PrüfV vom 18.7.2014 (juris: PrüfVbg) der Sache nach eine materiell-rechtliche Ausschlussfrist und ist die Vereinbarung einer solchen Ausschlussfrist von der Ermächtigungsgrundlage des § 17c Absatz 2 KHG gedeckt?	LSG Hessen, Urt. v. 28.05.2020 - L 8 KR 221/18 -; Urt. v. 27.08.2020 - L 8 KR 41/19 - LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 10.12.2020 - L 16 KR 742/18	20-03-125 20-04-103 21-02-110
	B 1 KR 17/21 R	Enthält die Regelung des § 7 Absatz 2 Satz 3 und 4 der Prüfverfahrensvereinbarung - PrüfV vom 18.7.2014 der Sache nach eine materiell-rechtliche Ausschlussfrist?	LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 03.12.2020 - L 16 KR 505/17 -	21-03-100
Übersendungsfrist für angeforderte Unterlagen an MDK: Materielle Ausschlussfrist?	B 1 KR 9/21 R B 1 KR 10/21 R Termin: 10.11.2021	Beinhalten die Regelungen des § 7 Absatz 2 Sätze 3 und 4 der Prüfverfahrensvereinbarung idF vom 18.7.2014 eine materielle Ausschlussfrist hinsichtlich der Übersendung von Krankenakten an den Sozialmedizinischen Dienst?	LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 04.02.2021 - L 5 KR 198/20 - - L 5 KR 167/20 -	21-02-108 21-02-109
Materiell-rechtliche Ausschlussfrist: Übersendung von Krankenakten	B 1 KR 43/20 R Termin: 10.11.2021	Beinhalten die Regelungen des § 7 Absatz 2 Satz 3 und 4 der Prüfverfahrensvereinbarung idF vom 18.7.2014 eine materielle Ausschlussfrist hinsichtlich der Übersendung von Krankenakten an den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung?	LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 09.07.2020 - L 16 KR 395/16 -	21-01-127
Prüfungsrelevante Unterlagen	B 1 KR 16/21 R	Löst bereits die Anforderung „sämtlicher prüfungsrelevanter Unterlagen“ durch den	LSG Rheinland-Pfalz,	20-02-111

	Termin: 10.11.2021	MDK die Rechtsfolgen des § 7 Absatz 2 Satz 4-6 PrüfvV 2016 aus? Enthält § 7 Absatz 2 Satz 4-6 PrüfvV 2016 eine materiell-rechtliche Ausschlussfrist?	Urt. v. 20.08.2020 - L 5 KR 239/19 -	NZB
Anforderung von Unterlagen	B 1 KR 22/21 R Termin: 10.11.2021	Genügt die pauschale Anforderung von "allen Dokumenten, die zur Klärung der Frage beitragen können" durch den MDK beim Krankenhaus, um die Rechtsfolge des § 7 Absatz 2 Satz 4 PrüfvV 2014 auszulösen?	LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 21.01.2020 - L 11 KR 1437/19 -	20-02-87 NZB
Nachlieferung von Unterlagen	B 1 KR 2/22 R	Setzt eine in § 7 Absatz 2 PrüfvV beschriebene Nachlieferung von Unterlagen voraus, dass das Krankenhaus überhaupt Kenntnis von fehlenden Dokumenten hat oder sind die Fristen des § 7 Absatz 2 PrüfvV auch auf solche Konstellationen anwendbar, in denen die Vorlage von Unterlagen nicht bewusst unterblieb, sondern versehentlich nicht erfolgte?	LSG Niedersachsen-Bremen , Urt. v. 17.12.2021 - L 16/4 KR 18/20	22-01-135
PrüfvV 2014 und Behandlungsfälle im Jahr 2016	B 1 KR 27/21 R	Ist die PrüfvV 2014 auch auf sachlich-rechnerische Prüfungen von Behandlungsfällen im Jahr 2016 anwendbar?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 30.04.2020 - L 10 KR 949/19 -	21-02-105 NZB
Nachträgliche Abrechnungskorrektur: Materielle Ausschlussfrist? (2014)	B 1 KR 34/20 R Termin: 18.05.2021 B 1 KR 39/20 R Termin: 18.05.2021	Schließt die Regelung des § 7 Absatz 5 Satz 2 der Prüfverfahrensvereinbarung - PrüfvV vom 18.7.2014 - eine nachträgliche Korrektur der Krankenhausabrechnung aus?	LSG Bayern , Urt. v. 13.08.2020 - L 4 KR 437/19 - LSG Schleswig-Holstein , Urt. v. 26.08.2020 - L 5 KR 13/19	20-04-104 21-01-131
Nachträgliche Korrektur der Krankenhausabrechnung (2016)	B 1 KR 37/20 R Termin: 18.05.2021	Schließt die Regelung des § 7 Absatz 5 Satz 2 der Prüfverfahrensvereinbarung - PrüfvV vom 3.2.2016 (PrüfvVbg) - eine nachträgliche Korrektur der Krankenhausabrechnung aus?	LSG Bayern , Urt. v. 10.09.2020 - L 4 KR 88/19 -	21-01-130
Fallzusammenführung und Beurlaubung	B 1 KR 14/21 R	Ist eine Zusammenführung zweier stationärer Behandlungsepisoden eines Patienten unter dem Aspekt des fiktiven wirtschaftlichen Alternativverhaltens mit den Regelungen zur Beurlaubung und denen zur Abrechnung vereinbar?	LSG Hamburg , Urt. v. 25.02.2021 - L 1 KR 114/19 -	21-02-114
Stationäre Notfallbehandlung vor Verlegung	B 1 KR 11/20 R Termin: 18.05.2021	Liegt eine stationäre Notfallbehandlung des erstaufnehmenden Krankenhauses vor, wenn eine Versicherte bei subduralem Hämatom, Vigilanzminderung und fehlenden Schutzreflexen in diesem Krankenhaus untersucht (klinisch, Labor, CT), in dessen Schockraum mittels Tubus insgesamt eine Stunde beatmet, anschließend in die neurochirurgische Abteilung eines anderen Krankenhauses verlegt und dort noch am selben Tag operiert wird?	LSG Saarland , Urt. v. 23.07.2019 - L 2 KR 2/18 -	20-03-130 NZB
Alternativverhalten: Abrechnung als teilstationäre Behandlung	B 1 KR 5/21 R	Darf ein Krankenhaus unter dem Gesichtspunkt des fiktiven wirtschaftlichen Alternativverhaltens eine teilstationäre Behandlung abrechnen, wenn es eine nicht erforderliche vollstationäre Behandlung erbracht hat?	LSG Hamburg , Urt. v. 21.01.2021 - L 1 KR 106/19 -	21-02-100
Aufrechnung nach dem 09.11.2018: Verkürzte Ausschlussfrist	B 1 KR 40/20 R Termin: 10.03.2022	Können Krankenkassen mit Ansprüchen auf Rückzahlung geleisteter Vergütungen, die vor dem 1.1.2017 entstanden und bis zum 9.11.2018 nicht gerichtlich geltend gemacht worden sind, gegen Forderungen der Krankenhäuser wirksam aufrechnen oder ist dies durch die Regelung des § 325 SGB V in der Fassung vom 11.12.2018 ausgeschlossen?	LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 03.11.2020 - L 11 KR 2249/20 -	21-01-113
Aufrechnung: Abstrakte Strukturanalyse durch MDK	B 1 KR 36/20 R Termin: 10.11.2021	Ist die in einem Landesvertrag nach § 112 SGB V vorgesehene Regelung, wonach eine Aufrechnung mit Forderungen oder Gegenforderungen aus anderen Abrechnungsfällen ausnahmsweise möglich ist, wenn der Medizinische Dienst der Krankenversicherung im Rahmen seiner Begutachtung die Voraussetzung für eine Rückforderung der Krankenkasse festgestellt hat, auch dann erfüllt, wenn der Medizinische Dienst der Krankenversicherung lediglich eine abstrakte Strukturanalyse durchgeführt hat?	LSG Hamburg , Urt. v. 24.09.2020 - L 1 KR 52/20 -	21-01-135
	B 1 KR 32/21 R	Ist die Vereinbarung eines Aufrechnungsverbotes in einem Landesvertrag nach § 112	LSG Hamburg ,	21-04-92

		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?	Urt. v. 24.06.2021 - L 1 KR 2/21 -	
„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 -	NZB
Berechnung der Beatmungsstunden	B 1 KR 26/20 R Erledigung	Setzt die Abrechnung von Spontanatmungsstunden als Beatmungsstunden in Form einer Entwöhnung nach Nummer 10011 der Deutschen Kodierrichtlinien 2013 eine vorherige Gewährung des Patienten an den Respirator voraus?	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 26.05.2020 - L 5 KR 273/17 -	20-03-143
Entwöhnung von der maschinellen Beatmung auch ohne vorherige Gewöhnung	B 1 KR 41/20 R Erledigung	Ist bei der Abrechnung der maschinellen Beatmung durch ein Krankenhaus für die Einbeziehung von Spontanatmungsstunden in der Phase der Entwöhnung eine vorherige Gewöhnung des Patienten an die maschinelle Beatmung notwendig?	<i>LSG Sachsen</i> , Urt. v. 15.07.2020 - L 1 KR 251/14 -	21-01-139
Beatmungszeit: Gewöhnung und Entwöhnung	B 1 KR 35/20 R Termin: 10.03.2022	Unter welchen Voraussetzungen tritt eine Gewöhnung an das Beatmungsgerät als Voraussetzung für die Kodierung von Spontanatmungsstunden als Beatmungsstunden nach DKR 1001h (2011) ein?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 23.07.2019 - L 11 KR 717/18 ZVW -	21-02-120
Kodierung einer Aortenklappenstenose	B 1 KR 31/21 R	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
Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung: Blutbank	B 1 KR 11/21 R Termin: 16.08.2021	Welche Voraussetzungen müssen erfüllt sein, damit das Merkmal „Blutbank“ im Sinne des OPS 8-98f (Version 2016) erfüllt ist; genügt hierfür, dass das Krankenhaus über ein Blutdepot gemäß § 11a Transfusionsgesetz verfügt?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 06.08.2019 - L 11 KR 1859/18 -	19-04-81 NZB
Aufwandspauschale: Erstattungsforderung der Krankenkasse	B 1 KR 27/20 R Erledigt 6/2021	Ist eine Erstattungsforderung der Krankenkasse für eine ohne Rechtsgrund gezahlte Aufwandspauschale nach § 275 Absatz 1c SGB V vor dem 1.1.2016 nach Treu und Glauben ausgeschlossen?	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 09.06.2020 - L 9 KR 320/19 -	20-03-148

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
Schiedsstelle: Jahrestherapiekosten der Vergleichstherapie (Nutzenbewertung Dimethylfumarat)	B 3 KR 3/20 R Termin: 12.08.2021	Ist es der Schiedsstelle nach § 130b Abs 5 SGB V verwehrt, die Jahrestherapiekosten der zweckmäßigen Vergleichstherapie abweichend von der Angabe im Nutzenbewertungsbeschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses anzusetzen, wenn diese Jahrestherapiekosten sich in der Zeit nach dem Nutzenbewertungsbeschluss durch Hinzutreten weiterer Arzneimittel mit demselben Wirkstoff geändert haben und die Jahrestherapiekosten des neu hinzugekommenen Arzneimittels zwischen den Beteiligten unstreitig sind?	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 27.01.2020 - L 9 KR 82/19 KL -	20-02-112
Schiedsspruch zur frühen Nutzenbewertung: Patientengruppen/Verlust des Rückrechts	B 3 KR 6/21 R	Zur Rechtmäßigkeit eines Schiedsspruchs der Schiedsstelle nach § 130b Absatz 5 SGB V und des ihm zugrundeliegenden frühen Nutzenbewertungsbeschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses bezüglich des Arzneimittels Aubagio (Wirkstoff: Teriflunomid) zur Behandlung von schubförmig remittierender Multipler Sklerose (MS).	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 29.04.2021 - L 14 KR 218/18 KL -	21-03-123

Werbeflyer einer Versandapotheke in Mitglieder magazin einer Krankenkasse	B 3 KR 5/21 R	Liegt eine unzulässige mittelbare Beeinflussung Versicherter durch eine Krankenkasse zugunsten einer bestimmten Apotheke vor, wenn dem Mitglieder magazin einer Krankenkasse ein Werbeflyer einer Versandapotheke beigelegt wird?	<i>LSG Hamburg</i> , Urt. v. 12.11.2020 - L 1 KR 5/20 -	21-04-97 NZB
Abrechenbarkeit von Verwürfen zytostatikahaltiger Zubereitungen	B 3 KR 7/21 R	Zu den Voraussetzungen einer Unvermeidbarkeit - und damit Abrechnungsfähigkeit - eines Verwurfs eines angebrochenen Arzneimittels durch eine sogenannte herstellende Apotheke gemäß der ab dem 1.1.2010 geltenden Anlage 3 Teil 1 Ziffer 3.6 der "2. Ergänzungsvereinbarung zum Vertrag über die Preisbildung für Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen vom 1.10.2009 in der Fassung vom 29.2.2012" (sogenanntes Hilfstaxe) zum bayerischen Arzneimittelversorgungsvertrag in der Fassung vom 27.2.2012.	<i>SG Nürnberg</i> , Urt. v. 09.07.2021 - S 21 KR 402/14 -	21-04-95
Rückforderung von Umsatzsteuer auf Zytostatika	B 1 KR 13/21 R	Zur Vervollständigung einer zwischen Krankenhausapotheke und Krankenkasse getroffenen Bruttopreisvereinbarung im Wege der ergänzenden Vertragsauslegung, wenn die Arzneimittelpreisvereinbarung gemäß § 129a SGB V objektiv die Situation nicht regelt, dass sich die für die Umsatzsteuerberechnung maßgebliche Auffassung der Finanzverwaltung zur Umsatzsteuerpflicht der Abgabe von Zytostatikazubereitungen durch Krankenhausapotheken ändert und die faktische Umsatzsteuerpflicht rückwirkend aufgehoben wird.	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , Urt. v. 18.02.2021 - L 5 KR 161/18 -	21-02-127
Rückforderung von Umsatzsteuer auf Zytostatika: Ergänzende Vertragsauslegung	B 1 KR 30/21 R	Ist eine Arzneimittelpreisvereinbarung im Sinne des § 129a Satz 1 SGB V im Wege der ergänzenden Vertragsauslegung dahingehend zu vervollständigen, dass nach der rückwirkenden Änderung der Rechtsauffassung der Finanzverwaltung zur Umsatzsteuerpflichtigkeit der Abgabe individuell hergestellter Zytostatika das Krankenhaus, deren Krankenhausapotheke diese abgegeben hat, vertraglich gegenüber der Krankenkasse zur Rückzahlung des Differenzbetrages verpflichtet ist, der sich aus dem Umsatzsteueranteil des vereinbarten Abgabepreises abzüglich der pauschal zu berechnenden Vorsteuer auf die Eingangsleistung des Krankenhauses ergibt?	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , Urt. v. 01.07.2021 - L 5 KR 22/20 -	21-04-96
Generikaabschlag	B 3 KR 3/21 R	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
Keine Wirtschaftlichkeitsprüfung des Arzneimittelgroßhändlers (Kontrastmittel)	B 1 KR 36/21 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
Hörgeräteakustiker: Versorgungsanzeige	B 3 KR 8/19 R Termin: 12.08.2021	Hat ein Hörgeräteakustiker gegenüber der Krankenkasse einen Anspruch auf Vergütung für die Versorgung eines Versicherten mit Hörgeräten, wenn die nach den vertraglichen Regelungen des einschlägigen auf Grundlage von § 127 SGB V geschlossenen Versorgungsvertrages erforderliche Versorgungsanzeige vor Beginn des Anpassungsprozesses unterblieben ist?	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , Urt. v. 27.06.2019 - L 4 KR 55/18 -	19-04-110
	B 3 KR 8/20 R Termin: 12.08.2021	Zum Vergütungsanspruch des Hörgeräteakustikers für die Versorgung von Versicherten mit Hörgeräten, wenn die Versorgungsanzeige der Krankenkasse entgegen der vertraglichen Regelung des Versorgungsvertrages nach § 127 SGB V nicht vor der	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 27.06.2019 - L 16 KR 541/18 -	21-01-155 NZB

		Versorgung zugegangen ist.		
Festbetragsfestsetzung für Einlagen	B 3 KR 4/20 R	Zur Festsetzung der einheitlichen Festbeträge für Hilfsmittel (hier: Einlagen) und zur entsprechenden Anwendung des § 35 Absatz 5 SGB V.	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 11.03.2020 - L 1 KR 178/17 KL -	20-02-114
Antrag zur Aufnahme in Hilfsmittelverzeichnis	B 3 KR 10/21 R	Zur Frage, ob ein Vertriebsunternehmen berechtigt sein kann, namens und im Auftrag eines Herstellers einen Antrag zur Aufnahme eines Hilfsmittels in das Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V zu stellen.	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 29.04.2021 - L 14 KR 48/18 -	20-04-
Häusliche Krankenpflege: Fälligkeit einer Forderung nach beklagtem Schiedsspruch	B 3 KR 18/20 R	Kann eine vergütungsrechtliche Forderung für Leistungen der häuslichen Krankenpflege aufgrund eines Schiedsspruchs nach § 132a Absatz 2 Satz 6 SGB V (in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung) geltend gemacht werden, solange der Schiedsspruch noch nicht fertiggestellt ist oder während eines sich daran anschließenden gerichtlichen (Ersetzungs- bzw Feststellungs-)Verfahrens?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 16.10.2020 - L 4 KR 438/20 -	21-01-156
Krankentransportleistungen: Höhe der Entgelte	B 3 KR 13/20 R B 3 KR 14/20 R Termin: 17.02.2022	Können landesrechtlich zugelassene private Anbieter von Krankentransportleistungen eine Preisvereinbarung gegen Krankenkassen gerichtlich durchsetzen im Fall des Scheiterns von Preisverhandlungen, wenn kein Schiedsverfahren vorgesehen ist?	<i>LSG Schleswig-Holstein</i> , Urt. v. 17.10.2019 - L 5 KR 112/16 - - L 5 KR 113/16 -	21-01-158 NZB 20-04-125 NZB

Integrierte Versorgung

Krankenkassen

Spitzenverband Bund der Krankenkassen: Pauschale Aufwandsvergütung an BZgA	B 1 A 2/20 R Termin: 18.05.2021	Ist die in § 20a Absatz 3 Satz 4 SGB V geregelte Verpflichtung des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen, eine pauschale Vergütung für Unterstützungsleistungen aus dem Betrag an die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zu zahlen, den die Krankenkassen für die Leistung zur gesundheitlichen Prävention aufzuwenden haben, mit der Verfassung (Artikel 87 Absatz 2 und 3 GG, Artikel 74 Absatz 1 Nummer 12 GG, Artikel 105 GG, Artikel 28 Absatz 2 GG) vereinbar? Stellt die Entscheidung des Verwaltungsrats des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen, den im Haushaltsplan vorgesehenen Beitrag nach § 20a Absatz 3 Satz 4 SGB V an die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung nach Beratung darüber mit einem Sperrvermerk zu versehen, eine Weigerung der Geschäftsführung im Sinne von § 37 SGB IV dar?	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 22.01.2020 - L 1 KR 127/16 KL -	20-02-118 NZB
--	---	---	---	------------------

GBA

Sonstiges