

Rechtsprechungsinformationsdienst 22-03

REDAKTION	5
EDITORISCHE HINWEISE	5
ERRATUM	5
A. VERTRAGSARZTRECHT	6
I. Honorarverteilung	6
1. Regelleistungsvolumen	6
a) Kinder- und Jugendpsychiater: Differenzierung nach Teilnahme an Sozialpsychiatrie-Vereinbarung	6
b) Nuklearmediziner: MRT-Leistungen im RLV/Anpassung der Obergrenze	6
2. Vergütung nicht genehmigungspflichtiger psychotherapeutischer Leistungen (Quartal IV/10)	7
3. Keine generelle Informationspflicht der KV	7
II. Sachlich-rechnerische Richtigstellung	8
1. Genehmigung eines Assistenten	8
2. Keine Delegation an nicht genehmigtes ärztliches Personal/Array-CGH-Analyse	9
3. Selbstbindung der Verwaltung/Krankheitsfall (Humangenetik)	9
4. Keine patientenbezogene nach zeitbezogener Plausibilitätsprüfung	9
5. Arztgruppenfremde Leistungen in BAG: Darlegungsobliegenheiten	10
6. Anästhesie bei zahnärztlichen Operationen	10
7. Abrechnungsausschluss von Laborleistungen im Notdienst (Krankenhäuser)	11
8. Honorarrückforderung nach Insolvenz: Verjährungsfrist des § 259b InsO	11
III. Genehmigung/Notdienst	11
1. Keine Teilnahmeberechtigung einer BAG an ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung	12
2. Kündigung einer Kooperationsvereinbarung über die Teilnahme am Notdienst	12
IV. Wirtschaftlichkeitsprüfung/Arzneikostenregress	13
1. Arzneikostenregress	14
a) Verordnung für stationär behandelten Versicherten: Sicherung der ambulanten Anschlussversorgung	14
b) Krankenhausapothek: Arzneimittelabgabe als Notfallreserve	14
2. Ansatz der 1,3-Geschäftsgebühr für Widerspruchsverfahren	15
V. Zulassungsrecht	15
1. Praxisnachfolge: Beschränkte Befugnis einer Mitbewerberin/MVZ u. ausländ. Finanzinvestor	16
2. Kinder- und Jugendmedizinerin mit Zusatzbezeichnung Kinder-Gastroenterologie: Genehmigung	18
3. Ermächtigung eines psychiatrischen Krankenhauses: Kein gesonderter ärztlicher Leiter	18
4. Vollstreckbarkeit eines Verpflichtungsurteils (zur Ermächtigung)	19
VI. Angelegenheiten der KBV und des GKV-Spitzenverbands	20
1. Gesamtvergütung: Zuschläge für besonders förderungswürdige Leistungen	20
2. Hochschulambulanz/Schiedsstelle: Fehlen einer nachvollziehbaren Kostenprognose	20
VII. Streitwert/EHV KV Hessen	21
1. Sachlich-rechnerische Berichtigung: Wertfestsetzung nach Angaben des Klägers	21
2. EHV KV Hessen	21
a) EHV-Punktwert 2017: Fehlende Darlegung der Schätzgrundlagen	21
b) Leistungsbezieher/Einbeziehung von Sonderverträgen	21
VIII. Bundessozialgericht (BSG)	22
1. Anspruch auf Erstattung überhöhter Abschlagszahlungen	22
2. Delegation von Leistungen an ärztliches Personal/Auslegung der Leistungslegende u. Revision	22
3. Heranziehung zur Kostenumlage für den ärztlichen Notfalldienst	22
4. Fortbildungsverpflichtung: Wechsel des Fachgebiets während des Fünfjahreszeitraums	23
5. Ermächtigung zur psychotherapeutischen Behandlung von Asylbewerbern (§ 31 I 2 Ärzte-ZV)	23
6. Streitwert: Zulassungsentziehung wegen Nichtausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit	23

B. KRANKENVERSICHERUNGSRECHT	25
I. Vertrags(zahn)ärztliche Behandlung	25
1. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	25
a) Photodynamische Therapie zur Behandlung eines Nasenbasalioms	25
b) Therapie mit dendritischen Zellen	25
c) Ganzkörperkältetherapie	25
d) Radiofrequenzablation bei einer chronischen Analfistel	25
2. Nicht zugelassener Leistungserbringer: Satzungsregelung der Krankenkasse	26
3. Kein Anspruch auf Narbenkorrektur bei fehlender Entstellung	26
4. Kinderwunschbehandlung: Häufige Kostenübernahme	26
5. Kryokonservierung: Lagerungskosten erst nach Erlass der Richtlinie des GBA	26
II. Stationäre Behandlung	27
1. Liposuktion und Qualitätsgebot	28
2. Operative Beinverlängerung	28
3. Transkatheter-Aortenklappen-Implantation (TAVI) ohne herzchirurgische Fachabteilung	28
4. Prophylaktische Mastektomie der linken Brust	29
5. Mammareduktionsplastiken beim Mann	29
6. Mastektomie bei transidentitärer Geschlechtsidentitätsstörung	29
7. Mastektomie bei Transsexualität in Form einer nicht-binären Geschlechtsidentität	30
III. Kostenerstattung	30
1. Genehmigungsfiktion	30
a) Grund für Verlängerung der 5-Wochen-Frist: Verzögerte Stellungnahme des MDK	30
b) Entscheidung der Krankenkasse	31
2. Ambulante Behandlung in Österreich: Sondenentwöhnungsprogramm „NoTube“	31
IV. Arzneimittel	31
1. Versorgung mit Cannabis	31
a) Begründungsumfang zum Eintritt von Nebenwirkungen	31
b) ADHS bei Erwachsenen	32
c) Schwerwiegende Erkrankung (ADHS)/Begründete Einschätzung	32
d) Jahrelange Opiateinnahme: Reevaluation erforderlich	32
V. Hilfsmittel/Heilmittel	33
1. Faltbarer Elektrorollstuhl	33
2. Antrieb eines Elektrorollstuhls mit einer Motorleistung von 10 km/h	33
3. Therapiedreirad	33
a) Elektromotorische Restkraftverstärkung: Einziges Hilfsmittel für Nahbereich	33
b) In der geistigen Entwicklung retardierter Jugendlicher	33
4. Hörgeräteversorgung	34
a) Freiburger Sprachtest/Subjektives Hörverstehen	34
b) Bestes Hörvermögen/Fehlende adäquate Beratung	34
c) Fehlende Beratung der Krankenkasse	35
VI. Rehabilitation/Häusliche Krankenpflege/Fahrkosten	35
1. Häusliche Krankenpflege	35
a) Medizinische Fachkraft als Schulbegleitung	35
b) Vorrangige Leistungspflichten der Einrichtung	36
c) Erbringung der Pflegemaßnahmen von der Einrichtung	36
VII. Beziehungen zu Krankenhäusern	36
1. Vergütungsanspruch/Fälligkeit	39
a) Beweislast bei Nichterweislichkeit einer Diagnose/Aufrechnungsverbot	39
b) Wirksamkeit eines landesvertraglichen Aufrechnungsverbots	39
c) Einzelfallprüfung ist keine Strukturprüfung	39
d) Mindestmengenregelung (Knie-TEP-Implantation): Mitteilung über ersten Eingriff	40
e) Verlegung bei fehlenden Betten auf Geriatriestation	40
f) Neukodierung einer Nebendiagnose im gerichtlichen Verfahren	40
g) Interdisziplinärer Beschluss zur Durchführung einer bariatrischen Operation	41
h) Datenübermittlung: Übermittlung einer ärztlichen Verordnung	41
i) Familienversicherung eines Neugeborenen	41
2. Prüfvereinbarung	42
a) Einhaltung des Versorgungsauftrags: Vorlagepflicht an MDK	42
b) Vier-Wochen-Frist zur Einreichung von Unterlagen (PrüfvV 2014)	42

c) Keine Nachkodierung nach Ablauf der Fünf-Monats-Frist	42
3. Fallpauschalen	43
a) Fallzusammenführung	43
AA) Neuregelung: Unzulässige Fallzusammenführung aus Gründen des Wirtschaftlichkeitsgebots	43
BB) Gesetzesänderung für Abrechnungszeitraum ab 01.01.2019	43
b) Hauptdiagnose/Komplikation periphere arterielle Verschlusskrankheit	43
c) Getrennte Kodierung eigenständiger Prozeduren	44
d) Dokumentation einer hochaufwendigen Pflege	44
e) Abklärungsuntersuchung vergleichbar mit ambulanter „Untersuchung im Krankenhaus“	44
f) Auslegung des ICD 10-Kodes N19 (Akutes Nierenversagen)	45
g) Neurolog. Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Transösophageale Echokardiographie	45
h) Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen	45
i) Beatmung	46
j) Offen chirurgische Refixation am Kapselbandapparat	46
k) Staphylococcus aureus als Ursache von Krankheiten	46
l) Individuell gefertigte Prothese	47
4. Aufwandspauschale	47
a) Fehlerhafte Abrechnung ohne Minderung des Abrechnungsbetrages	47
b) Keine Aufwandspauschale auch bei Erhöhung des Rechnungsbetrages nach Prüfung	47
c) Weigerung zur Abgabe einer medizinischen Begründung für längere Behandlungsdauer	48
5. Aufschlagszahlung nach § 275c III SGB V	48
a) Leistungsrechtliche Entscheidung der Krankenkasse unmaßgeblich	48
b) Zuordnung einer Prüfung zu einem Quartal	48
c) Aufschlagszahlung erst nach Bekanntgabe des MDK-Prüfungsergebnisses	49
d) Maßgeblicher Stichtag	49
e) Offene Rechtsfrage zur Anwendung des Stichtags 01.01.2022	49
6. Bescheinigung über Prüfung von Strukturmerkmalen: Einstweilige Anordnung	49
7. Irrtum über die Trägerschaft eines Krankenhauses	50
VIII. Beziehungen zu Leistungserbringern und Arzneimittelherstellern	50
1. Apotheken: Verordnung parenteraler Ernährungslösungen auf zwei Verordnungsblättern	52
2. Arzneimittelhersteller	52
a) Anspruch auf Impfung mit inaktiviertem quadrivalentem Hochdosis-Influenza-Impfstoff	52
b) Rückerstattung von gezahlten Herstellerrabatten gegen niederländische Versandapotheke	53
3. Hilfsmittelerbringer	53
a) Besonderes Kündigungsrecht nach § 71 VI SGB V	53
AA) Voraussetzungen einer aufsichtsrechtlichen Verfügung	53
BB) Notwendige Unterrichtung des Hilfsmittelerbringers durch Aufsichtsbehörde	54
CC) Rechtsschutzmöglichkeiten bei aufsichtsrechtlicher Maßnahme	54
b) Abschließende Regelung im Rahmenvertrag: Pflicht zur Abholung von Hilfsmitteln	54
c) Hilfsmittelverzeichnis: Nachweis des medizinischen Nutzens des Hilfsmittels	55
4. Hilfsmittelerbringer: Ausgleichszahlung nach COVID-19-VSt-SchutzV	55
a) Berücksichtigungsfähiger Umsatz	55
b) Fehlen von Umsatzdaten	56
c) Mutterschutz	56
IX. Angelegenheiten der Krankenkassen	56
1. Erstattungsanspruch: Stationäre Behandlung eines Gefangenen nach Verlegung aus Justizkrankenhaus	56
X. Verfahrensrecht	57
1. Keine selbständige Anfechtung von Verfahrenshandlungen	57
2. „Widerspruch“ gegen Gerichtsbescheid	57
3. Rücknahmeerklärung nach Anfechtung eines Vergleichsabschlusses	57
4. Pflicht zur Anrufung des EuGH	57
XI. Bundessozialgericht (BSG)	58
1. Lebensbedrohliche oder regelmäßig tödliche Erkrankung	58
2. Krankenhausvergütung	58
a) Neue Behandlungsmethode: Transvaskuläre Aortenklappen-Implantation (TAVI)	58
b) Beatmungszeit: Gewöhnung und Entwöhnung	58
3. Hörgeräteakustiker: Versorgungsanzeige	59
4. Abgrenzung Klageschrift von bloßem Entwurf	59
C. ENTSCHEIDUNGEN ANDERER GERICHTE	60
I. Ärztliches Berufsrecht	60
1. Widerruf der Approbation nach Erkrankung an schizophrener Psychose und Tötungsdelikt	60

2. Berufspflichten: Abrechnung nach GOÄ/Pflicht zur Berufshaftpflichtversicherung	60
3. Strafrecht	61
a) Abbruch der kurativen Therapie/Tötung	61
b) Körperverletzung mit Todesfolge durch Schönheitsoperation	61
c) Unrichtig Gesundheitszeugnisse zur Befreiung von der Maskenpflicht	62
d) Ausstellung unrichtiger Impfunfähigkeitsbescheinigung (Durchsuchungsanordnung)	62
e) Abrechnung von in der Türkei hergestelltem Zahnersatz durch Eigenlabor	62
f) Durchsuchungsbeschluss: Schlüssige Behauptung eines Abrechnungsbetrugs im Vertragsarztbereich	63
4. Tätigkeitsverbot gegenüber Zahnarzt: Fehlender Impfnachweis	64
5. BVerfG: Abschaffung der Zusatzbezeichnung „Homöopathie“ (Nichtzulassungsbeschwerde)	64
6. BSG: Sozialversicherungspflicht einer Vertreterin in BAG	64
7. Ärztliches Attest: Eigenhändige Unterschrift des Arztes erforderlich	65
8. Verpflichtung der Kammermitglieder zur Kommunikation über E-Mail-Adresse	65
9. Eintragung eines akademischen Grades in einen Arztausweis	65
II. Arzthaftung	65
1. Bundesgerichtshof (BGH)	65
a) BVerfG: Schmerzensgeldanspruch des Erben bei lebens- und leidensverlängernden Maßnahmen	65
b) Umkehr der Beweislast hinsichtlich Kausalität grober Behandlungsfehler (Geburtsschaden)	65
c) Feststellungen zu Entscheidungskonflikt: Persönliche Anhörung des Patienten	66
d) Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör	66
e) Keine Ausfallgebühr in Arztpraxis bei Corona-Verdacht	66
2. Behandlungsfehler	66
a) Abgrenzung Diagnoseirrtum und Befunderhebungsfehler Nichterkennen des Hirnstamminfarktes	66
b) Grober Behandlungsfehler: Umfang der Beweislastumkehr	67
c) Grobe Fehlerhaftigkeit: Mehrere einfache Behandlungsfehler (Schulteroperation)	67
d) Telemedizinische Hinzuziehung eines Facharztes: Organisations- und Koordinationspflicht	67
e) Diagnosefehler: Versteifungsoperation der Wirbelsäule	68
f) Behandlung einer Fraktur des Fußes als Verstauchung	68
g) Brustvergrößerungsoperation: Bottoming-Out-Phänomen	69
h) Zahnersatz: Gelegenheit zur Nachbesserung und Nachweis	69
3. Aufklärung	69
a) Nachweis einer ordnungsgemäßen Aufklärung	69
b) Weisheitszahnentfernung	69
4. Behandlungsvertrag: Stand der Wissenschaft	70
5. Beginn der Verjährungsfrist	70
a) Kenntnis von postoperativen Komplikationen und starken Schmerzen	70
b) Kenntnis aufgrund eines Privatgutachtens	70
6. Befangenheit medizinischer Sachverständiger: Überschreitung eines Gutachtauftrags	70
ANHANG I: BSG - ANHÄNGIGE REVISIONEN VERTRAGSARZTRECHT	71
ANHANG II: BSG - ANHÄNGIGE REVISIONEN KRANKENVERSICHERUNG	73

Redaktion

Die Verantwortung für den Inhalt liegt ausschließlich bei der Redaktion.

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

e-mail: pawlita@web.de;

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

Telefax: 0641/250 2801.

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

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

Ältere Ausgaben sind z.T. über die **homepage** der **Deutschen Gesellschaft für Kassenarztrecht e.V.** verfügbar:

www.dg-kassenarztrecht.de.

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

Editorische Hinweise

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

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

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

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

Die Datenbanken www.juris.de und www.sozialgerichtsbarkeit.de werden hinsichtlich der Abteilungen Vertragsarztrecht und Krankenversicherung (Leistungs- und Leistungserbringerrecht) ausgewertet. Diese Ausgabe berücksichtigt die bis zum 14.08.2022 eingestellten Entscheidungen.

Erratum

SG Stuttgart, Gerichtsbescheid v. 05.08.2021 - S 24 KA 2652/19 - RID 22-02-5 hat das Entscheidungsdatum 15.02.2021.

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

a) Kinder- und Jugendpsychiater: Differenzierung nach Teilnahme an Sozialpsychiatrie-Vereinbarung

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 09.02.2022 - L 7 KA 10/18

RID 22-03-1

Revision anhängig: B 6 KA 3/22 R
www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 87b

Leitsatz: Die KV hat im Honorarvertrag speziell für die Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, die an der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung teilnehmen, aus Gründen der Honorarverteilungsgerechtigkeit eine eigene Arzt-Untergruppe für das Regelleistungsvolumen zu bilden.

SG Berlin, Urt. v. 13.12.2017 - S 87 KA 247/14 - wies die Klage ab. Das *LSG* verpflichtete die Bekl., über die Anträge des Kl. auf Ausnahme von der Fallwertabstaffelung für die Quartale I/09 bis IV/11 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden.

b) Nuklearmediziner: MRT-Leistungen im RLV/Anpassung der Obergrenze

SG München, Urteil v. 16.03.2022 - S 38 KA 170/20

RID 22-03-2

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 85 IV, 82 I, 87 I, 87b I 2, IV, 135 II

Leitsatz: 1. Ist es notwendig, von **Ausnahmeregelungen** in großem Umfang Gebrauch zu machen, ist dies Indiz dafür, dass die allgemeinen Regeln des HVM das Abrechnungsgeschehen nicht zutreffend abbilden, und impliziert, dass die Honorarverteilung nach den allgemeinen Regeln nicht stimmig und mit der vom Gesetzgeber in § 87b SGB V vorgegebenen Systematik nicht vereinbar ist.

Ausnahmeregelungen können eine **Schieflage bei der Honorarverteilungsgerechtigkeit**, insbesondere bei heterogenen Fachgruppen wie den Nuklearmedizinern, nur bedingt ausgleichen.

2. Bei der Festlegung des Honorarverteilungsmaßstabes besteht ein **Gestaltungsspielraum**. Die gerichtliche Kontrolle ist deshalb darauf reduziert, zu prüfen, ob sich die untergesetzliche Norm auf eine ausreichende Ermächtigungsgrundlage stützen lässt und ob die Grenzen des Gestaltungsspielraums nicht überschritten sind (vgl. BSG, Urt. v. 21.10.1998 - B 6 KA 60/97 R - USK 98181; LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 18.07.2017 - L 4 KA 51/15 - RID 18-02-7).

3. Die Muster-Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer hat lediglich empfehlenden Charakter, so dass die jeweiligen **Weiterbildungsordnungen** in den einzelnen KV-Bezirken maßgeblich sind.

4. **MRT-Leistungen** sind für die Fachgruppe der **Nuklearmediziner** nicht fachfremd.

5. Ein **Vertrauen** auf weiteres unverändertes Bestehen der ehemaligen Rechtslage (HVM) bzw. auf Erhalt eines in etwa gleichen Honorars wird von der Rechtsordnung nicht geschützt (vgl. LSG Saarbrücken, Urt. v. 01.12.2004 - L 3 KA 19/03 - juris; LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 10.05.2000 - L 5 KA 2143/99 - juris).

Die Kl., die als Fachärztin für Nuklearmedizin zugelassen ist und keine MRT-Leistungen erbringt, wandte sich erfolglos gegen den Honorarbescheid für das Quartal I/18 (Obergrenze und Honorierung der vertragsärztlichen Leistungen), die Aussetzung der Fallwertminderung sowie die Anpassung der Obergrenze mit Bezug zum Fallwert aufgrund eines besonderen Versorgungsbedarfs. Das **SG** wies die Klage ab.

2. Vergütung nicht genehmigungspflichtiger psychotherapeutischer Leistungen (Quartal IV/10)

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 17.11.2021 - L 7 KA 3/18

RID 22-03-3

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 10/22 R

www.juris.de

SGB V § 87b

Ein Psychotherapeut hat einen **Anspruch** auf eine **unquotierte Vergütung** der **nicht antrags- und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen** im **Quartal IV/10**, denn die honorarvertragliche Rechtsgrundlage für die nur quotierte Vergütung dieser Leistungen innerhalb der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze ist wegen des Verstoßes gegen höherrangiges Recht nichtig. Für die nur quotierte Vergütung fehlt es an einer wirksamen Rechtsgrundlage. Den Vorgaben des Bewertungsausschusses ist für die Partner der Gesamtverträge keine Ermächtigung zu entnehmen, die psychotherapeutischen Leistungen innerhalb der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze mit einem geringeren Punktwert als den Preisen der Euro-Gebührenordnung zu vergüten. § 7 I 3 i.V.m. Anl. 1 HV 2010 KV Berlin steht im Widerspruch zu den zwingenden Vorgaben des BewA-Beschlusses v. 01.07.2010 (§ 87b IV 3 SGB V a.F.) und ist deshalb nichtig (vgl. LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 28.04.2021 - L 4 KA 4152/18 - RID 21-03-3, Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 8/22 R, juris Rdnr. 49 ff.).

Die Beteiligten streiten im Berufungsverfahren noch über die Vergütung der vom Kl., seit März 2003 als psychologischer Psychotherapeut zugelassen, im Quartal IV/10 erbrachten sonstigen nicht antrags- und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen nach Abschnitt 35.1 EBM. **SG Berlin**, Urt. v. 29.11.2017 verpflichtete die Bekl., über die Vergütung des Kl. im streitigen Quartal in Bezug auf die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen neu zu entscheiden, und wies die Klage im Übrigen ab. Das **LSG** verpflichtete auf die Berufung des Klägers die Bekl., über den Honoraranspruch des Kl. unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats neu zu entscheiden.

Zu Parallelverfahren s. RID 22-01-7 bis RID 22-01-10.

3. Keine generelle Informationspflicht der KV

LSG Bayern, Urteil v. 03.03.2021 - L 12 KA 24/18

RID 22-03-4

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 75; SGG §§ 67, 77

Leitsatz: Die Kassenärztliche Vereinigung ist nicht verpflichtet, die Vertragsärzte über sämtliche laufenden Rechtsstreitigkeiten auf dem Gebiet des Vertragsarztrechts bundesweit auf dem Laufenden zu halten. Eine solche **Informationspflicht** kann auch nicht aus § 3 der Satzung der Beklagten abgelesen werden, wonach die KVB ihre Mitglieder im Rahmen ihrer gesetzlichen und

satzungsmäßigen Aufgaben berät. Die individuelle Honoraroptimierung eines Vertragsarztes ist weder gesetzliche noch satzungsmäßige Aufgabe der KV.

Die Beteiligten streiten darüber, ob der Kl., einer BAG von zwei Fachärzten für Allgemeinmedizin, einer Fachärztin für Innere Medizin und einer Praktischen Ärztin, Wiedereinsetzung in den vorigen Stand zu gewähren ist und sodann in den Quartalen III u. IV/08, II u. IV/09 und I/10 bis II/14 die Leistungen im ärztlichen Bereitschaftsdienst höher zu vergüten sind. **SG München**, Urt. v. 08.05.2018 - S 43 KA 1297/15 - und - S 43 KA 206/16 - wies die Klagen ab, das **LSG** die Berufungen zurück. **BSG**, Beschl. v. 08.03.2022 - B 6 KA 13/21 B - juris - verwarf die Nichtzulassungsbeschwerde als unzulässig.

II. Sachlich-rechnerische Richtigstellung

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

1. Genehmigung eines Assistenten

SG München, Urteil v. 25.05.2022 - S 38 KA 206/20

RID 22-03-5

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 106a a.F.; § 44 SGB X; Ärzte-ZV § 32

Leitsatz: I. Bei einer **Genehmigung eines Assistenten** handelt es sich um eine **statusbegründende** Entscheidung. Dies bedeutet nach gefestigter Rechtsprechung der Sozialgerichte (vgl. BSG, Urt. v. 11.05.2009 - B 6 KA 15/08 R - SozR 4-2500 § 96 Nr. 1; SG Düsseldorf, Gerichtsbb. v. 01.08.2011 - S 2 KA 235/10 - RID 11-04-25), dass davon erst mit vorliegender Genehmigung Gebrauch gemacht werden kann.

II. Eine bewusste und unzulässige **Verzögerung in der Bearbeitung** des Genehmigungsantrags nach § 101 SGB V führt nicht dazu, die Wirksamkeit der Genehmigung auf einen früheren Zeitpunkt als den Zeitpunkt, der im Genehmigungsbescheid genannt ist, zu fingieren und die Abrechnung zuzulassen, auch wenn die Genehmigungsvoraussetzungen von Anfang an vorliegen sollten und der Antrag von Anfang an als genehmigungsfähig anzusehen wäre. Denn mit einem statusbegründenden Akt als formellem Akt (z.B. Zulassung zur vertragsärztlichen Tätigkeit, Ermächtigungen, Genehmigungen nach § 101 SGB V, Genehmigungen zur Erbringung bestimmter Leistungen) sind eine Reihe von Rechten und Pflichten für die an der vertragsärztlichen Versorgung Teilnehmenden verbunden.

III. § 32 Ärzte-ZV zählt mehrere **Vertretungsgründe** auf. Es kann dahinstehen, ob diese Aufzählung abschließend ist. Zumindest ist vorauszusetzen, dass ein Grund vorliegt, der es ausnahmsweise rechtfertigt, vom Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung, einem der wesentlichen Grundsätze im Vertragsarztrecht, abzuweichen. Eine **anderweitige ärztliche Tätigkeit an einem anderen Ort** ist weder unter die in § 32 Ärzte-ZV genannten Vertretungsgründe zu subsumieren, noch rechtfertigt sie bei erweiternder Auslegung der Vertretungsgründe eine Ausnahme vom Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung, es sei denn, es handelt sich um eine ehrenamtliche oder eine solche, die einer ehrenamtlichen Tätigkeit nahekommt.

IV. Schweigen bzw. eine mündliche **Zustimmung der Beklagten** zu einem Vertretungshinweis begründet kein **Vertrauen** darauf, die Vertretung sei ordnungsgemäß (vgl. in anderem Zusammenhang auch BSG, Urt. v. 28.08.2013 - B 6 KA 43/12 R - BSGE 114, 170 = SozR 4-2500 § 106a Nr. 11) und der Vertretene könne die Leistung seines Vertreters abrechnen.

Gegenstand des Verfahrens ist die Plausibilitätsprüfung für die Quartale I/07 bis II/09 (sachlich-rechnerische Berichtigung) im Rahmen eines Verfahrens nach § 44 SGB X. Der Kl. war vom 01.07.2000 bis zum 01.04.2015 als Augenarzt zugelassen. Nach dem Vortrag der Bekl. hat diese von einer Sprechstundenhilfe

die Information erhalten (Juni 2008), der Kl. sei nur mittwochs und samstags erreichbar. An seiner Stelle sei hier Dr. V. in der Praxis tätig. Für Dr. V. habe aber erst mit Wirkung zum 01.10.2008 bis 31.01.2009 eine Genehmigung als Job-Sharing-Assistent nach § 101 SGB V vorgelegen. Außerdem seien zwei ärztliche Mitarbeiter (Herr Dr. K und Frau Dr. G.) in der Praxis tätig gewesen, für die keine Genehmigungen vorgelegen hätten. Außerdem seien mehrere Patienten mit Wohnort Hannover behandelt und über die HNR der Erlanger Praxis abgerechnet worden. Es bestehe daher ein Anfangsverdacht auf Abrechnungsbetrug, sodass sie Strafanzeige erstattet habe. Zwischen dem Kl. und der Bekl. kam eine Rückzahlungsvereinbarung über 99.814 € zustande, betreffend die nicht ordnungsgemäßen Honoraranforderungen für die in Hannover behandelten und über die Erlanger Praxis abgerechneten Patienten. Das Ermittlungsverfahren wurde im November 2011 nach § 153a I StPO nach Zahlung einer Geldauflage in Höhe von insgesamt 10.000 € eingestellt. Der Widerspruch gegen den Honoraraufhebungs- und Neufestsetzungsbescheid vom 05.07.2011 wurde mit Bescheid vom 29.01.2014 zurückgewiesen. Er wurde bestandskräftig. Im Juli 2019 stellte der Kl. erfolglos den Antrag, die vorgenannten Bescheide nach § 44 I SGB X aufzuheben. Das *SG* wies die Klage ab.

2. Keine Delegation an nicht genehmigtes ärztliches Personal/Array-CGH-Analyse

LSG Bayern, Urteil v. 17.03.2021 - L 12 KA 126/16

RID 22-03-6

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 106d; Ärzte-ZV § 32 I 1; BMV-Ä § 25 I 2

Leitsatz: 1. Eine **Delegation von Leistungen** an ärztliches Personal kommt im vertragsärztlichen Bereich nur in Betracht, wenn es sich um angestellte Ärzte oder Assistenten handelt, deren Beschäftigung von den Zulassungsgremien genehmigt worden ist.

2. Die Durchführung einer Array-CGH-Analyse erfüllt nicht den Leistungsinhalt der GOP 11320 und 11321 EBM-Ä.

SG München, Urt. v. 21.09.2016 - S 21 KA 1179/13 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung, *BSG*, Beschl. v. 06.04.2022 - B 6 KA 16/21 B - RID 22-03-30 die Nichtzulassungsbeschwerde zurück.

3. Selbstbindung der Verwaltung/Krankheitsfall (Humangenetik)

SG München, Urteil v. 28.04.2022 - S 38 KA 105/21

RID 22-03-7

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 106d

Leitsatz: I. Wird ein **Urteil** von einer **Behörde** nicht mit der **Berufung** angegriffen und damit rechtskräftig, entsteht dadurch noch keine **Selbstbindung der Verwaltung**. Grundsätzlich setzt eine Selbstbindung der Verwaltung ein aktives Tun voraus.

II. Die Formulierung in § 21 Abs. 1 S. 9 (BMV-Ä) stellt keine Definition des **Krankheitsfalls** dar. Vielmehr handelt es sich um eine **zeitliche Eingrenzung** des Krankheitsfalls (vgl. *LSG Nordrhein-Westfalen*, Urt. v. 29.02.2012 - L 11 KA 71/08 - RID 12-03-25; a.A. *LSG Bayern*, Urt. v. 16.09.2020 - L 12 KA 24/19 -).

Das *SG* verurteilte die Bekl., das kl. Honorar in den Quartalen IV/18, I u. IV/19 ohne Absetzung der strittigen Gebührenpositionen (Nr. 11301, 11302, 11501, 11502, 11503, 11512, 11513, 11514 u. 01793 EBM) zu vergüten.

Zum „Krankheitsfall“ und den strittigen Leistungen s. bereits *SG München*, Urt. v. 15.05.2019 - S 38 KA 205/18 - RID 19-03-7.

4. Keine patientenbezogene nach zeitbezogener Plausibilitätsprüfung

SG Marburg, Gerichtsbescheid v. 01.08.2022 - S 18 KA 52/16

RID 22-03-8

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V a.F. § 106a

Leitsatz: Die in § 106a Abs. 2 SGB V a.F. (nunmehr in § 106d Abs. 2 SGB V) geregelte **Plausibilitätsprüfung** erfasst sowohl die zeitbezogene als auch die patientenbezogene Plausibilitätsprüfung und stellt ein einheitliches, auf dasselbe Ziel gerichtetes Verfahren dar.

Die Kassenärztliche Vereinigung **verbraucht** ihr **Prüfungsrecht** für eine weitere Plausibilitätsprüfung, wenn sie in dem zuvor ergangenen Honorarrückforderungsbescheid aufgrund einer Plausibilitätsprüfung weder einen neuen Vorläufigkeitsvorbehalt aufnimmt noch darauf hinweist, dass weitere Plausibilitätsprüfungen erfolgen werden.

Der Vertragsarzt, der einen abschließenden Korrekturbescheid aufgrund einer Plausibilitätsprüfung erhält, kann grundsätzlich darauf **vertrauen**, dass das Verfahren der Plausibilitätsprüfung für die geprüften Quartale insgesamt abgeschlossen ist und keine weiteren Honorarrückforderungen aufgrund von Plausibilitätsprüfungen ergehen werden. Etwas anderes gilt nur, wenn sich die Kassenärztliche Vereinigung weitere Korrekturen vorbehält.

Der Kl. ist als hausärztlich niedergelassener Internist in einer Einzelpraxis tätig. Die Beteiligten streiten um eine Honorarrückforderung aufgrund patientenbezogener Plausibilitätsprüfungen in den Quartalen IV/05 bis IV/07. Die Bkl. setzte aufgrund einer zeitbezogenen Plausibilitätsprüfung für die Quartale I/06 bis I/07 im November 2008 eine Honorarrückforderung in Höhe von 5.430,26 € fest. Im Januar 2011 setzte sie aufgrund einer patientenbezogener Plausibilitätsprüfungen eine Honorarrückforderung in Höhe von 50.952,56 € für die Quartale IV/05 bis IV/07 fest. Abzüglich der 5.430,26 € setzte sie den weiteren Korrekturbetrag auf 45.522,30 € fest, den sie im Widerspruchsbescheid auf 10.909,40 € reduzierte. Im Januar 2012 setzte sie aufgrund einer zeitbezogenen Plausibilitätsprüfung für die Quartale II/07 bis IV/07 eine Honorarrückforderung von insgesamt 5.533,96 € fest. Das **SG** hob den angefochtenen Bescheid (nur hinsichtlich der patientenbezogenen Plausibilitätsprüfung für die Quartale I/06 bis I/07, nicht jedoch für die Quartale II/07 bis IV/07) auf und wies die Klage im Übrigen ab.

5. Arztgruppenfremde Leistungen in BAG: Darlegungsobliegenheiten

LSG Schleswig-Holstein, Urteil v. 22.02.2022 - L 4 KA 77/18

RID 22-03-9

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 106d II; SGG § 54

Leitsatz: 1. Wird um **Rechtsschutz** gegen eine **quartalsgleiche sachlich-rechnerische Richtigstellung** einer vertragsärztlichen Abrechnung nachgesucht, ist die kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage richtige Klageart.

2. Den Vertragsarzt trifft die **Pflicht zur peinlich genauen Abrechnung**. Dabei handelt es sich um das Fundament des auf Vertrauen in die Richtigkeit der Abrechnungsdaten beruhenden Systems der vertragsärztlichen Versorgung.

3. Liegen die **Voraussetzungen einer GOP des EBM** erweislich **nicht vor** oder lässt sich die Erfüllung der Voraussetzungen im Einzelfall nicht nachweisen, darf die KV die GOP im Wege der sachlich-rechnerischen Richtigstellung in vollem Umfang streichen (BSG, Beschluss vom 6. September 2000, B 6 KA 17/00 B).

4. Hat ein in einer **Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)** tätiger Arzt eine GOP abgerechnet, die nach dem EBM nur für Ärzte einer bestimmten **Facharztgruppe** berechnungsfähig ist (deren Vertreter zwar ebenfalls in der BAG tätig sind, zu welcher der abrechnende Arzt aber nicht zählt), **obliegt es der BAG, im Einzelnen darzulegen**, worauf die fehlerhafte Abrechnung beruht. Dazu zählt wenigstens, dass dargelegt wird, welcher in der BAG tätige Arzt die fehlerhaft abgerechnete Leistung erbracht hat, ob die aus dem fremden Fachgebiet des EBM abgerechnete Leistung tatsächlich erbracht wurde (oder aber eine Leistung aus einem anderen Fachgebiet) und aufgrund welcher Umstände es ggf. zur Angabe einer unzutreffenden GOP bzw. Arztnummer gekommen ist. Unterlässt die BAG diesen Vortrag, ist die fehlerhaft in Rechnung gestellte GOP nicht abrechenbar.

Die bekl. KV berichtigte die Honoraranforderungen der Kl., einer ehemaligen überörtlichen BAG, die in dem hier maßgeblichen Zeitraum aus sechs Fachärzten für Orthopädie, zwei Fachärzten für Chirurgie sowie einem Facharzt für Anästhesiologie bestand, für das Quartal III/14 hinsichtlich verschiedener GOP in insgesamt 31 Fällen. Die abgerechneten Leistungen seien aufgrund der Kennzeichnung für die lebenslange Arztnummer nach den gültigen Präambeln nicht berechnungsfähig oder es handele sich um Leistungen, für die keine Genehmigung vorliege. **SG Kiel**, Urt. v. 05.12.2018 - S 2 KA 573/15 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

6. Anästhesie bei zahnärztlichen Operationen

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 30.03.2022 - L 5 KA 1932/19

RID 22-03-10

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 106a

Leitsatz: Aus der sich aus dem Wortlaut ergebenden engen Verknüpfung von präanästhesiologischen Untersuchungen mit ambulanten Operationen des Kapitels 31.2 EBM oder belegärztlichen Untersuchungen des Abschnitts 36.3 EBM ergibt sich, dass der **Anästhesist** die **GOP 05310 EBM** nur

abrechnen kann, wenn auch der Operateur die GOP der Kapitel 31 oder 36 EBM abrechnet. Der **Operateur** muss die Operation, an der der Anästhesist mitwirkt, tatsächlich auf der Grundlage seiner vertragsärztlichen Zulassung und damit als vertragsärztliche Leistung erbracht und abgerechnet haben. Es genügt nicht, dass der Operateur (auch) über eine Zulassung als Vertragsarzt verfügt.

SG Stuttgart, Urt. v. 30.04.2019 - S 5 KA 6136/17 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

7. Abrechnungsausschluss von Laborleistungen im Notdienst (Krankenhäuser)

SG München, Urteil v. 30.03.2022 - S 38 KA 483/19

RID 22-03-11

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 75 Ib, 87 I, 115 II 1 Nr. 3

Leitsatz: Wird in einem dreiseitigen Vertrag über die Zusammenarbeit bei der Gestaltung und Durchführung eines ständig einsatzbereiten Notdienstes (Krankenhäuser) ein Abrechnungsausschluss von bestimmten Leistungen (hier: spezielle Laborleistungen nach Kapitel 32.3 EBM vereinbart, ist eine solche Regelung mit § 115 SGB V vereinbar. Die Formulierung in § 115 II Ziff. 3 SGB V bedeutet nicht, dass nur on-top-Leistungen, d.h. über den EBM hinausgehend, Vertragsinhalt sein können.

Die Kl. betreibt mehrere **Krankenhäuser** in Bayern, darunter auch das Klinikum W1.-Stadt. Gegenstand der Klage war die sachlich-rechnerische Richtigstellung im Quartal IV/18, konkret die **Absetzung von Laborleistungen** aus dem Abschnitt 32.3 EBM nach den GOP 32155 bis 32863 (Rückforderung in Höhe von 22.910 €), die im Rahmen des **Notdienstes** erbracht wurden. Das *SG* wies die Klage ab.

8. Honorarrückforderung nach Insolvenz: Verjährungsfrist des § 259b InsO

SG Marburg, Urteil v. 30.03.2022 - S 17 KA 735/16

RID 22-03-12

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 106d; InsO § 259b

Leitsatz: Die besondere einjährige **Verjährungsfrist** des § 259b InsO gilt auch für die Geltendmachung von Honorar-Rückforderungsansprüchen (hier Plausibilitätsprüfung), die dem Grunde nach Quartale betreffen, die vor der Eröffnung des Insolvenzverfahrens liegen.

Die Kl. ist Trägerin des MVZ endokrinologikum B-Stadt. Über das Vermögen der Kl. wurde im Dezember 2013 das Insolvenzverfahren eröffnet. Im April 2014 legte der Insolvenzverwalter einen Insolvenzplan vor, der eine Quote von 100 % für die Insolvenzgläubiger im Rang des § 38 InsO vorsah. Dieser Plan wurde im Juni 2014 von der Gläubigerversammlung angenommen. Der planbestätigende Beschluss wurde nicht angefochten und ist am 17.06.2014 rechtskräftig geworden. Die Bkl. hatte keine Forderungen zur Insolvenztabelle angemeldet. Im August 2014 wurde das Insolvenzverfahren aufgehoben. Der Plausibilitätsausschuss der Bkl. setzte mit Bescheid vom Mai 2016 gegenüber der Kl. aufgrund einer zeitbezogenen Plausibilitätsprüfung für die Quartale I/12 bis III/13 insgesamt Honorarrückforderungen in Höhe von 185.021,94 € fest. Der Widerspruch blieb erfolglos. Das *SG* hob den angefochtenen Bescheid auf.

III. Genehmigung/Notdienst

Nach BSG, Urt. v. 06.04.2022 - **B 6 KA 12/21 R** - handelt es sich nicht um eine Fortsetzungsfeststellungsklage, sondern ist eine **Feststellungsklage** zu erheben, wenn die KV keinen Verwaltungsakt erlassen, sondern ihre Rechtsansicht mitgeteilt hat. Auch liegt darin nicht die Ablehnung eines Verwaltungsakts, weil die Auslagerung von Praxisräumen nicht genehmigungs- sondern nur anzeigepflichtig ist. Das Feststellungsinteresse ist zu bejahen, da ohne gerichtliche Klärung die Gefahr einer Untersagung des - ausgelagerten - Praxisbetriebes oder von Honorarkürzungen besteht. Dem Erfordernis der „räumlichen Nähe“ zum Vertragsarztsitz in § 24 Abs. 5 Ärzte-ZV steht nicht entgegen, dass sich die Praxisräume für Laboruntersuchungen 9 km entfernt vom Vertragsarztsitz in P befinden und von dort aus innerhalb von 19 Minuten in verkehrstarken Zeiten zu erreichen sind. Bei der **Auslagerung von Praxisräumen** sieht der Senat die zeitliche **Erreichbarkeit am Vertragsarztsitz innerhalb von maximal 30 Minuten** generell als geeignetes Kriterium zur Bestimmung der räumlichen Nähe an. Es stellt sicher, dass der Vertragsarzt zur Durchführung seiner Sprechstunden und auch bei Notfällen am Vertragsarztsitz persönlich zur Leistungserbringung in angemessener Zeit zur Verfügung steht. Es trägt unterschiedlichen Anforderungen an ländlich strukturierte Gebiete wie auch an dicht besiedelte Großstadtgebiete hinreichend Rechnung. An der zur überholten berufsrechtlichen Vorgängerregelung vertretenen Ansicht, dass „in den Augen des Publikums“ eine organisatorisch einheitliche Praxis auch bei Auslagerung einer Praxisstätte vorliegen muss, hält der Senat nicht fest. Engere Organisationsstrukturen sind durch Digitalisierungen möglich geworden. Der Senat kann **offen lassen**, ob möglicherweise bei **reinen Laboruntersuchungen**, die **ohne Arzt-Patienten-Kontakt** in **ausgelagerten Praxisräumen** durchgeführt werden, im Einzelfall auch längere Wegezeiten als 30 Minuten in Betracht kommen. Darauf kommt es hier

nicht an, weil bereits die Grenze von 30 Minuten nicht erreicht wird. Im wiedereröffneten Berufungsverfahren wird das LSG auch angesichts der Größe der angezeigten Praxisstätte bewerten müssen, ob die **Tätigkeit am Sitz des MVZ die Tätigkeit an weiteren Orten zeitlich insgesamt überwiegt**, wie es § 17 Abs. 1a Satz 5 BMV-Ä vorsieht. Seit den Änderungen der Muster-Berufsordnung ab 2003 und von § 24 Ärzte-ZV ab 2007 gilt zwar nicht mehr, dass in ausgelagerten Praxisstätten keine Leistungen erbracht werden dürfen, die auch am Hauptsitz erbracht werden. Es gilt aber weiterhin, dass sich diese von Zweigpraxen dadurch unterscheiden, dass **in ausgelagerten Praxisstätten nur spezielle Untersuchungs- und Behandlungsleistungen** erbracht werden dürfen. Dabei ist der Begriff der speziellen Leistungen nach Auffassung des Senats nicht allein auf das von der jeweiligen Arztgruppe erbrachte Leistungsspektrum **zu beziehen**, sondern **auf die vom einzelnen Arzt bzw MVZ an der Hauptbetriebsstätte erbrachten Leistungen**. Deshalb kann ein Arzt nicht mit Erfolg geltend machen, dass er ganz überwiegend spezielle Leistungen erbringe und deshalb berechtigt sei, in einer ausgelagerten Praxisstätte im Wesentlichen die gleichen Leistungen wie am Hauptsitz der Praxis anzubieten.

1. Keine Teilnahmeberechtigung einer BAG an ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung

LSG Bayern, Urteil v. 08.04.2022 - L 12 KR 546/21

RID 22-03-13

Revision anhängig: B 3 KR 9/22 R

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 116b II; SGG §§ 10 II, 51 I Nr. 2

Leitsatz: Gem. § 116b Abs. 2 Satz 1 SGB V sind an der vertragsärztlichen Versorgung **teilnehmende Leistungserbringer** und nach § 108 zugelassene Krankenhäuser berechtigt, Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach Absatz 1, deren Behandlungsumfang der Gemeinsame Bundesausschuss nach den Absätzen 4 und 5 bestimmt hat, zu erbringen, soweit sie die hierfür jeweils maßgeblichen Anforderungen und Voraussetzungen nach den Absätzen 4 und 5 erfüllen und dies gegenüber dem nach Maßgabe des Absatzes 3 Satz 1 erweiterten Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen nach § 90 Abs. 1 unter Beifügung entsprechender Belege anzeigen.

Eine **Berufsausübungsgemeinschaft** (BAG) im Sinne des § 33 Ärzte-ZV ist mangels entsprechendem Zulassungsstatus **nicht teilnahmeberechtigt** gemäß § 116b Abs. 2 SGB V, sodass ihre institutionelle Benennung gem. § 2 Abs. 2 Satz 5 der Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V (i.d.F. vom 21.03.2013, zuletzt geändert am 16.12.2021; im Folgenden: ASV-RL) nicht möglich ist.

Streitig ist, ob die Kl. im Rahmen einer Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit rheumatologischen Erkrankungen - Erwachsene -) als BAG institutionell benannt werden kann. Die Kl. ist eine in A ansässige örtliche BAG, bestehend aus mehreren Radiologen sowie u.a. einem Facharzt für Nuklearmedizin. **SG München**, Ur. v. 05.10.2021 - S 28 KR 499/21 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

Redaktioneller Hinweis: Nach B.II.2.a.4 Zusammenfassender 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 Abs. 6 Satz 13 SGB V in der ab dem 1.1.2012 geltenden Fassung dem Vertragsarztrecht zuzuordnen.

2. Kündigung einer Kooperationsvereinbarung über die Teilnahme am Notdienst

SG München, Urteil v. 30.03.2022 - S 38 KA 201/20

RID 22-03-14

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 75 Ia; BGB § 626 II; GG Art. 12 I

Leitsatz: I. Die in der Kooperationsvereinbarung in § 6 aufgezeigten Gründe für eine außerordentliche Kündigung sind nicht abschließend, wie sich aus dem Wortlaut insbesondere ergibt. So können einzelne schwere Verstöße gegen die NADO-KVB zur **außerordentlichen Kündigung** der Kooperationsvereinbarung berechtigen (§ 17 Abs. 1 S. 3 NADO-KVB). Genauso gut kann eine Kumulation von weniger schweren Verstößen innerhalb eines zusammenhängenden Zeitraums einen wichtigen Grund für eine außerordentliche fristlose Kündigung der Kooperationsvereinbarung darstellen.

II. **§ 626 Abs. 2 BGB** ist auf die außerordentliche fristlose Kündigung der Kooperationsvereinbarung nicht anzuwenden, da es sich um kein Dauerbeschäftigungsverhältnis handelt (vgl. **SG Magdeburg**, Ur. v. 29.09.2021 - S 43 R 90/16 - RID 22-01-177).

III. Der in § 18 der Satzung der KVB zum Ausdruck gekommene Rechtsgedanke, nämlich, dass **Sachverhalte**, die schon **länger zurückliegen**, nicht zuletzt aus Gründen des Vertrauensschutzes nicht

mehr berücksichtigt werden können, ist auf die außerordentliche fristlose Kündigung der Kooperationsvereinbarung zu übertragen.

IV. Ist in einem Kooperationsvertrag eine **ordentliche Kündigung** ohne Angabe von Gründen vertraglich für beide Vertragspartner vorgesehen, ist diese wirksam und steht einer zeitlichen Befristung des Kooperationsvertrages nicht entgegen.

Gegenstand der Klage ist die von der bekl. KV mit Schreiben vom 09.09.2020 ausgesprochene Kündigung. Gekündigt wurde die Kooperationsvereinbarung über die Teilnahme am Notarzdienst vom 19.06.2018 aus wichtigem Grund außerordentlich und fristlos, hilfsweise ordentlich zum nächstmöglichen Zeitpunkt. Die Bekl. zählte mehrere als abgeschlossen bezeichnete Beschwerdefälle (10) aus dem Jahr 2018 auf. Vorgeworfen wurde dem Kl. ein verspäteter Antritt zum Dienst, ein nicht angetretener Dienst, eine vorzeitige Beendigung des Dienstes und Probleme in der Zusammenarbeit mit dem Rettungsdienstpersonal. Des Weiteren berief sich die Bekl. auf als aktuell bezeichnete Beschwerden. Es handelt sich um insgesamt vier Beschwerden aus dem Jahr 2019. Im Einzelnen wurde dem Kl. sein Verhalten bei einem Notarzteinsatz am 23.06.2019 vorgeworfen. Der Kläger habe Schwierigkeiten gehabt, einen Zugang zu legen. Er habe sich gegenüber dem Rettungsdienstpersonal, aber auch gegenüber den Patienten und Angehörigen aggressiv und ungehalten verhalten. Ferner wurde dem Kl. ein verspäteter Dienstantritt am 01.07.2019 vorgeworfen. Der Kl. habe seinen Dienst erst 1,5 Stunden später nach telefonischer Erinnerung angetreten. Außerdem bezog sich die Bekl. auf einen Vorfall am 11.10.2019. An diesem Tag fand eine Notfallverlegung eines Patienten vom Krankenhaus T. ans Klinikum W3. statt. Bei dem Patienten habe ein Verdacht auf Apoplex bestanden. Der Kl. habe beabsichtigt, dem Patienten Flumazenil zu verabreichen, was jedoch von der Rettungswagenbesatzung verhindert worden sei. Die Verabreichung von Solo Decortin, Furosemid und Bronchospasmin sei ohne weitere Untersuchung erfolgt. Ferner sei der Kl. am 04.11.2019 zu einer Notfallverlegung eines Patienten vom Krankenhaus T. zur HNO-Universitätsklinik R. angefordert worden. Er habe aber eine Patientenverlegung verweigert, sodass ein anderer Notarzt alarmiert werden musste, was zu Verzögerungen geführt habe. Das **SG** stellte fest, dass die Kooperationsvereinbarung über die Teilnahme am Notdienst aufgrund der fristlosen Kündigung vom 09.09.2020 nicht aufgelöst wurde, und wies im Übrigen die Klage (bzgl. der ordentlichen Kündigung) ab.

IV. Wirtschaftlichkeitsprüfung/Arzneikostenregress

Nach BSG, Urt. v. 29.06.2022 - **B 6 KA 14/21 R** - kann ein Regresses im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung im Zusammenhang mit der Vernichtung und Neubeschaffung von Impfstoff nach einer Fehlkühlung festgesetzt werden. Zwar handelt es sich hier nicht um einen sonstigen Schaden, für den die Kl. nach § 48 BMV verschuldensabhängig einzustehen hätte. Die ersatzweise Verordnung von Impfstoff erweist sich jedoch als **unwirtschaftlich** (§ 106 I 1 SGB V a.F., § 13 I 1 der in Sachsen-Anhalt geltenden PrüfV). Sie war unzulässig. Bei Beurteilung **der Zulässigkeit von Ersatzverordnungen** sind auch die Umstände in den Blick zu nehmen, die zur Ersatzverordnung geführt haben. Dabei ist es wegen der gebotenen Typisierung, die der Wirtschaftlichkeitsprüfung in gewisser Weise immanent ist, für die Annahme einer unzulässigen Ersatzverordnung von Impfstoff ausreichend, dass der **Schaden aufgrund einer Fehlfunktion eines Geräts in den Praxisräumen des Arztes** eingetreten ist. Zwar können technische Fehler eines Medikamentenkühlschranks nie vollständig ausgeschlossen werden. Das **Risiko eines Schadenseintritts** kann der **Arzt** als Betreiber seiner Praxis aber in weitem Umfang beeinflussen. Durch Auswahl, Wartung und Überwachung der Praxisausstattung kann die Gefahr von Sachschäden so gering wie möglich gehalten werden. Hinzu kommt, dass der Arzt in gewissem Rahmen Einfluss auf die Menge des gelagerten Impfstoffs hat. Im welchem Umfang der Arzt Vorsorge trifft (auch durch den Abschluss von Versicherungen), unterliegt seiner freien unternehmerischen Entscheidung und kann weder von den Prüfungsgremien noch von den Krankenkassen kontrolliert werden. Eine abweichende Beurteilung kann zwar geboten sein, wenn z.B. ein **Fall sog. höherer Gewalt** (insbesondere bei Naturereignissen) vorliegt, gegen den regelmäßig keine planbaren Vorkehrungen möglich sind. Eine solche Konstellation liegt aber nach den Feststellungen des **SG** nicht vor.

Nach BSG, Urt. v. 06.04.2022 - **B 6 KA 6/21 R** - stellt der Senat klar, dass die - bis zur Änderung durch das Terminservice- und Versorgungsgesetz - im Grundsatz geltende, in der Rspr. des Senats für Maßnahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung entwickelte **vierjährige Ausschlussfrist** auch für **Beratungen** gilt. Das Gebot der Rechtssicherheit verlangt, auch bei diesen Maßnahmen der Gefahr eines „ewigen Prüfverfahrens“ entgegenzuwirken. Die im Prüfzeitraum für Richtgrößenprüfungen vorgesehene **zweijährige Ausschlussfrist** (§ 106 Abs. 2 Satz 2 Halbsatz 2 SGB V a.F.) gilt nach dem klaren **Normwortlaut** jedoch **nur bei der Festsetzung eines den Krankenkassen zu erstattenden Mehraufwands**. Dass der Gesetzgeber nicht über den Wortlaut hinaus auch Beratungen einer zweijährigen Ausschlussfrist unterwerfen wollte, ergibt sich - ungeachtet der weit gefassten Formulierung in der Gesetzesbegründung zum GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz - jedenfalls aus der aktuellen Gesetzesentwicklung. Durch den heutigen § 106 Abs. 3 Satz 3 SGB V hat der Gesetzgeber den Anwendungsbereich der zweijährigen Ausschlussfrist zwar erweitert, diese insbesondere nicht mehr nur auf den Bereich der Richtgrößenprüfung beschränkt. Gleichzeitig hat er präzisiert, dass die zweijährige Ausschlussfrist nur für die „Festsetzung einer Nachforderung oder einer Kürzung“ gilt. Beratungen werden trotz des präzisierten Wortlauts nicht erwähnt. Daraus schließt der Senat, dass die Ausschlussfrist von zwei Jahren allein auf wirtschaftlich unmittelbar belastende Sanktionen, nicht aber auf die zunächst „nur“ auf eine Verhaltensänderung abzielende Beratung zu beziehen ist. Ob das Verordnungsvolumen der Klägerin in 2011 das Richtgrößenvolumen um mehr als 15 % ungerechtfertigt überschritten hat, wird das LSG im wiedereröffneten Berufungsverfahren festzustellen haben.

1. Arzneikostenregress

a) Verordnung für stationär behandelten Versicherten: Sicherung der ambulanten Anschlussversorgung

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 02.02.2022 - L 3 KA 36/19

RID 22-03-15

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 31, 39; BMV-Ä §§ 3 I 3, 48, 57 I

Leitsatz: Vor Einführung eines effektiven **Entlassmanagements** im Jahr 2015 war es einem Vertragsarzt ohne Verletzung des Verbots der vertragsärztlichen Parallelbehandlung möglich, **Arzneimittel** für einen im Verordnungszeitpunkt **stationär behandelten Versicherten** zu verordnen, wenn damit die ambulante Anschlussversorgung nach der Entlassung aus dem Krankenhaus gesichert werden sollte. Dass die Verordnung mit dieser Zweckrichtung vorgenommen wird, muss der Vertragsarzt aber dokumentieren.

Im Streit steht die Feststellung sonstiger Schäden aufgrund vertragsärztlicher Arzneimittelverordnungen während stationärer Krankenhausbehandlungen. Der Kl. ist Facharzt für Innere Medizin mit der Schwerpunktbezeichnung Kardiologie. Im hier betroffenen Zeitraum war er Chefarzt der Abteilung für Innere Medizin des Krankenhauses L. und gleichzeitig zur Diagnostik und Therapie der pulmonal-arteriellen Hypertonie (PAH) im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt. Im Rahmen seiner Tätigkeit aufgrund der Ermächtigung verordnete er für zwei Versicherte die Arzneimittel Revatio 20 mg und Tracleer (Bosentan) 125 mg, während die Versicherten sich jeweils in stationärer Krankenhausbehandlung befanden. Die Prüfungsstelle setzte Regresse i.H.v. 7.801,5 und 3.890,79 € betreffend die Verordnungen in den Quartalen II u. III/08 fest. Die Widersprüche blieben erfolglos. *SG Hannover*, Urt. v. 22.05.2019 - S 20 KA 302/16 - wies die Klage ab. Das *LSG* hob den Regress in Höhe von 3.890,79 € auf und wies im Übrigen die Berufung zurück.

b) Krankenhausapotheke: Arzneimittelabgabe als Notfallreserve

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 30.03.2022 - L 5 KA 1566/19

RID 22-03-16

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 106 ff.; ApoG § 14 VII

Leitsatz: 1. Eine zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene **Krankenhausambulanz**, die Arzneimittel nicht über die Krankenhausapotheke bezieht, verstößt jedenfalls dann nicht gegen das **Wirtschaftlichkeitsgebot**, wenn der Bezugsweg über die Krankenhausapotheke gegen § 14 Abs. 7 ApoG verstößt und deshalb rechtlich nicht zulässig ist.

2. § 14 Abs. 7 Satz 2 ApoG ist eng auszulegen. **Krankenhausapotheken** ist es nur in eng begrenzten Fällen erlaubt, im Rahmen einer vertragsärztlichen Versorgung **Arzneimittel abzugeben**. Der Abgabeanlass ist begrenzt auf die Fälle einer notwendigen umgehenden Versorgung des Versicherten mit Arzneimitteln in der Ambulanz.

3. Die Verordnung als Notfallversorgung für unterwegs unterfällt nicht dem Anwendungsbereich des § 14 Abs. 7 Satz 2 ApoG. Als **Notfallreserve** kommt das Arzneimittel nicht „unmittelbar“ im Krankenhaus zur Anwendung.

Die Kl. ist eine Betriebskrankenkasse. Im Streit steht ein Arzneikostenregress für die Quartale II/13 bis II/14 in Höhe von insgesamt 14.461,05 €. Die Beigel. zu 4) ist Trägerin eines zum U Klinikum H gehörenden Krankenhauses und betreibt eine zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Ambulanz. Im Rahmen einer Behandlung in dieser Ambulanz verordnete G der bei der Kl. Versicherten das Arzneimittel Remodulin 2,5 mg/ml 20 ml Infusionslösung. Der Wirkstoff von Remodulin ist Treprostinil. Anwendungsgebiet ist die Behandlung von idiopathischen oder erblichen pulmonalen arteriellen Hypertonien bei Patienten mit mittelschweren Symptomen. Das Medikament wird als Dauerinfusion subkutan mittels einer Pumpe dem Körper zugeführt. Die Versicherte litt an einer schweren idiopathischen pulmonalarteriellen Hypertonie. Die Befüllung ihrer Remodulinpumpe erfolgte jeweils ambulant in der Ambulanz für Pulmonale Hypertonie der Beigel. zu 4). Dabei bedienten sich die Ärzte des Medikaments, welches die Versicherte zu den Terminen mitbrachte. Zuvor hatte die Versicherte in einer öffentlichen Apotheke das ihr in einem vorangegangenen Termin ausgehändigte Rezept eingelöst. Die Versicherte nahm an der Arzneimittelstudie „RAPID“ teil; dabei handelte es sich um eine 16-wöchige, offene multizentrische Studie der Phase IV zur Untersuchung der Sicherheit, Verträglichkeit und pharmakodynamischen Wirkung der schnellen Dosisitration einer subkutanen Remodulin-Therapie bei Patienten mit arterieller pulmonaler Hypertension. Der von der Kl. beantragte Arzneikostenregress blieb erfolglos. Die Kl. war der Auffassung, das Arzneimittel Remodulin sei indikationsgerecht eingesetzt worden. Lediglich beim **Bezugsweg** liege **Unwirtschaftlichkeit** vor. Es werde die Auffassung vertreten, dass die beanstandeten Verordnungen über den kostengünstigeren Weg der Krankenhausapotheke hätten erfolgen

müssen. *SG Stuttgart*, Urt. v. 26.03.2019 - S 5 KA 1359/17 - verpflichtete den Bekl. zur Neubescheidung über den Widerspruch der Kl., das *LSG* wies die Klage ab.

2. Ansatz der 1,3-Geschäftsgebühr für Widerspruchsverfahren

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 25.05.2022 - L 3 KA 46/19

RID 22-03-17

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB X § 63 I 1; RVG § 2 II Anl. 1; RVG-VV Nr. 2301

Leitsatz: In Fällen, in denen die Tätigkeit im **Nachprüfungsverfahren** hinsichtlich ihres Umfangs die Tätigkeit im **Verwaltungsverfahren** so wesentlich überwiegt, dass sie nahezu einer ausschließlichen Tätigkeit im Nachprüfungsverfahren entspricht, ist grundsätzlich der Ansatz der **1,3-Geschäftsgebühr** gerechtfertigt.

Streitig war die Höhe der zu erstattenden Rechtsanwaltskosten. Im Ausgangsverfahren stritt die kl. BAG gegen einen Arzneikostenregress in Höhe von 38.389,28 € aufgrund einer Richtgrößenprüfung für das Jahr 2005. Auf Widerspruch der Kl. hob der bekl. Beschwerdeausschuss den Regress auf und setzte eine Beratung fest. Gleichzeitig beschloss er, dass der Kl. die zur zweckentsprechenden Rechtsverfolgung notwendigen Aufwendungen zu erstatten seien und die Zuziehung eines Rechtsanwalts notwendig gewesen sei. *SG Hannover*, Urt. v. 26.06.2019 - S 24 KA 169/17 - wies die Klage ab, das *LSG* verurteilte den Bekl., den Kl. weitere Anwaltskosten i.H.v. 322,01 € zu erstatten, und wies im Übrigen die Berufung zurück.

V. Zulassungsrecht

Nach BSG, Urt. v. 29.06.2022 - **B 6 KA 3/21 R** - besteht kein Anspruch auf die Erteilung einer **Ermächtigung zum Betrieb einer psychiatrischen Institutsambulanz (PIA)** in einer räumlich und organisatorisch **nicht an ein Krankenhaus angebotenen Einrichtung**, wenn der bestehende Versorgungsbedarf von Personen der Wohneinrichtung in B und weiterer behandlungsbedürftiger Personen durch ein **hinreichend wohnortnahes Angebot** von bereits vorhandenen regionalen psychiatrischen Institutsambulanzen sichergestellt werden kann. Der Senat hält in st. Rspr. **für allgemeine Leistungen im Rahmen der hausärztlichen und allgemeinen fachärztlichen Versorgung Wege von mehr als 25 km in der Regel für unzumutbar**. Hier liegen die Wegezeiten unter dieser Grenze. Auch die Fahrzeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln beträgt unter einer Stunde. Dies ist hier jedenfalls als ausreichend anzusehen. Der Senat übersieht dabei nicht, dass es sich um einen Personenkreis mit schweren Verläufen psychischer Erkrankungen handelt, bei dem sich das Krankheitsbild auch in Antriebslosigkeit oder in der Ablehnung von therapeutischen Behandlungsangeboten manifestieren kann. Das Konzept der psychiatrischen Institutsambulanz bietet hierfür jedoch geeignete Hilfestellungen im Rahmen der sog aufsuchenden Hilfe, also durch den Einsatz von Behandlern und/oder Pflegern im häuslichen Umfeld des Versicherten. Daneben sieht das SGB V für Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen weitere ambulante Maßnahmen der Krankenbehandlung wie etwa die Soziotherapie nach § 37a SGB V, die stationsäquivalente Behandlung oder Krankenbehandlung im Rahmen von Modellvorhaben nach § 64b SGB V vor. Ein weitergehender Ermächtigungsanspruch folgt weder aus Art. 25 II **UN-BRK** noch aus dem allgemeinen Diskriminierungsverbot des Art. 5 II **UN-BRK** oder aus dem verfassungsrechtlichen Benachteiligungsverbot in Art. 3 II 2 GG. Eine **gemeindenah ambulante Versorgung** auch in ländlichen Gebieten, wie es Art. 25 II lit. c **UN-BRK** formuliert, ist regelmäßig durch die **Bedarfsplanung** in der vertragsärztlichen Versorgung des SGB V gewährleistet. Zudem sind neben den ambulanten Maßnahmen des SGB V unterstützende Hilfeangebote anderer Leistungsträger gesetzlich vorgesehen, wie etwa eine Fahrt- oder Wegebegleitung im Rahmen der sozialen Teilhabe, z.B. als Leistung der Eingliederungshilfe. Nach BSG, Urt. v. 29.06.2022 - **B 6 KA 13/21 R** - setzt die Ermächtigung zum Betrieb einer räumlich und organisatorisch nicht an ein Krankenhaus angebotenen **PIA nicht** voraus, dass der **Standort im Krankenhausplan ausgewiesen** ist. **Rechtliche Anknüpfungspunkte** dafür, dass die beantragte Ermächtigung von einer im Krankenhausplan ausgewiesenen Außenstelle des Krankenhauses abhängen könnte, lassen sich weder dem bundesrechtlichen Krankenhausfinanzierungsgesetz noch den landesrechtlichen Vorschriften der Krankenhausplanung entnehmen. Ein solches ungeschriebenes Erfordernis folgt auch nicht aus der Auslegung von § **118 IV SGB V**. Danach kann ein psychiatrisches Krankenhaus auch dann zur ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung zu ermächtigen sein, wenn der ambulante Versorgungsbedarf von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen „durch räumlich und organisatorisch nicht angebotene Einrichtungen der Krankenhäuser“ sichergestellt wird. Damit **setzt der Wortlaut der Vorschrift die fehlende räumliche und organisatorische Anbindung an das Krankenhaus sogar voraus**. Aus der Gesetzesentwicklung ergibt sich, dass - bei entsprechendem Versorgungsbedarf - die Versorgung von Versicherten mit schweren psychischen Erkrankung um ein **wohnortnäheres ambulantes Angebot in dezentralen Institutsambulanzen von Krankenhäusern ergänzt werden** sollte. Mit der Einführung von räumlich und organisatorisch nicht an ein Krankenhaus angebotenen ambulanten psychiatrischen Institutsambulanzen durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz im Jahre 2015 sollte eine Erleichterung der Versorgungssituation psychisch schwer erkrankter Versicherter, insbesondere auch für Kinder und Jugendliche, erreicht werden. Diesem Gesetzesziel widerspräche es, weitere organisatorische oder Krankenhausplanungsrechtliche Anforderungen in die Norm hineinzulesen, wie etwa die Ausweisung eines Standortes im Krankenhausplan als Voraussetzung der Institutsermächtigung nach § 118 IV SGB V.

Nach BSG, Urt. v. 06.04.2022 - **B 6 KA 7/21 R** - hat der Senat auf die zulässige Fortsetzungsfeststellungsklage und unter Aufhebung der vorinstanzlichen Urteile festgestellt, dass der allein streitgegenständliche Bescheid des bekl.

Berufungsausschusses über die Ablehnung einer Anstellungsgenehmigung im **Sonderbedarf** mit dem **Anrechnungsfaktor 0,25** rechtswidrig war. Die Erteilung einer solchen **Anstellungsgenehmigung** ist in der vorliegenden Konstellation, dass ein Sonderbedarf im Umfang eines vollen Versorgungsauftrags fortbesteht, nicht von vornherein ausgeschlossen. Zwar kommt die „isolierte“ **Erteilung einer Anstellungsgenehmigung im Sonderbedarf** im Umfang eines Viertels eines Versorgungsauftrags nicht in Betracht. Normativer Ausgangspunkt ist § 101 Abs. 1 Nr. 3 SGB V, der den GBA ermächtigt, Vorgaben für die ausnahmsweise Besetzung zusätzlicher „Vertragsarztsitze“ zu beschließen. Ein Vertragsarzt kann aber bis heute nicht im Umfang von weniger als einem halben Versorgungsauftrag zugelassen werden. Für Anstellungsgenehmigungen im Wege des Sonderbedarfs kann hinsichtlich des abzudeckenden Versorgungsumfangs nichts anderes gelten. **Besteht aber - wie hier - ein Sonderbedarf in diesem Mindestumfang, kann dieser auch durch mehrere Anstellungsgenehmigungen mit dem Anrechnungsfaktor 0,25 gedeckt werden.** Aus den Tragenden Gründen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu § 36 Abs. 8 BedarfspRL, an die der Senat nicht gebunden ist, folgt nichts Abweichendes. Nach BSG, Urt. v. 26.01.2022 - **B 6 KA 2/21 R** – kann eine **Anstellungsgenehmigung** auch dann, wenn ein Vertragsarzt in einem gesperrten Planungsbereich auf seine Zulassung verzichtet, um in einem MVZ tätig zu werden, nur erteilt werden, wenn der betreffende Arzt ein **abhängiges Beschäftigungsverhältnis in dem MVZ anstrebt**. Das Vertragsarztrecht unterscheidet zwischen angestellten Ärzten und Vertragsärzten. Die Einordnung als **angestellter Arzt schließt die Zulassung als Vertragsarzt aus und umgekehrt** kann einem zugelassenen Vertragsarzt für dieselbe Tätigkeit nicht gleichzeitig eine Anstellungsgenehmigung erteilt werden. Zwar wird der Begriff der „Anstellung“ im deutschen Recht nicht einheitlich auf Tätigkeiten in einem abhängigen Beschäftigungsverhältnis bezogen. Gleichwohl ergibt sich aus Systematik, Entstehungsgeschichte und Zweck der vertragsärztlichen 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. Praxisnachfolge: Beschränkte Befugnis einer Mitbewerberin/MVZ u. ausländ. Finanzinvestor

SG Dresden, Beschluss v. 09.05.2022 - S 25 KA 20/22 ER

RID 22-03-18

www.juris.de

SGB V §§ 95 Ia, 103 IV; SGG § 56a

Eine **Mitbewerberin um eine Praxisnachfolge** kann sich trotz - aus ihrer Sicht gegebener - Entscheidungsreife nach § 56a S. 2 SGG nicht dagegen wehren, dass der Zulassungsausschuss zur weiteren Ermittlung des Sachverhalts **von Amts wegen ein Sachverständigengutachten zur Ermittlung des Verkehrswertes der Praxis** in Auftrag gibt und den konkurrierenden Mitbewerbern um den Vertragsarztsitz nachlässt, über die in der Ausschreibung genannte Bewerbungs- und die bereits gewährte Nachfrist hinaus noch bestimmte Unterlagen nachzureichen. Nach § 56a S. 2 SGG können Rechtsbehelfe gegen behördliche Verfahrenshandlungen nur gleichzeitig mit den gegen die Sachentscheidung zulässigen Rechtsbehelfen geltend gemacht werden.

Bis zur abschließenden Entscheidung über die Bewerberauswahl und Nachbesetzung des Praxissitzes ist der **Zulassungsausschuss Herr des Verfahrens**. Er bestimmt nach seinem Ermessen, wie das Verfahren unter Beachtung der in § 9 S. 2 SGB X genannten Zielgrößen - einfach, zweckmäßig und zügig - auszugestalten ist und darüber, welche Ermittlungen er durchführt.

Für die Gewährung effektiven Rechtsschutzes nach Art. 19 IV GG ist eine **Ausnahme von der gesetzlichen Beschränkung der Rechtsbehelfe** gegen behördliche Verfahrenshandlungen nach § 56a SGG aufgrund verfassungskonformer Einschränkung nicht geboten.

Eine **Mitbewerberin um eine Praxisnachfolge** ist mangels Betroffenheit in eigenen Rechten nicht befugt, die behauptete **Rechtswidrigkeit der Verzögerung des Verwaltungsverfahrens** im Wege des vorläufigen Rechtsschutzes zu rügen.

Eine Mitbewerberin um eine Praxisnachfolge kann keinen **Anordnungsgrund** geltend machen, um eine unverzügliche Bescheidung der Nachbesetzungsanträge unter Erteilung des Versorgungsauftrags an sie zu erlangen.

Bei der Gründerin eines MVZ, die sich um die Anstellungsgenehmigung im Rahmen der Praxisnachfolge bewirbt, in der Rechtsform einer GmbH, deren Anteile von einer anderen GmbH gehalten werden, die ihrerseits ein Krankenhaus betreibt und letztlich zu einem von einem ausländischen **Finanzinvestor beherrschten Verbund** gehört, wobei das **MVZ nicht einmal einen entfernten räumlichen oder sachlichen Bezug zum Versorgungsauftrag des Krankenhauses** aufweist, das von der Muttergesellschaft betrieben wird, handelt es sich um eine **Konstellation**, die im Wesentlichen derjenigen gleicht, die der Gesetzgeber des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes missbilligt und mit der Einfügung des § 95 Ia SGB V zu überwinden versucht hat. Die Frage, ob es sich angesichts der räumlichen und sachlichen Ferne der Versorgungsaufträge um eine unzulässige Umgehung des Gesetzeszwecks handelt, die eine **teleologische Beschränkung** des § 95 Ia 1 SGB V gebietet und deshalb dem MVZ der angestrebte Versorgungsauftrag nicht erteilt werden darf, liegt wenigstens nahe.

Weder § 18 Ärzte-ZV noch § 103 IV 1 SGB V beinhalten ausdrücklich die Vorgabe einer Fristsetzung oder deren Verbindlichkeit als **Ausschlussfrist**. Allenfalls mag zwanglos angenommen werden können, dass der Ermächtigung zur Durchführung eines Ausschreibungsverfahrens die Befugnis zu einer Fristsetzung immanent ist, was indessen noch nichts über eine etwaige präkludierende Wirkung dieser Frist besagt.

Erst mit der zivilrechtlichen Übergabe der Praxis an den Nachfolger gehen die **Arbeitsverhältnisse der angestellten Ärzte** entweder nach § 613a I 1 BGB automatisch auf den Nachfolger über oder sie enden kraft Gesetzes, sofern die angestellten Ärzte dem Übergang nach § 613a VI BGB widersprechen. Letzterenfalls obliegt es dann dem Praxiserwerber, für die Nachbesetzung der frei gewordenen Arztstelle in gleicher Weise zu sorgen wie wenn die Anstellung aus anderen Gründen während des Betriebs der Praxis geendet hätte. Hieraus ergibt sich, dass zwar der Übergang der Anstellungen auf den neuen Inhaber vom Vollzug der Praxisnachfolge abhängt, nicht aber die Auswahl des Bewerbers für die Praxisnachfolge durch die Zulassungsgremien vom späteren Übergang der Anstellungen auf den Erwerber und erst recht nicht von der Bereitschaft der angestellten Ärzte, auch mit dem Praxisnachfolger die Mitarbeit fortzusetzen. Eine **Bewerbung**, die nicht mit vollständigen Anträgen auf Anstellung der bereits in der Praxis beschäftigten Ärzte einschließlich deren Zustimmung verknüpft ist, kann deshalb nicht als unzulässige Konzeptbewerbung zurückgewiesen werden.

Die bereits **in der Praxis angestellten Ärzte** haben - anders als die in der Praxis verbleibenden Partner einer BAG nach § 103 VI 2 SGB V - keine rechtliche Handhabe, eine „feindliche Übernahme“ durch einen ihnen nicht genehmen Bewerber zu verhindern. Selbst die erklärte Absicht, die Praxis verlassen zu wollen, ist kein von den Zulassungsgremien zu berücksichtigendes Kriterium für die Bewerberauswahl und deshalb ungeeignet, die Auswahlentscheidung zu beeinflussen und erst recht, den Kreis der zur Auswahlentscheidung zuzulassenden Bewerber zu begrenzen. Dies gilt entsprechend in Bezug auf die Abhängigkeit der Praxisfortführung von der **Zustimmung der Grundstückseigentümer** zur Übertragung der für die bauliche Nutzung der Anlagen erforderlichen Erbbaurechte auf den Praxiserwerber.

Die Zulassungsgremien haben über die **Auswahl der Bewerber** nach den in § 103 IV 5 ff. SGB V genannten Kriterien zu entscheiden. **Zustimmungsvorbehalte Dritter**, welche die zivilrechtliche Verkehrsgängigkeit der Arztpraxis einschränken, sind für die Bewerberauswahl allenfalls von Interesse, wenn und soweit derartige Verwertungshindernisse den vom Bewerber nach § 103 IV 9 SGB V zu garantierenden **Verkehrswert** der Praxis (negativ) mitbestimmen. Die rechtliche Möglichkeit oder das Unvermögen des Praxisabgebers, dem ausgewählten Bewerber die angestrebte Fortführung dann auch tatsächlich zu gewähren, liegt außerhalb der vom Zulassungsausschuss zu beurteilenden Umstände.

Es liegt in der **Eigenverantwortung des Praxisinhabers**, der den wirtschaftlichen Wert der Praxis über das Ende der vertragsärztlichen Tätigkeit hinaus erhalten will, die **privatrechtlichen Rechtsverhältnisse** in Bezug auf den Praxisbetrieb so auszugestalten, dass eine spätere

Praxisveräußerung im Verbund mit dem Versorgungsauftrag an den nach § 103 IV SGB V bestimmten Nachfolger möglich ist. Nicht die Zulassungsgremien haben die Bewerberauswahlentscheidung nach den privaten Rechtsbeziehungen des Praxisabgebers in Bezug auf das Praxisvermögen auszurichten, sondern es obliegt dem Praxisabgeber, für den reibungslosen Übergang des Praxisbetriebs auf jeden vom Zulassungsausschuss ausgewählten Nachfolger zu sorgen.

Die Zulassungsgremien haben nach den Umständen des Einzelfalles zu beurteilen, ob sie die **Stellung von Sicherheiten** fordern. Anlass hierzu besteht indessen erst, wenn konkrete Anhaltspunkte die ordnungsgemäße Zahlung des Verkehrswerts der Praxis durch den Bewerber und damit seine Fortführungsfähigkeit in Frage stellen (LSG Bayern, Urt. v. 19.09.2012 - L 12 KA 4/12 - RID 12-04-26, juris Rn. 26 f.). Dies setzt wiederum voraus, dass überhaupt Klarheit über die Höhe des Verkehrswertes besteht, bis zu dessen Höhe der evtl. zu besichernde Kaufpreis aufzubringen ist. Bis dahin kann der Zulassungsausschuss den Bewerbern auch keine Auflagen zum Nachweis der Sicherheiten erteilen.

Gegenstand des Antragsverfahrens ist die Nachbesetzung der Praxis des am 06.09.2021 verstorbenen Facharztes für Strahlentherapie D. Bei der Ast. handelt es sich um eine GmbH, deren Gesellschaftszweck u.a. auf die Errichtung von MVZ und die medizinische Versorgung gesetzlich versicherter Patienten gerichtet ist. Die Ast. ist eine Tochtergesellschaft der E. GmbH, die ein Plankrankenhaus der Grund- und Regelversorgung mit ca. 100 Betten in E. betreibt und daneben durch Beteiligungen den länderübergreifenden radioonkologischen Praxisverbund R. unterhält; diese Gesellschaft ist wiederum eine Tochter der R. A. GmbH, diese eine Tochter der R. M. GmbH, diese eine Tochter der R. GmbH, diese eine Tochter der I. GmbH; diese ist ihrerseits die Tochter der P. S.a.r.l., S. (RCS Luxemburg, Nr.), einer luxemburgischen Investmentgesellschaft. D. betrieb die strahlentherapeutische Praxis mit den beiden angestellten Ärztinnen Dr. L., Fachärztin für Strahlentherapie, an der Hauptbetriebsstätte in B., Straße A., und Dr. D., Fachärztin für Strahlentherapie, an der Nebenbetriebsstätte in P., S. Straße, im Umfang von insgesamt 3,0 Versorgungsaufträgen. Nach Ausschreibung des Praxissitzes und Eingang mehrerer Bewerbungen ordnete der Zulassungsausschuss (Ag.) die gutachterliche Ermittlung des Verkehrswertes der Praxis an. Am 21.03.2022 stellte die Ast. den Antrag auf vorläufigen Rechtsschutz. Das SG lehnte den Antrag auf vorläufigen Rechtsschutz ab.

2. Kinder- und Jugendmedizinerin mit Zusatzbezeichnung Kinder-Gastroenterologie: Genehmigung

SG Hamburg, Urteil v. 28.07.2021 - S 27 KA 64/19

RID 22-03-19

Sprungrevision anhängig: B 6 KA 4/22 R

www.juris.de

SGB V §§ 73 I, Ia, 87 IIa 1

Orientierungssatz juris: 1. Die Zulassungsgremien sind nicht berechtigt, die Feststellung zu treffen, dass eine Kinderärztin mit der Zusatzbezeichnung pädiatrische Gastroenterologie inklusive Fortbildung in pädiatrischer Ernährungsmedizin keiner zulassungsrechtlichen Regelung bedarf, um **pädiatrisch-gastroenterologische Gebührenordnungspositionen** des Kap. III.a Abschn 4.5.1 EBM zu erbringen und abzurechnen. Eine solche zulassungsrechtliche Entscheidung ist gesetzlich vorgesehen.

2. Der EBM folgt den gesetzlichen Vorgaben des § 73 I 1 SGB V und § 87 IIa 1 SGB V zur Gliederung der vertragsärztlichen Versorgung in die hausärztliche und die fachärztliche Versorgung, indem grundsätzlich die Kinderärzte der hausärztlichen Versorgung, also dem Kap. III.a als eigenständige Untergruppe (Kap. III.a Abschn. 4) zugeordnet sind. Dass von diesem Kapitel in den Gruppen 4.4 und 4.5 auch Leistungen der fachärztlichen Versorgung erfasst werden, bedeutet gegenüber den gesetzlichen Vorgaben nicht, dass damit ein eigener Versorgungsbereich für die Ärzte der Kinder- und Jugendmedizin erschaffen werden sollte.

3. Ermächtigung eines psychiatrischen Krankenhauses: Kein gesonderter ärztlicher Leiter

LSG Bayern, Urteil v. 19.01.2022 - L 12 KA 39/20

RID 22-03-20

Revision anhängig: B 6 KA 6/22 R

SGB V § 118

§ 118 I SGB V enthält kein ungeschriebenes Tatbestandserfordernis einer **gesonderten fachlich-medizinisch ärztlichen Leitung** für den Tätigkeitsteil des zugelassenen psychiatrischen

Krankenhauses, der auf der Grundlage der Ermächtigung erbracht wird. Eine planwidrige Regelungslücke liegt nicht vor.

Ermächtigungssubjekt hinsichtlich der Leistungserbringung aufgrund der Ermächtigung ist das psychiatrische Krankenhaus selbst und nicht eine sich aufgrund Ermächtigung herausbildende Ambulanz. Es setzt die Ermächtigung organisatorisch evtl. durch eine Institutsambulanz um.

Aus der Zulassung als ein psychiatrisches Plankrankenhaus i.S.v. § 108 Nr. 2 SGB V ergibt sich eine **Bindungswirkung** auch hinsichtlich des Vorhandenseins einer fachspezifischen ärztlichen Leitung (vgl. BSG, Urt. v. 28.01.2009 - B 6 KA 61/07 R - BSGE 102, 219 = SozR 4-2500 § 118 Nr. 1, Rn. 25). Es besteht keine Befugnis der Zulassungsgremien, einen zweiten, „ambulanten“ Leiter zu fordern. Sie sind aber berechtigt, mit Blick auf den ambulanten Bereich das tatsächliche Vorhandensein einer ärztlichen Leitung oder deren wirksame Ausübung über überwachte Vertreter, möglicherweise im Hinblick auf fehlende zeitliche Kapazität des ärztlichen Leiters oder des Vertreters zu verneinen, sofern die ambulante Behandlung der Versicherten dafür Anhaltspunkte liefert. Jedoch darf das tatsächliche Nichtvorhandensein einer Leitung nicht mit der Begründung verneint werden, der Umfang der zuvor übernommenen Leitungsaufgaben, auch die hinsichtlich der ambulanten Tätigkeit, lassen bereits eine Nichtwahrnehmung einer ordentlichen fachlich-psychiatrischen der ambulanten Institutstätigkeit annehmen.

Die Beteiligten streiten über die Frage, ob die Ermächtigung eines psychiatrischen Krankenhauses mit mehreren Standorten nach §118 I SGB V eine gesonderte ärztliche Leitung des einzelnen Standorts bzw. der Psychiatrischen Institutsambulanz voraussetzt. **SG München**, Gerichtsbb. v. 16.06.2020 - S 49 KA 287/18 - RID 20-03-34 stellte fest, dass A., Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, ärztlicher Leiter des für die Erbringung der ambulanten Leistungen gem. § 118 I SGB V ermächtigten Klinikums Tagesklinik am Kinderzentrum ist. Das **LSG** wies die Berufung des Bekl. zurück.

4. Vollstreckbarkeit eines Verpflichtungsurteils (zur Ermächtigung)

LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 30.06.2022 - L 7 KA 12/22 B

RID 22-03-21

www.juris.de

SGG §§ 131, 198, 201; ZPO § 724 I

Ein **Verpflichtungsurteil** bedarf keiner **Vollstreckungsklausel**. Zwar fordert der über § 198 I SGG grundsätzlich anwendbare § 724 I ZPO, dass die Zwangsvollstreckung auf Grund einer mit der Vollstreckungsklausel versehenen Ausfertigung des Urteils (vollstreckbare Ausfertigung) durchgeführt wird. § 201 SGG trifft für die Durchsetzung von Verpflichtungsurteilen nach § 131 SGG aber eine abschließende Sonderregelung. Diese geht gemäß § 198 I 2. Halbs. SGG den Regelungen der ZPO grundsätzlich vor.

Ein Verpflichtungsurteil ist **vollstreckbar**. Die **Berufung** des Bekl. entfaltet nach § 154 I i.V.m. § 86a SGG keine aufschiebende Wirkung, weil der Verpflichtungsklage - was sich von selbst versteht - keine aufschiebende Wirkung zukommt; aufschiebende Wirkung entsteht grundsätzlich nur im Rahmen einer Anfechtungskonstellation, also bei Anfechtung einer belastenden Regelung, ggf. auch durch einen befugten Dritten.

Über den **Antrag auf Aussetzung der Vollstreckung** gemäß § 199 II SGG, den der Bekl. mit seiner Beschwerde gestellt hat, ist im Nachgang zu dieser Entscheidung gesondert zu entscheiden. Den Antrag nach § 199 II SGG als Hilfsantrag zur vorliegenden Beschwerde zu formulieren, war nicht sachgerecht, weil über ihn nicht der Senat, sondern der Vorsitzende zu entscheiden hat.

SG Berlin, Urt. v. 10.11.2021 verpflichtete den Bekl., der Kl. eine Ermächtigung zur psychotherapeutischen Behandlung von transgeschlechtlichen Patient*innen, die sich in einer geschlechtsangleichenden Behandlung befinden und intergeschlechtlichen Patient*innen, die sich in Auseinandersetzung mit ihrer Geschlechtlichkeit befinden, ab Januar 2022 zu erteilen. Der Bekl. erhob gegen das ihm am 24.11.2021 zugestellte Urteil am 16.12.2021 Berufung (L 7 KA 42/21). Einen Antrag auf Aussetzung der Vollstreckung des Urteils nach § 199 II 1 SGG stellte er nicht. Das Berufungsverfahren ist noch offen. Im Februar 2022 beantragte die Kl., gegen den Bekl. wegen der bis dahin nicht erfolgten Umsetzung der Verpflichtung aus dem Urteil des SG ein Zwangsgeld anzudrohen. **SG Berlin**, Beschl. v. 25.04.2022 - S 87 KA 148/19 - drohte dem Bekl. ein Zwangsgeld in Höhe von 1.000 € für den Fall an, dass dieser seiner Verpflichtung zur Umsetzung des Urteils nicht bis zum 27.06.2022 nachkomme. Das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

VI. Angelegenheiten der KBV und des GKV-Spitzenverbands

1. Gesamtvergütung: Zuschläge für besonders förderungswürdige Leistungen

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 30.03.2022 - L 5 KA 1255/20 KL

RID 22-03-22

Revision anhängig: B 6 A 1/22 R

www.juris.de

SGB V §§ 83, 85, 87a, 89 X 7

Leitsatz: 1. **Aufsichtsmaßnahmen** sind **rechtswidrig**, wenn sich das Handeln oder Unterlassen des Versicherungsträgers im Bereich des rechtlich noch Vertretbaren bewegt.

2. Ist Gegenstand der aufsichtsrechtlichen Maßnahme ein Vertrag zwischen **Selbstverwaltungsträgern**, hat die **Aufsichtsbehörde** zu berücksichtigen, dass vertragliche Vereinbarungen auf einen Interessenausgleich angelegt sind und Kompromisscharakter haben.

3. Die im Beschluss des **Bewertungsausschusses** in seiner 456. Sitzung aufgestellten Kriterien zur Vereinbarung von Zuschlägen für besonders förderungswürdige Leistungen nach § 87a Abs. 2 S. 3 SGB V sind für die Gesamtvertragspartner verbindlich.

4. Leistungen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung sind nicht von der Förderung durch einen **Zuschlag** auf den Punktwert ausgeschlossen.

5. Die Vereinbarung von Zuschlägen nach § 87a Abs. 2 S. 3 SGB V ist nicht beschränkt auf Planungsbezirke, bei denen ein **lokaler Versorgungsbedarf** besteht, die unterversorgt sind oder denen eine Unterversorgung droht.

6. Für die Entscheidung, ob und für welche **Planungsbereiche Förderungen** vereinbart werden, ist den Vertragspartnern der Gesamtverträge - und bei einer vertragssubstituierenden Entscheidung dem Schiedsamt - ein weiter Beurteilungsspielraum einzuräumen.

Kl. sind die KV und der Landesverband der AOK. Das **LSG** hob den Bescheid des Bundesamtes für Soziale Sicherung vom 14.04.2020 auf, mit dem es den Schiedsspruch des Landesschiedsamtes über die Festsetzung des Vertragsinhaltes zur Vergütung der vertragsärztlichen Versorgung in B beanstandet hatte.

2. Hochschulambulanz/Schiedsstelle: Fehlen einer nachvollziehbaren Kostenprognose

LSG Mecklenburg-Vorpommern, Urteil v. 24.11.2021 - L 1 KA 4/19 KL

RID 22-03-23

www.juris.de

SGB V §§ 117, 120; KHG § 17a

Leitsatz: 1. Im Verfahren über die Festsetzung der **Vergütung der Hochschulambulanzen** nach § 120 Abs. 4 SGB V durch die Schiedsstelle setzt der zweite Prüfungsschritt (sog. **externer Vergleich**) voraus, dass der Leistungserbringer seine voraussichtlichen Kosten zuvor so dargelegt und ggf. belegt hat, dass eine zuverlässige Prognose möglich ist (BSG, Urt. v. 13.05.2015 - B 6 KA 20/14 R - BSGE 119, 43 = SozR 4-2500 § 120 Nr. 4, Rn. 35).

2. Fehlt es trotz entsprechender Monierung seitens der Kostenträger an einer diese Anforderungen erfüllenden **Prognose**, ist eine deren Angebot überschreitende **Vergütungsfestsetzung** durch die Schiedsstelle nach § 18a KHG rechtswidrig.

3. Eine gegen einen solchen Schiedsspruch gerichtete Klage des Leistungserbringers ist **mangels Beschwer** unbegründet.

Angefochten ist der Schiedsspruch der Bekl. v. 21.01.2019 über die Vergütung der Hochschulambulanzen der Kl., in welchem erstmals die Neuregelung von § 120 II 3 SGB V durch das Gesetz zur Stärkung der Versorgung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VSG) v. 16.07.2015 Berücksichtigung fand. Das **LSG** wies die Klage ab.

VII. Streitwert/EHV KV Hessen

1. Sachlich-rechnerische Berichtigung: Wertfestsetzung nach Angaben des Klägers

LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 02.11.2021 - L 24 KA 32/21 B

RID 22-03-24

www.sozialgerichtsbarkeit.de

GKG § 52 I

Wertbestimmend ist nur die Berichtigung im Honorarbescheid. **Andere** etwaige **Unrichtigkeiten** des Honorarbescheides, die hingegen nicht im Streit sind, sind unerheblich, ebs. eine hieraus folgende Nachvergütung.

Soweit die Bekl. eine Berichtigung des Streitwertes auf den **exakten Wert** der den Rechtsstreit erledigenden Nachvergütung von 3.213,25 € anregt, weil dies dem Ergebnis der Kostengrundsatzentscheidung im Beschluss des SG vom 12. Juli 2021 entspreche, sei darauf hingewiesen, dass das SG ausweislich seiner Begründung im Rahmen seiner Entscheidung nach billigem Ermessen der Bekl. bewusst die vollen Kosten auferlegt hat, obwohl die Nachvergütung niedriger als von der Kl. beziffert ausgefallen ist, weil diese in allen 110 Behandlungsfällen eine Nachvergütung erstritten habe.

SG Potsdam, Beschl. v. 12.07.2021 - S 1 KA 52/20 WA - setzte unter Ansatz der Wertangabe der Kl. auf 4.177,89 € fest, das *LSG* wies die Beschwerde der Kl. zurück.

2. EHV KV Hessen

a) EHV-Punktwert 2017: Fehlende Darlegung der Schätzgrundlagen

SG Marburg, Urteil v. 30.03.2022 - S 17 KA 63/19 WA

RID 22-03-25

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

KVHG § 5

Leitsatz: 1. Bei der Ausübung des **Schätzungsermessens** sind die Schätzgrundlagen nachvollziehbar darzulegen. Dies gilt bei der Berechnung des **EHV-Punktwertes** im **Jahr 2017** insbesondere für die Berechnung des zur Verfügung stehenden Umlagevolumens auf der einen und für die Berechnung des erwarteten Finanzbedarfs auf der anderen Seite.

2. Bei der Festsetzung der **Verwaltungskostenumlage** ist auch nach der Neufassung der GEHV zum 01.01.2017 nicht zwischen aktiven Vertragsärzten und EHV-Beziehern zu unterscheiden.

3. Der Abzug einer **Sonderumlage Weiterbildung** ist ab 01.01.2017 wieder rechtmäßig.

Das *SG* verpflichtete die Bekl., den Kl. über seinen EHV-Anspruch unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

Parallelverfahren:

SG Marburg, Urteil v. 30.03.2022 - S 17 KA 202/19 WA

RID 22-03-26

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SG Marburg, Urteil v. 30.03.2022 - S 17 KA 201/19 WA

RID 22-03-27

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

b) Leistungsbezieher/Einbeziehung von Sonderverträgen

LSG Hessen, Urteil v. 16.02.2022 - L 4 KA 56/21

RID 22-03-28

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 20/22 B

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

KVHG § 8

Leitsatz: Zur Verfassungskonformität der zum 1. Juli 2012 erfolgten Reform der Grundsätze der Erweiterten Honorarverteilung in der Fassung der von der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen am 13. Dezember 2014, 14. März und 30. Mai 2015 beschlossenen und von dem aufsichtsführenden Sozialministerium des Landes Hessen am 18. Juni 2015 genehmigten Satzungsänderung (Anschluss an BSG, Urt. v. 12.12.2018 - B 6 KA 53/17 R - SozR 4-2500 § 87b Nr. 19).

Die Beteiligten stritten um die Höhe des Anspruchs auf Teilnahme an der EHV für den Zeitraum 01.07.2012 bis 30.06.2013 und hierbei um die fehlende Einbeziehung des Honorars aus Selektivverträgen im Aufsatzjahr 2010, die Höhe des noch unter Einbeziehung des sog. Nachhaltigkeitsfaktors berechneten

Auszahlungspunktwerts und die Höhe der Verwaltungskostenumlage. *SG Marburg*, Urt. v. 05.11.2014 - S 12 KA 83/13 - RID 14-04-65 verurteilte die Bekl., den Kl. unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden, und wies im Übrigen die Klage ab. Nach einer Satzungsänderung und zwei Teilabhilfebescheiden steht nunmehr insb. noch die Einbeziehung von Einnahmen aus Selektivverträgen zur Berechnung der Höhe des Anspruchs im Streit. Das *LSG* wies auf die Berufung der Bekl. die Klage ab, soweit sie sich nicht durch das angenommene Teilanerkennnis und den Bescheid v. 05.02.2016 in der Hauptsache erledigt hat. Es wies ferner die Klage gegen den Bescheid v. 05.02.2016 ab.

VIII. Bundessozialgericht (BSG)

1. Anspruch auf Erstattung überhöhter Abschlagszahlungen

BSG, Beschluss v. 29.06.2022 - B 6 KA 23/21 B

RID 22-03-29

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Hamburg*, Urt. v. 02.06.2021 - L 5 KA 3/19 - RID 21-03-10 wird zurückgewiesen.

Rechtsgrundlage für einen **Anspruch auf Erstattung überhöhter Abschlagszahlungen** auf das zu erwartende Honorar für Leistungen des ambulanten Operierens ist der öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch, der grundsätzlich einer **Verjährungsfrist** von vier Jahren - beginnend mit Ablauf des Kalenderjahres, in dem der Anspruch entstanden ist (entsprechend § 45 I SGB I) - unterliegt (BSG, Urt. v. 11.09.2019 - B 6 KA 13/18 R - SozR 4-7610 § 812 Nr. 9, Rn. 18). Damit ist geklärt, dass Verjährungsbeginn in diesem Fall gerade nicht der erste Tag nach Verstreichen der Jahresfrist des § 45 IV 2 SGB X ist.

2. Delegation von Leistungen an ärztliches Personal/Auslegung der Leistungslegende u. Revision

BSG, Beschluss v. 06.04.2022 - B 6 KA 16/21 B

RID 22-03-30

www.juris.de

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Bayern*, Urt. v. 17.03.2021 - L 12 KA 126/16 - RID 22-03-6 wird zurückgewiesen.

Eine **Delegation von Leistungen an ärztliches Personal** im vertragsärztlichen Bereich kommt nur in Betracht, wenn es sich um angestellte Ärzte oder Assistenten handelt, deren Beschäftigung von den Zulassungsgremien genehmigt worden ist (BSG, Urt. v. 21.03.2018 - B 6 KA 47/16 R - SozR 4-2500 § 106a Nr. 18, juris Rn. 22). Welche Leistungen im Einzelnen an nichtärztliches Personal delegierbar sind, bestimmt sich nach den Erfordernissen und Besonderheiten der jeweiligen Fachgebiete (BSG aaO. Rn. 23).

Im Regelfall ergibt sich aus der Anwendung der Grundsätze zur Auslegung der **Leistungslegende** der Bewertungsmaßstäbe im ärztlichen und zahnärztlichen Bereich auf eine konkrete Gebührenziffer eine **grundsätzliche Bedeutung der Rechtssache** nicht. Nach st. Rspr. des BSG ist die Auslegung einer Rechtsnorm, die bereits außer Kraft getreten ist, regelmäßig nicht von grundsätzlicher Bedeutung, weil die grundsätzliche Bedeutung einer Rechtsfrage daraus erwächst, dass ihre Klärung nicht nur für den Einzelfall, sondern im Interesse der Fortbildung des Rechts oder seiner einheitlichen Auslegung erforderlich ist. Bei **Rechtsfragen zu bereits außer Kraft getretenem Recht** kann eine Klärungsbedürftigkeit daher nur anerkannt werden, wenn noch eine erhebliche Zahl von Fällen auf der Grundlage dieses Rechts zu entscheiden ist oder wenn die Überprüfung der Rechtsnorm bzw. ihrer Auslegung aus anderen Gründen (namentlich wegen einer weitgehenden Übereinstimmung mit dem neuen Recht) fortwirkende allgemeine Bedeutung hat. Das Vorliegen dieser Voraussetzungen ist, wenn dies nicht offensichtlich ist, gem. § 160a II 3 SGG in der Beschwerdebeurteilung darzulegen.

3. Heranziehung zur Kostenumlage für den ärztlichen Notfalldienst

BSG, Beschluss v. 04.05.2022 - B 6 KA 27/21 B

RID 22-03-31

www.juris.de

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Nordrhein-Westfalen*, Urt. v. 28.07.2021 - L 11 KA 49/18 - RID 22-01-19 wird als unzulässig verworfen.

Bereits zu § 368m I 2 Nr. 4 RVO, der Vorgängervorschrift des § 81 I 1 Nr. 5 SGB V, wonach die Satzung einer KV Bestimmungen über die Aufbringung und Verwaltung der Mittel enthalten muss, hat der Senat entschieden, dass die KV Gegenleistungen für die Inanspruchnahme besonderer Einrichtungen verlangen und die Höhe solcher **Unkostenumlagen** nach den Vorteilen bestimmen kann, die ihren Mitgliedern aus der Benutzung der entsprechenden Einrichtungen erwachsen. Regelungstechnisch reicht es dabei aus, wenn die Satzung die grundlegenden Bestimmungen über die Aufbringung der Mittel enthält und die betragsmäßige Festsetzung der Beiträge einer anderen normativen Regelung überlassen wird. Aus der seit dem 01.01.1989 geltenden gleichlautenden Vorschrift des § 81 I 1 Nr. 5 SGB V ergibt sich nichts anderes (BSG, Urt. v. 17.07.2013 - B 6 KA 34/12 R - SozR 4-2500 § 81 Nr. 6 Rn. 15). In dieser Regelung sieht der Senat in st. Rspr. die Ermächtigungsgrundlage für Vorschriften über die „Festsetzung von Verwaltungskosten“.

Es ist bereits geklärt, dass die grundsätzliche Verpflichtung jedes Vertragsarztes zur **Teilnahme am ärztlichen Notfalldienst** nicht aus der Satzungsgewalt der KV, sondern aus seinem Zulassungsstatus folgt. Diese Verpflichtung zum gleichwertigen Mittragen der Belastungen infolge des ärztlichen Notfalldienstes besteht auch grundsätzlich bspw. für den Fall, dass einer persönlichen Teilnahme am Notfalldienst gesundheitliche Gründe entgegenstehen oder wenn der Arzt aus anderen Gründen den Notfalldienst nicht persönlich erbringen kann.

4. Fortbildungsverpflichtung: Wechsel des Fachgebiets während des Fünfjahreszeitraums

BSG, Urteil v. 04.11.2021 - B 6 KA 9/20 R

RID 22-03-32

SozR 4-2500 § 95d Nr. 4 = GesR 2022, 120 = KrV 2022, 17 = ArztR 2022, 63 = ZMGR 2022, 93 = MedR 2022, 620

Leitsatz: Verzichtet ein zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassener Facharzt auf seine Zulassung und erhält er nahtlos eine **Zulassung in einem anderen Fachgebiet**, bleibt die Kassenärztliche Vereinigung berechtigt, eine Verletzung der Pflicht zum Nachweis der fachlichen **Fortbildung** während der Zeit vor dem Fachgebietswechsel durch eine Honorarminderung für die Zeit danach zu sanktionieren.

5. Ermächtigung zur psychotherapeutischen Behandlung von Asylbewerbern (§ 31 I 2 Ärzte-ZV)

BSG, Urteil v. 04.11.2021 - B 6 KA 16/20 R

RID 22-03-33

BSGE = SozR 4-5520 § 31 Nr. 6 = ArztR 2022, 97 = KrV 2022, 66 = SGB 2022, 436

Leitsatz: 1. Eine **Ermächtigung** zur psychotherapeutischen Versorgung von Menschen, die auf der Flucht nach Deutschland traumatisiert worden sind, kann auch **Therapeuten** erteilt werden, die diesen Personenkreis noch nicht während des Aufenthalts in Deutschland in den ersten 18 Monaten behandelt haben.

2. In der **Zulassungsverordnung** für Vertragsärzte dürfen für **besondere Bedarfslagen** auch Ermächtigungstatbestände geschaffen werden, die keine konkrete Bedarfsprüfung durch die Zulassungsgremien vorsehen.

6. Streitwert: Zulassungsentziehung wegen Nichtausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit

BSG, Beschluss v. 30.03.2022 - B 6 KA 24/21 B

RID 22-03-34

www.juris.de

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen **LSG Baden-Württemberg**, Urt. v. 28.04.2021 - L 5 KA 4289/18 - RID 21-03-28 wird als unzulässig verworfen.

Maßgebend ist in Zulassungsstreitigkeiten die Höhe des aus der vertragsärztlichen Tätigkeit bzw. deren Fortsetzung zu erzielenden Gewinns in einem Zeitraum von drei Jahren. Dabei kann bei einer Klage gegen die Zulassungsentziehung auf die konkret erzielten Umsätze der Arztpraxis (abzüglich des Praxiskostenanteils) bzw., soweit konkrete Umsatzzahlen nicht vorliegen, auf die durchschnittlichen Umsätze der jeweiligen Arztgruppe abgestellt werden (vgl. BSG, Beschl. v. 25.09.2005 - B 6 KA 69/04 B - juris Rn. 1; BSG, Beschl. v. 12.10.2005 - B 6 KA 47/04 B - juris

Rn. 2). Wenn allerdings die durchschnittlichen Umsätze der Arztgruppe nicht das wirtschaftliche Interesse des klagenden Arztes widerspiegeln, ist für jedes Quartal des maßgeblichen Dreijahreszeitraumes i.S. des § 42 I GKG der Regelstreitwert von 5.000 € anzusetzen (vgl. BSG, Beschl. v. 120.9.2006 - B 6 KA 70/05 B - SozR 4-1920 § 47 Nr. 1 Rn. 4; BSG, Beschl. v. 10.05.2017 - B 6 KA 8/17 B - juris). Fehlen nähere Anhaltspunkte für das konkrete wirtschaftliche Interesse der Kl. und hat sie bereits **seit mehreren Jahren keine vertragsärztlichen Leistungen mehr abgerechnet**, so ist der Ansatz des **Auffangstreitwertes** von 5.000 € für jedes Quartal des Dreijahreszeitraumes sachgerecht (vgl. BSG, Beschl. v. 16.02.2021 - B 6 KA 19/20 B - juris Rn. 15).

B. KRANKENVERSICHERUNGSRECHT

I. Vertrags(zahn)ärztliche Behandlung

1. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

a) Photodynamische Therapie zur Behandlung eines Nasenbasalioms

SG Bremen, Urteil v. 24.03.2022 - S 68 KR 416/19

RID 22-03-35

www.juris.de

SGB V §§ 13 III, 27, 135 I 1

Leitsatz: Zu den Voraussetzungen eines Kostenerstattungsanspruchs für eine selbstbeschaffte **photodynamische Therapie** zur Behandlung eines **Nasenbasalioms**.

Das *SG* wies die Klage ab.

b) Therapie mit dendritischen Zellen

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 24.02.2022 - L 16 KR 318/19

RID 22-03-36

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 2, 12, 27, 135

Bei der **Therapie mit dendritischen Zellen** handelt es sich um eine neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode im Sinne des § 135 SGB V, weil sie auf der Überlegung beruht, dass zur Erkennung von Fremdkörpern (Antigenen) sog. antigenpräsentierende Zellen benötigt werden. Diese antigenpräsentierenden Zellen sollen das Immunsystem auf den Eindringling aufmerksam machen und andere Immunzellen aktivieren, ihn mit unterschiedlichen Mitteln zu bekämpfen. Damit zeichnet sie ein neues, selbstständiges Behandlungskonzept aus, welches hinsichtlich des medizinischen Nutzens, möglicher Risiken und in Bezug auf die Wirtschaftlichkeit wesentliche, bisher **nicht vom GBA geprüfte** Aspekte aufweist, sodass diese Behandlungsmethode dem Vorbehalt des § 135 I SGB V unterfällt (vgl. BSG, Urt. v. 11.05.2017 - B 3 KR 30/15 R - BSGE 123, 145 = SozR 4-2500 § 13 Nr. 34, juris Rn. 25).

SG Dortmund, Urt. v. 20.02.2019 - S 63 KR 1528/15 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

c) Ganzkörperkältetherapie

SG Neuruppin, Urteil v. 29.07.2022 - S 20 KR 61/21

RID 22-03-37

www.juris.de

SGB V §§ 2 I 1, 11 I Nr. 4, 12 I, 13 III, 27 I 12, 32, 135 I

Eine Erstattung der Kosten für eine **Ganzkörperkältetherapie** ist bei Fehlen einer **ärztlichen Verordnung** ausgeschlossen. Im Übrigen handelt es sich um eine **neue Behandlungsmethode**, für die es an einer positiven Empfehlung des GBA fehlt. Ein Systemversagen liegt nicht vor.

Das *SG* wies die Klage ab.

d) Radiofrequenzablation bei einer chronischen Analfistel

SG Neuruppin, Gerichtsbescheid v. 08.08.2022 - S 20 KR 41/22

RID 22-03-38

www.juris.de

SGB V §§ 2 I 1, 11 I Nr. 4, 12 I, 13 III, 27 I, 28, 92 I 2 Nr. 5, 135 I

Die noch nicht vom GBA empfohlene neue Methode einer ambulanten Behandlung einer **chronischen Analfistel** mit **Radiofrequenzablation** ist kein Leistungsgegenstand der gesetzlichen Krankenversicherung. Krampfaderleiden sind keine lebensbedrohliche oder regelmäßig tödliche Erkrankung.

Das *SG* wies die Klage ab.

2. Nicht zugelassener Leistungserbringer: Satzungsregelung der Krankenkasse

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 29.04.2022 - L 4 KR 1950/19

RID 22-03-39

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 11 VI, 13 III, IIIa, 39, 108

Leitsatz: Leistungen durch einen **nicht zugelassenen Leistungserbringer** können im Rahmen von § 11 Abs. 6 SGB V in Ausnahmefällen erbracht werden, wenn dies die **Satzungsregelung** der Krankenkasse vorsieht. Allerdings ist zu unterscheiden, ob es sich um einen reinen Sachleistungsanspruch handelt (wie hier § 27d der Satzung der Beklagten), der nicht zu einem nachträglichen Kostenerstattungsanspruch führt, oder ob auch ein solch nachträglicher Kostenerstattungsanspruch eröffnet werden soll (hier verneint).

Die Beteiligten streiten um die Erstattung der Kosten für eine teilstationäre psychiatrische Behandlung, welche die Kl. in Begleitung ihrer Mutter vom 27.11.2018 bis 25.01.2019 im Familientherapeutischen Zentrum N., einer privaten Tagesklinik, durchgeführt hat. *SG Mannheim*, Gerichtsbb. v. 18.05.2019 - S 11 KR 421/19 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

3. Kein Anspruch auf Narbenkorrektur bei fehlender Entstellung

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 15.10.2021 - L 4 KR 3155/20

RID 22-03-40

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 27

Soweit eine **Entstellung** im krankenversicherungsrechtlichen Sinne nicht vorliegt, besteht kein Anspruch auf eine **Narbenkorrektur** im Gesicht.

SG Heilbronn, Urt. v. 31.07.2020 - S 16 KR 2335/18 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

4. Kinderwunschbehandlung: Hälfthige Kostenübernahme

LSG Rheinland-Pfalz, Urteil v. 24.05.2022 - L 5 KR 221/21

RID 22-03-41

Revision anhängig: B 1 KR 13/22 R
www.juris.de
SGB V §§ 13 III, 27a

Das SG hat mit zutreffender Begründung entschieden, dass die Kl. aus § 13 III SGB V keinen Erstattungsanspruch auf die Hälfte (2.518,72 €) der bei ihr für die zweite Kinderwunschbehandlung angefallenen Kosten hat, weil die private Krankenkasse des Ehemanns bereits die Hälfte der angefallenen Kosten übernommen hat. Das gilt auch, wenn die Kl. wirtschaftlich **noch mit Aufwendungen** in Höhe der Hälfte der Arzt- und Apothekenkosten **belastet** ist, weil seitens der privaten Krankenkasse (aufgrund der nur hälftigen privaten Versicherung ihres im Übrigen beihilfeberechtigten Ehemannes) keine volle, sondern nur eine hälftige Kostenübernahme erfolgt ist.

SG Speyer, Urt. v. 25.10.2021 wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

5. Kryokonservierung: Lagerungskosten erst nach Erlass der Richtlinie des GBA

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 12.07.2022 - L 11 KR 98/22

RID 22-03-42

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 27a IV, V, 92 I 2 Nr. 10

Leitsatz: Für die Zeit vor Inkrafttreten der Kryo-RL des GBA (BANz 19.02.2021 B 7) am 20.02.2021 besteht kein Sachleistungsanspruch auf **Kryokonservierung**. Erst der GBA entscheidet über die weitere Konkretisierung des Gesetzes (§ 27a Abs. 4 SGB V) als Normgeber. Mit der **Kryo-RL** wird der Umfang der den Versicherten von den Krankenkassen geschuldeten Leistungen verbindlich festgelegt.

SG Mannheim, Urt. v. 01.12.2021 - S 4 KR 1660/20 - juris verurteilte die Bkl., der Kl. die ab 01.07.2021 angefallenen Lagerungskosten für die entnommenen Eizellen (Kryokonservierung) zu erstatten und die Lagerung künftig als Sachleistung zu erbringen, und wies im Übrigen die Klage ab. Das *LSG* wies die Berufung der Kl. zurück.

II. Stationäre Behandlung

Nach BSG, Urt. v. 29.06.2022 - **B 6 KA 3/21 R** - besteht kein Anspruch auf die Erteilung einer **Ermächtigung zum Betrieb einer psychiatrischen Institutsambulanz (PIA)** in einer räumlich und organisatorisch **nicht an ein Krankenhaus angebundene Einrichtung**, wenn der bestehende Versorgungsbedarf von Personen der Wohneinrichtung in B und weiterer behandlungsbedürftiger Personen durch ein **hinreichend wohnortnahes Angebot** von bereits vorhandenen regionalen psychiatrischen Institutsambulanzen sichergestellt werden kann. Der Senat hält in st. Rspr. **für allgemeine Leistungen im Rahmen der hausärztlichen und allgemeinen fachärztlichen Versorgung Wege von mehr als 25 km in der Regel für unzumutbar**. Hier liegen die Wegezeiten unter dieser Grenze. Auch die Fahrzeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln beträgt unter einer Stunde. Dies ist hier jedenfalls als ausreichend anzusehen. Der Senat übersieht dabei nicht, dass es sich um einen Personenkreis mit schweren Verläufen psychischer Erkrankungen handelt, bei dem sich das Krankheitsbild auch in Antriebslosigkeit oder in der Ablehnung von therapeutischen Behandlungsangeboten manifestieren kann. Das Konzept der psychiatrischen Institutsambulanz bietet hierfür jedoch geeignete Hilfestellungen im Rahmen der sog aufsuchenden Hilfe, also durch den Einsatz von Behandlern und/oder Pflägern im häuslichen Umfeld des Versicherten. Daneben sieht das SGB V für Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen weitere ambulante Maßnahmen der Krankenbehandlung wie etwa die Soziotherapie nach § 37a SGB V, die stationsäquivalente Behandlung oder Krankenbehandlung im Rahmen von Modellvorhaben nach § 64b SGB V vor. Ein weitergehender Ermächtigungsanspruch folgt weder aus Art. 25 II UN-BRK noch aus dem allgemeinen Diskriminierungsverbot des Art. 5 II UN-BRK oder aus dem verfassungsrechtlichen Benachteiligungsverbot in Art. 3 II 2 GG. Eine **gemeindenah ambulante Versorgung** auch in ländlichen Gebieten, wie es Art. 25 II lit. c UN-BRK formuliert, ist regelmäßig durch die **Bedarfsplanung** in der vertragsärztlichen Versorgung des SGB V gewährleistet. Zudem sind neben den ambulanten Maßnahmen des SGB V unterstützende Hilfeangebote anderer Leistungsträger gesetzlich vorgesehen, wie etwa eine Fahrt- oder Wegebegleitung im Rahmen der sozialen Teilhabe, z.B. als Leistung der Eingliederungshilfe. Nach BSG, Urt. v. 29.06.2022 - **B 6 KA 13/21 R** - setzt die Ermächtigung zum Betrieb einer räumlich und organisatorisch nicht an ein Krankenhaus angebundene **PIA nicht voraus, dass der Standort im Krankenhausplan ausgewiesen ist. Rechtliche Anknüpfungspunkte** dafür, dass die beantragte Ermächtigung von einer im Krankenhausplan ausgewiesenen Außenstelle des Krankenhauses abhängen könnte, lassen sich weder dem bundesrechtlichen Krankenhausfinanzierungsgesetz noch den landesrechtlichen Vorschriften der Krankenhausplanung entnehmen. Ein solches ungeschriebenes Erfordernis folgt auch nicht aus der Auslegung von § 118 IV SGB V. Danach kann ein psychiatrisches Krankenhaus auch dann zur ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung zu ermächtigen sein, wenn der ambulante Versorgungsbedarf von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen „durch räumlich und organisatorisch nicht angebundene Einrichtungen der Krankenhäuser“ sichergestellt wird. Damit **setzt der Wortlaut der Vorschrift die fehlende räumliche und organisatorische Anbindung an das Krankenhaus sogar voraus**. Aus der Gesetzesentwicklung ergibt sich, dass - bei entsprechendem Versorgungsbedarf - die Versorgung von Versicherten mit schweren psychischen Erkrankung um ein **wohnortnäheres ambulantes Angebot in dezentralen Institutsambulanzen von Krankenhäusern ergänzt werden** sollte. Mit der Einführung von räumlich und organisatorisch nicht an ein Krankenhaus angebundene ambulante psychiatrische Institutsambulanzen durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz im Jahre 2015 sollte eine Erleichterung der Versorgungssituation psychisch schwer erkrankter Versicherter, insbesondere auch für Kinder und Jugendliche, erreicht werden. Diesem Gesetzesziel widerspräche es, weitere organisatorische oder krankenhauplanungsrechtliche Anforderungen in die Norm hineinzulesen, wie etwa die Ausweisung eines Standortes im Krankenhausplan als Voraussetzung der Institutsermächtigung nach § 118 IV SGB V.

Nach BSG, Urt. v. 06.04.2022 - **B 6 KA 7/21 R** - hat der Senat auf die zulässige Fortsetzungsfeststellungsklage und unter Aufhebung der vorinstanzlichen Urteile festgestellt, dass der allein streitgegenständliche Bescheid des bekl. Berufungsausschusses über die Ablehnung einer Anstellungsgenehmigung im **Sonderbedarf** mit dem **Anrechnungsfaktor 0,25** rechtswidrig war. Die Erteilung einer solchen **Anstellungsgenehmigung** ist in der vorliegenden Konstellation, dass ein Sonderbedarf im Umfang eines vollen Versorgungsauftrags fortbesteht, nicht von vornherein ausgeschlossen. Zwar kommt die „**isolierte**“ **Erteilung einer Anstellungsgenehmigung im Sonderbedarf** im Umfang eines Viertels eines Versorgungsauftrags nicht in Betracht. Normativer Ausgangspunkt ist § 101 Abs. 1 Nr. 3 SGB V, der den GBA ermächtigt, Vorgaben für die ausnahmsweise Besetzung zusätzlicher „Vertragsarztsitze“ zu beschließen. Ein Vertragsarzt kann aber bis heute nicht im Umfang von weniger als einem halben Versorgungsauftrag zugelassen werden. Für Anstellungsgenehmigungen im Wege des Sonderbedarfs kann hinsichtlich des abzudeckenden Versorgungsumfangs nichts anderes gelten. **Besteht aber - wie hier - ein Sonderbedarf in diesem Mindestumfang, kann dieser auch durch mehrere Anstellungsgenehmigungen mit dem Anrechnungsfaktor 0,25 gedeckt werden**. Aus den Tragenden Gründen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu § 36 Abs. 8 BedarfspRL, an die der Senat nicht gebunden ist, folgt nichts Abweichendes. Nach BSG, Urt. v. 26.01.2022 - **B 6 KA 2/21 R** - kann eine **Anstellungsgenehmigung** auch dann, wenn ein Vertragsarzt in einem gesperrten Planungsbereich auf seine Zulassung verzichtet, um in einem MVZ tätig zu werden, nur erteilt werden, wenn der betreffende Arzt ein **abhängiges Beschäftigungsverhältnis in dem MVZ anstrebt**. Das Vertragsarztrecht unterscheidet zwischen angestellten Ärzten und Vertragsärzten. Die Einordnung als **angestellter Arzt schließt die Zulassung als Vertragsarzt aus und umgekehrt** kann einem zugelassenen Vertragsarzt für dieselbe Tätigkeit nicht gleichzeitig eine Anstellungsgenehmigung erteilt werden. Zwar wird der Begriff der „Anstellung“ im deutschen Recht nicht einheitlich auf Tätigkeiten in einem abhängigen Beschäftigungsverhältnis bezogen. Gleichwohl ergibt sich aus Systematik, Entstehungsgeschichte und Zweck der vertragsarztrechtlichen Regelungen, dass der Begriff im Vertragsarztrecht nicht in einem weiten zivilrechtlich geprägten, sondern im sozialversicherungsrechtlichen Sinne des Beschäftigten zu verstehen ist. Seit den 1990er Jahren sind die Möglichkeiten von Vertragsärzten, angestellte Ärzte regulär und dauerhaft zu beschäftigen, erweitert worden. Dabei bestand auch nach dem Inhalt der Gesetzgebungsmaterialien nie ein Zweifel daran, dass die bei einem Vertragsarzt angestellten Ärzte Beschäftigte im sozialversicherungsrechtlichen Sinne sind. Der Senat sieht auch keine Anhaltspunkte, dass der Begriff der Anstellung im MVZ anders auszulegen wäre. Vielmehr spricht der Umstand, dass Ärzte in einem MVZ auch die Möglichkeit haben, als Vertragsärzte tätig zu werden, und dass ein Arzt nicht dieselbe Tätigkeit sowohl in der Rolle des angestellten Arztes als auch in der Rolle des Vertragsarztes verrichten kann, gerade gegen ein erweitertes Verständnis des Begriffs des angestellten Arztes speziell im MVZ. Soweit der Senat in verschiedenen

Entscheidungen die Annäherung der Stellung des angestellten Arztes an die des Vertragsarztes betont hat, betrifft dies die Stellung des angestellten Arztes im vertragsärztlichen System, etwa bezogen auf seine Mitgliedschaft in der KV oder seine Berücksichtigung bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen oder der Honorarverteilung. Dies ändert aber nichts an dem Status des angestellten Arztes als abhängig Beschäftigter im sozialversicherungsrechtlichen Sinne. Auch aus den mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz eingeführten und mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz erweiterten Regelungen zur Aufrechterhaltung der Gründereigenschaft von angestellten Ärzten im MVZ kann nicht abgeleitet werden, dass speziell für die in einem MVZ tätigen Ärzte ein anderer - eigenständiger - Begriff des angestellten Arztes gelten würde als sonst im Vertragsarztrecht. Dass **Gesellschafter zugleich abhängig Beschäftigte „ihrer“ Gesellschaft sein können**, ist nicht zweifelhaft. So können nach st. Rspr. des für Versicherungspflichtstreitigkeiten zuständigen 12. Senats des BSG selbst Gesellschafter-Geschäftsführer abhängig beschäftigt sein, wenn sie nicht die Rechtsmacht besitzen, durch Einflussnahme auf die Gesellschafterversammlung die Geschicke der Gesellschaft zu bestimmen und damit die eigene Weisungsgebundenheit als Angestellte der Gesellschaft aufzuheben. Dies ist aber bei den beiden Ärzten, für die die Kl. die Erteilung von Anstellungsgenehmigungen begehrt, gerade nicht der Fall: Beide sind **Geschäftsführer und zu gleichen Teilen an der Gesellschaft beteiligt** und können - da Beschlüsse der Gesellschaft der Einstimmigkeit bedürfen - ihnen nicht genehme Beschlüsse und Weisungen verhindern.

1. Liposuktion und Qualitätsgebot

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 26.03.2021 - L 4 KR 640/19

RID 22-03-43

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 38/21 R

www.juris.de

SGB V §§ 27 I, 39, 137c III

Die Krankenhäuser müssen die **Standards** des § 2 I 3 SGB V und § 12 I SGB V im Einzelfall einhalten. § 137c SGB V setzt die Geltung des **Qualitätsvorbehaltes** des § 2 I 3 SGB V nicht außer Kraft (vgl. BSG, Urt. v. 28.07.2008 - B 1 KR 5/08 R - BSGE 101, 177 = SozR 4-2500 § 39 Nr. 11, juris Rn. 52 f.; BSG, Urt. v. 21.03.2013 - B 3 KR 2/12 R - SozR 4-2500 § 137c Nr. 6, Rn. 18 ff.). Etwas Anderes ergibt sich nicht aus der mit Wirkung zum 23.07.2015 in Kraft getretenen Änderung des § 137c SGB V durch Art. 64 des GKV-VSG. § 137c III 1 und 2 SGB V begründen keine Leistungsansprüche des Versicherten, sondern setzen diese vielmehr voraus (BSG, Urt. v. 24.04.2018 - B 1 KR 13/16 R - BSGE 125, 262 = SozR 4-2500 § 137e Nr. 1, juris Rn. 16 ff.; BSG, Urt. v. 28.05.2019 - B 1 KR 32/18 R - SozR 4-2500 § 137c Nr. 13, juris Rn. 9; BSG, Urt. v. 08.10.2019 - B 1 KR 2/19 R - SozR 4-5562 § 6 Nr. 3). Der Leistungsanspruch muss mithin zunächst außerhalb von § 137c III SGB V begründet sein, bevor dieser die Grundlage für dessen Ausfüllung schafft.

Eine unter stationären Bedingungen durchzuführende **Liposuktion** bei Lipödem entsprach im Dezember 2017, März 2018 und Mai 2018 nicht den Anforderungen des **Qualitätsgebots**.

Nach der **Richtlinie des GBA** zur Erprobung der Liposuktion beim Lipödem sind Liposuktionen in Fällen des Lipödems im Stadium III seit dem Januar 2020 als Sachleistung der gesetzlichen Krankenkassen möglich. Eine solche Aufnahme in den Leistungskatalog gilt nicht rückwirkend.

SG Karlsruhe, Gerichtsb. v. 17.01.2019 - S 9 KR 2365/17 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

2. Operative Beinverlängerung

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 05.07.2022 - L 16 KR 183/21

RID 22-03-44

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 27 I 1

Die Auffassung der Vorinstanz, wonach eine **Körpergröße von 148,5 cm** keine Erkrankung darstellt und deshalb kein Anspruch auf Kostenübernahme für eine **operative Beinverlängerung** besteht, ist nicht zu beanstanden.

SG Bremen, Gerichtsb. v. 19.03.2021 - S 62 KR 99/18 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

3. Transkatheter-Aortenklappen-Implantation (TAVI) ohne herzchirurgische Fachabteilung

LSG Mecklenburg-Vorpommern, Urteil v. 15.03.2022 - L 6 KR 2/18

RID 22-03-45

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 44/22 B

www.juris.de

SGB V §§ 2 I 3, 12 I, 39 I, 109 IV 3

Leitsatz: 1. Auch im Jahr 2011 entsprach die Durchführung einer **Transkatheter-Aortenklappen-Implantation** (TAVI) in einer **Klinik ohne herzchirurgische Fachabteilung** nicht dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse.

2. Wegen Verstoßes gegen das allgemeine **Qualitätsgebot** begründet ein derartiger Eingriff keinen Vergütungsanspruch des Krankenhauses (vgl BSG, Urt. v. 16.08.2021 - B 1 KR 18/20 R - BSGE <vorgesehen> = SozR 4-2500 § 2 Nr. 17).

Streitig ist die Vergütung für eine stationäre Krankenhausbehandlung in Höhe von 33.648,99 € für die Implantation eines Herzklappenersatzes mit Hilfe einer TAVI. *SG Stralsund*, Urt. v. 15.12.2017 - S 3 KR 274/14 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

4. Prophylaktische Mastektomie der linken Brust

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 02.02.2022 - L 11 KR 26/21

RID 22-03-46

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 13 III, IIIa, 27 I 1, 39 I

Besteht für eine **prophylaktische Mastektomie der linken Brust** keine **medizinische Indikation**, sondern wird sie auf **Wunsch** der Versicherten durchgeführt, besteht kein Anspruch auf Kostenerstattung.

SG Köln, Urt. v. 25.11.2020 - S 14 KR 994/19 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

5. Mammareduktionsplastiken beim Mann

SG Neuruppin, Urteil v. 29.07.2022 - S 20 KR 23/21

RID 22-03-47

www.juris.de

SGB V § 27 I 1

Wird ein Versicherter durch die Haut- und Gewebeüberschüsse in der Bauchregion weder in einer Körperfunktion beeinträchtigt noch wirkt diese anatomische Abweichung entstellend, so besteht kein Anspruch auf Versorgung mit einer **Abdominalplastik**.

Von einer **Entstellung der Brüste eines Versicherten** ist auszugehen, wenn sie nach einer bariatrischen Operation aufgrund ihrer Form, ihrer Länge und ihrer Ähnlichkeit mit der reiferen weiblichen Brust derart ungewöhnlich sind, dass sie schon in alltäglichen Situationen - etwa im Schwimmbad oder in der Sauna - zu forschenden und entsprechend unangenehmen Blicken führen und der Versicherte deshalb zum Objekt des Interesses Anderer wird. Hinzu kommt, dass die Brustform im teilentkleideten Zustand für ihm zugewandte Personen weiblichen Geschlechts derart erschreckend wirkt, dass eine entsprechende Offenbarung im privatesten aller privaten Bereiche die Teilhabe, etwa im Rahmen der Sexualität, nahezu ausschließt.

Das *SG* verurteilte die Bekl., den 36 Jahre alten Kl. mit beidseitigen Mammareduktionsplastiken zu versorgen, und wies im Übrigen die Klage ab.

6. Mastektomie bei transidentitärer Geschlechtsidentitätsstörung

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 29.06.2022 - L 5 KR 1811/21

RID 22-03-48

Revision anhängig: B 1 KR 16/22 R

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 2 I 3, IV, 12 I, 27 I 1; GG Art. 1, 2, 3

Leitsatz: Zum (verneinten) Anspruch auf Erstattung der Kosten für eine Mastektomie zur Behandlung einer sonstigen transidentitären Geschlechtsidentitätsstörung.

Streitig ist die Kostenerstattung für eine Mastektomie (Operative Entfernung der Brust) beider Brüste nebst erforderlicher Wundversorgung zur Behandlung einer sonstigen transidentitären Geschlechtsidentitätsstörung. Die 1997 mit weiblichen Geschlechtsmerkmalen geb. und daher personenstandsrechtlich damals als weiblich registrierte kl. Person, die bei der Bekl. gesetzlich krankenversichert ist, ließ im Oktober 2019 ihren Vornamen und die Geschlechtsangabe im Geburtenregister ändern; als Geschlecht ist nunmehr „ohne Angabe“ eingetragen. *SG Mannheim*, Urt. v. 14.04.2021 - S 4 KR 3011/20 - verurteilte die Bekl., der kl. Person die Kosten der am 28.05.2020 erfolgten Mastektomie und der insofern erforderlichen Wundversorgung zu erstatten. Das *LSG* wies die Klage ab.

Aus den Gründen:

„(...) Der Senat lässt offen, ob es sich bei der Störung der Geschlechtsidentität überhaupt um eine **Krankheit** i.S.d. § 27 SGB V handelt, nachdem sich aus der Entscheidung des BVerfG vom 10.10.2017 (1 BvR 2019/16 - in juris) ergibt, dass intersexuelle Personen allein wegen der Unmöglichkeit, sie dem weiblichen oder männlichen Geschlecht zuzuordnen, nicht im Sinne der GKV krank sind (so auch Bittner in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 4. Aufl., § 2b SGB V Rn. 19). (...)

Ein denkmöglicher Anspruch derjenigen, die an körperlichen Geschlechtsentwicklungsstörungen leiden, auf Behandlungen zur äußerlichen Geschlechtszuweisung oder -verdeutlichung geht jedenfalls nicht über das hinaus, worauf an Transsexualismus erkrankte Versicherte Anspruch haben: nämlich auf die **Herbeiführung eines äußerlichen Zustandes**, der aus der Sicht eines verständigen Betrachters dem Erscheinungsbild des phänotypisch angestrebten (anderen) Geschlechts deutlich angenähert ist. Selbst bei unterstelltem Behandlungsanspruch führt dies nicht dazu, Betroffenen Anspruch auf jegliche Art von geschlechtsangleichenden operativen Maßnahmen im Sinne einer optimalen Annäherung an ein vermeintliches Idealbild und ohne Einhaltung der durch das Recht der gesetzlichen Krankenversicherung vorgegebenen allgemeinen Grenzen einzuräumen. Ein Anspruch, der bei Entstellung für alle Versicherten, auch für intersexuelle Versicherte, besteht, bleibt hiervon unberührt. Gänzlich ausgeschlossen sind hingegen Ansprüche auf solche Behandlungsmaßnahmen, die darauf abzielen, die Uneindeutigkeit der äußeren Geschlechtsmerkmale zu erhöhen. Dies gilt auch bei Intersexualität und Zisidentität (BSG, Urteil vom 04.03.2014 - B 1 KR 69/12 R -, in juris; BSG, Urteil vom 28.09.2010 - B 1 KR 5/10 R -, in juris).

Das Vorliegen einer Entstellung nach den von der Rechtsprechung entwickelten Kriterien (vgl. u.a. BSG, Urteil vom 28.02.2008 - B 1 KR 19/07 R -, in juris) wird weder behauptet noch sind hierfür Anhaltspunkte erkennbar. Die klagende Person machte vielmehr **ausschließlich eine subjektiv empfundene Belastung** durch die Eigenwahrnehmung ihrer Brüste geltend und wünschte sich einen flachen Oberkörper (vgl. Anlage zur Widerspruchsbegründung vom 20.12.2019). (Negative) Reaktionen der Mitmenschen werden nicht beschrieben.

Die klagende Person möchte weder als Frau noch als Mann erkennbar sein, sondern ihren Körper an ihre nicht-binäre Identität angleichen. Diesbezüglich scheidet ein Leistungsanspruch schon daran, dass hinsichtlich der **nicht-binären Identität** aus der Sicht eines verständigen Betrachters **kein Erscheinungsbild eines phänotypisch angestrebten Geschlechts** existiert. Die Entfernung der Brüste könnte unter Umständen eher zu einem männlichen Erscheinungsbild führen, was dem nicht-binären Verständnis der klagenden Person wiederum ebenfalls nicht entsprechen würde. (...)

7. Mastektomie bei Transsexualität in Form einer nicht-binären Geschlechtsidentität

SG Berlin, Urteil v. 24.01.2022 - S 29 KR 375/21

RID 22-03-49

www.juris.de
SGB V § 27

Zur notwendigen Krankenbehandlung des **Transsexualismus** können als Ausnahme **operative Eingriffe in den gesunden Körper** zwecks Veränderung der äußerlich sichtbaren Geschlechtsmerkmale gehören. Die operativen Eingriffe in den gesunden Körper müssen medizinisch erforderlich sein (vgl. BSG, Urt. v. 11.09.2012 - B 1 KR 9/12 R - KHE 2012/137, juris Rn. 9).

Das **SG** verurteilte die Bekl., der kl. Person die Kosten der Mastektomie in Höhe von 8.352,21 € zu erstatten.

III. Kostenerstattung

1. Genehmigungsfiktion

a) Grund für Verlängerung der 5-Wochen-Frist: Verzögerte Stellungnahme des MDK

SG Augsburg, Urteil v. 31.05.2022 - S 3 KR 377/21

RID 22-03-50

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 13 IIIa; SGG § 55 I Nr. 1

Eine **verzögerte Stellungnahme des MDK** ist ein hinreichender **Grund** für die Verlängerung der **5-Wochen-Frist**. Einer Krankenkasse kann nicht auferlegt werden, in Ansehung einer zeitnah eingehenden Stellungnahme des MDK zunächst eine ablehnende Entscheidung treffen zu müssen, die dann ggf. in kurzer Zeit revidiert werden müsste, allein um die gesetzlich vorgegebenen Fristen einzuhalten (LSG Bayern, Urt. v. 20.04.2021 - L 5 KR 44/19 -).

Das **SG** wies die auf Feststellung gerichtete Klage, dass der Antrag auf Gewährung von vier postbariatrischen Wiederherstellungsoperationen als Sachleistung (1. vertikale Oberbauchstraffung, 2. Bruststraffung, 3. Oberschenkelstraffung bds. und 4. Oberarmstraffung bds.) vom 26.07.2021 gem. § 13 IIIa 6 SGB V als genehmigt gilt, ab.

b) Entscheidung der Krankenkasse

SG Karlsruhe, Gerichtsbescheid v. 14.02.2022 - S 11 KR 199/20

RID 22-03-51

www.juris.de
SGB V § 13 IIIa 6

Konsequenz der mit BSG, Urt. v. 26.05.2020 - B 1 KR 9/18 R - BSGE 130, 200 = SozR 4-2500 § 13 Nr. 53 **geänderten Rspr. zur dogmatischen Einordnung der Genehmigungsfiktion** ist, dass die Krankenkasse weiterhin berechtigt und verpflichtet ist, über den gestellten Antrag zu entscheiden. Erst mit dieser Entscheidung wird das laufende Verwaltungsverfahren abgeschlossen. Ist über den materiell-rechtlichen Leistungsanspruch **bindend entschieden** oder hat sich der Antrag anderweitig erledigt, endet, wie der 1. Senat zu Recht annimmt, das durch die Genehmigungsfiktion begründete Recht der Versicherten auf Selbstbeschaffung der beantragten Leistung auf Kosten der Krankenkasse. An einer bindenden Entscheidung fehlt es jedoch, wenn über den Widerspruch gegen den Bescheid noch nicht entschieden worden ist. Darüber hinaus besteht der sachlich-rechtliche Naturalleistungsanspruch unabhängig von dem verfahrensrechtlichen Anspruch auf Entscheidung über einen Leistungsantrag. Der (primäre) Sachleistungsanspruch erlischt nicht schon durch die das Verfahren beendende Entscheidung, sondern erst durch Erfüllung oder - im Fall der Selbstbeschaffung einer Systemleistung - durch Zweckerreichung.

Das *SG* stellte fest, dass der Antrag der Kl. auf Gewährung einer mehrschrittigen liposuktionsassistierten distalen Oberschenkel- und Unterschenkelstraffung als Sachleistung vom 23.12.2019 gem. § 13 IIIa 6 SGB V als genehmigt gilt.

2. Ambulante Behandlung in Österreich: Sondenentwöhnungsprogramm „NoTube“

SG München, Urteil v. 05.05.2022 - S 59 KR 1550/19

RID 22-03-52

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 13 IV, 135 I 1; SGG § 130 I 1

Leitsatz: Das Programm zur Entwöhnung von Sondennahrung bei Fütterungsstörungen „NoTube“ in Graz stellt **keine neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode** im Sinne des § 135 SGB V dar. Da es sich um eine **ambulante Behandlung im EU-Ausland** handelt, kommt ein Kostenerstattungsanspruch nach § 13 Abs. 4 SGB V selbst dann in Betracht, wenn die Maßnahme in Anspruch genommen wurde, ohne zuvor die Entscheidung der Krankenkasse abzuwarten.

Das *SG* verurteilt die Bekl., die Kosten des Kl. für die selbstbeschaffte Therapieleistung Sondenentwöhnungsbehandlung in der Esslerschule „NoTube“ in Graz dem Grunde nach zu übernehmen und darüber unter Zugrundelegung der Rechtsauffassung des Gerichts zu entscheiden.

IV. Arzneimittel

1. Versorgung mit Cannabis

a) Begründungsumfang zum Eintritt von Nebenwirkungen

SG Mannheim, Beschluss v. 19.12.2021 - S 19 KR 2552/21 ER

RID 22-03-53

www.juris.de
SGB V § 31 VI

Zur Begründung eines Anspruchs auf Versorgung mit Medizinal-Cannabis genügt es nicht, wenn nur allgemein auf die **Möglichkeit des Eintritts von Nebenwirkungen** bei Einsatz eines anerkannten und dem medizinischen Standard entsprechenden Arzneimittels verwiesen wird (LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 16.10.2020 - L 4 KR 813/19 - RID 20-04-74, juris Rn. 42).

Das *SG* lehnte den Antrag auf einstweiligen Rechtsschutz ab.

b) ADHS bei Erwachsenen

LSG Baden-Württemberg, Beschluss v. 05.07.2022 - L 4 KR 95/22 ER-B

RID 22-03-54

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 27 I, 31 VI; SGG § 86b II 2

Leitsatz: 1. **ADHS bei Erwachsenen** ist nicht generell oder regelhaft als schwerwiegende Erkrankung im Sinne von § 31 Abs. 6 Satz 1 SGB V einzustufen.

2. Die Evidenz für eine Reduktion der ADHS-Kernsymptomatik durch Einsatz von **Cannabinoiden** ist derzeit bei weitgehend unklarem Nebenwirkungsprofil schwach.

SG Mannheim, Beschl. v. 09.12.2021 - S 19 KR 2552/21 ER - lehnte den Antrag auf einstweiligen Rechtsschutz ab, das *LSG* wies die Beschwerde zurück.

c) Schwerwiegende Erkrankung (ADHS)/Begründete Einschätzung

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 27.04.2022 - L 9 KR 233/20

RID 22-03-55

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 31 VI

ADHS ist nicht generell eine **schwerwiegende Erkrankung**. Ob die Schwere der durch ADHS verursachten Gesundheitsstörungen „die Lebensqualität auf Dauer nachhaltig beeinträchtigt“, ist vom Einzelfall abhängig.

Für eine „**begründete Einschätzung**“ eines behandelnden Vertragsarztes, wonach die allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung für ADHS im konkreten Einzelfall nicht zur Anwendung kommen kann, ist eine Beurteilung des behandelnden Arztes unter Auseinandersetzung mit den individuellen Verhältnissen des Versicherten, des Krankheitszustandes und der bisherigen Therapieversuche sowie unter Abwägung der zu erwartenden Nebenwirkungen erforderlich. Schließlich muss die Einschätzung in sich schlüssig und nachvollziehbar sein; sie darf nicht im Widerspruch zum Akteninhalt im Übrigen stehen.

SG Berlin, Gerichtsbb. v. 08.01.2020 - S 166 KR 3426/18 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

d) Jahrelange Opiateinnahme: Reevaluation erforderlich

LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 01.11.2021 - L 1 KR 335/21 B ER

RID 22-03-56

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 31 VI

Der Anspruch eines Versicherten auf **Versorgung mit Cannabis** setzt voraus, dass eine entsprechende ärztliche Therapieentscheidung tatsächlich getroffen wurde und auch **dokumentiert** ist. Es reicht danach für einen solchen Anspruch nicht aus, dass die Behandlung mit Cannabinoiden beim Versicherten durchaus sinnvoll sein kann und die Behandlerin ihm bereits ein Privatrezept für Dronabinoltropfen ausgestellt hat. Nicht ausreichend ist ferner, dass sich der Arzt die positiven Erfahrungen des Versicherten mit Cannabis zu Eigen macht und/oder ganz allgemein Krankheiten behandelt werden sollen, für welche eine positive Wirkung von Cannabis-Medikamenten beschrieben worden ist.

Bei einer über zwanzig Jahre **ständigen Opiateinnahme** soll vor bzw. anlässlich einer Therapieumstellung auf Cannabinoide aus Anlass nachlassender Wirksamkeit der bisherigen Schmerzmedikamentation nach der einschlägigen Leitlinie „Langzeitanwendung von Opioiden bei chronischen nicht-tumorbedingten Schmerzen (LONTS)“ eine **Reevaluation** durchgeführt werden, um zu klären, ob es sich um eine Krankheitsprogression, eine Toleranzentwicklung, eine opioidinduzierte Hyperalgesie (Schmerzüberempfindlichkeit) oder eine Fehlgebrauch bzw. Substanzabhängigkeit handelt.

SG Potsdam, Beschl. v. 23.07.2021 - S 28 KR 67/21 ER - lehnte den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das *LSG* wies die Beschwerde zurück.

V. Hilfsmittel/Heilmittel

1. Faltpbarer Elektrorollstuhl

LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 06.07.2022 - L 1 KR 175/22 B ER

RID 22-03-57

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 33 I

Das SG hat zutreffend u.a. darauf abgestellt, dass der vom Ast. in diesem Eilverfahren begehrte **faltbare Elektrorollstuhl** nicht zu den von der Ag. zu leistenden Hilfsmitteln gehört. Hilfsmittel, welche lediglich auf einen mittelbaren Ausgleich von Behinderungen zielen, sind nur zu gewähren, soweit sie der Befriedigung sog. Grundbedürfnisse dienen (BSG, Urt. v. 18.05.2011 - B 3 KR 10/10 R - SozR 4 § 33 Nr. 35, juris Rn. 14 m.w.N.). Das ist bei einem Rollstuhl der Fall, soweit er zur Erschließung des Nahbereichs der Wohnung nötig ist. Dafür reicht beim Ast. ein normaler Elektrorollstuhl aus. Für die Bestimmung des **Nahbereichs** gilt ein abstrakter, von den Besonderheiten des jeweiligen Wohnortes unabhängiger Maßstab (vgl. BSG, aaO. Rn. 16 m.w.N.).

SG Frankfurt (Oder), Beschl. v. 16.05.2022 - S 5 KR 61/22 ER - lehnte den Antrag ab, das *LSG* wies die Beschwerde zurück.

2. Antrieb eines Elektrorollstuhls mit einer Motorleistung von 10 km/h

LSG Niedersachsen-Bremen, Beschluss v. 23.08.2021 - L 16 KR 24/20

RID 22-03-58

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 3 KR 10/22 R
www.juris.de
SGB V §§ 13 III, 33 I

Ein Anspruch auf Versorgung mit einem **Antrieb eines Elektrorollstuhls mit einer Motorleistung von 10 km/h** als Hilfsmittel besteht nicht, weil sein Einsatz keine der von § 33 I 1 SGB V geforderten Zielrichtungen erfüllt. Dies gilt jedenfalls dann, wenn nicht besondere Umstände im Einzelfall vorliegen.

SG Oldenburg, Urt. v. 21.11.2019 wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

3. Therapiedreirad

a) Elektromotorische Restkraftverstärkung: Einziges Hilfsmittel für Nahbereich

SG Hamburg, Urteil v. 30.05.2022 - S 56 KR 2769/19

RID 22-03-59

www.juris.de
SGB V § 33 I

Ein **Therapiedreirad mit elektromotorischer Restkraftverstärkung** ist geeignet, um einer Versicherten den **Nahbereich** ihrer Wohnung zu erschließen. Sind alle weiteren in Betracht kommenden Hilfsmittel im Sinne von § 33 SGB V wie ein einhändiger Rollator, ein Schieberollstuhl, ein Elektrorollstuhl oder ein Dreirad ohne elektromotorische Restkraftverstärkung nicht als gleich geeignet anzusehen, besteht ein Anspruch auf Versorgung mit dem Therapiedreirad.

Das *SG* verurteilte die Bekl., die Kosten für das beantragte Therapiedreirad „V.“ mit elektromotorischer Restkraftverstärkung zu übernehmen.

b) In der geistigen Entwicklung retardierter Jugendlicher

SG Dortmund, Urteil v. 25.05.2021 - S 48 KR 4866/18

RID 22-03-60

www.juris.de
SGB V § 33 I

Ein Versicherter, der nicht in der Lage ist, ohne Hilfe zu gehen, ist zur selbständigen Fortbewegung auf Hilfsmittel angewiesen. Kann sich ein 2003 geb. Versicherter mit Hilfe des **Therapiedreirades** zumindest auf verkehrssicheren Flächen selbständig und ohne Hilfe **fortbewegen**, ermöglicht ihm dies selbständige Bewegung etwa im Garten des Großvaters, bei dem er lebt, und ein Mindestmaß von körperlicher und geistiger Freiheit, indem er sich selbstbestimmt zurückziehen kann, dann trägt dieses dazu bei, dass sich der im Zeitpunkt der Antragstellung 14-jährige und in der geistigen Entwicklung

retardierte Versicherte zumindest im Rahmen seiner Möglichkeiten in einen seinem Alter entsprechenden körperlichen und geistigen **Emanzipationsprozess** treten und so ein Mindestmaß an geistiger Freiheit erreichen kann.

Das *SG* verurteilte die Bekl., den Kl. mit dem Therapedreirad „Momo“ gemäß Spezifizierung im Kostenvoranschlag vom 02.01.2018 zu versorgen.

4. Hörgeräteversorgung

a) Freiburger Sprachtest/Subjektives Hörverstehen

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 30.11.2021 - L 11 R 3540/20

RID 22-03-61

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 33 I

Der **Freiburger Sprachtest** ist ein geeignetes Mittel, um die Güte eines Hörsystems bewerten zu können. Der Freiburger Sprachtest ist nach § 21 II ff. HilfsM-RL ein normiertes Verfahren und ermöglicht einen objektiven Vergleich zwischen den getesteten Hörgeräten (LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 22.01.2020 - L 5 KR 241/18 - RID 20-02-78, juris Rn 42; vgl. auch LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 13.07.2017 - L 9 KR 60/17 B ER - RID 17-03-174, juris Rn. 8), und dies auch im Störschall (vgl. § 21 III sowie § 22 III HilfsM-RL).

Das rein **subjektive Hörverstehen** ist nicht von ausschlaggebender Bedeutung. Rein subjektive Schilderungen des Hörgeräteträgers sind durch die Krankenkassen und durch die Gerichte nicht überprüfbar und können deshalb nicht Grundlage für die Beurteilung sein, welches Hörgerät ausreicht, um die Behinderung auszugleichen (so auch LSG Mecklenburg-Vorpommern, Urt. v. 19.08.2020 - L 6 KR 36/16 - RID 20-04-93, juris Rn. 48 ff.). Auch besteht die Gefahr, dass der subjektive Eindruck nicht unwesentlich durch Komfortausstattungen des teureren Gerätes beeinflusst wird, die nicht von der Krankenkasse zu tragen sind, aber subjektiv das Hörvermögen erleichtern.

Die **Gefährdung der Erwerbsfähigkeit** kann auch durch ein Festbetragshörgerät abgewendet werden.

SG Karlsruhe, Urt. v. 28.09.2020 - S 10 R 4324/19 - hob die Bescheide der bekl. DRV auf und verurteilte die beigel. Krankenkasse zur Versorgung mit den begehrten Hörgeräten. Das LSG wies die Klage auf die Berufung der Beigel. ab.

b) Bestes Hörvermögen/Fehlende adäquate Beratung

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 30.09.2021 - L 1 KR 418/19

RID 22-03-62

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 13 III, 33 I

Selbst mit den gewählten Geräten hat die Kl. mit Störschall nur 80% der Einsilbenwörter verstanden. Sie erzielt also lediglich ein Hörverständnis, bei dem jedes fünfte Wort nicht verstanden wird. Dies kann bereits **nicht als normales Hören** bezeichnet werden. Mit dem besten aufzahlungsfreien Gerät hat sie sogar jedes vierte Wort nicht verstanden (Verständnisquote 75%). Auch wenn der Unterschied im Bereich der Toleranz liegen oder der Tagesform geschuldet sein könnte, hat sich das gewählte Hörsystem im Hörtest als das relativ Beste herausgestellt. Soweit die Bekl. der Kl. manipulatives Verhalten beim Testen vorwerfen sollte, gibt es dazu keine objektivierbaren Anhaltspunkte.

Dass möglicherweise auch andere, nicht ganz so unauffällige und deshalb **preiswertere Hörgeräte** zu einem für sie befriedigenden Ergebnissen geführt hätten, ändert nichts daran, dass die konkrete Beschaffung hier notwendig war, weil die Kl. durch die Bekl. **nicht adäquat beraten** worden ist.

SG Potsdam, Urt. v. 24.10.2019 - S 15 KR 44/18 - wies die Klage ab, das *LSG* verurteilte die Bekl., der Kl. für die Hörgeräteversorgung Siemens Silk 3 px weitere 1.810 € zu erstatten.

c) Fehlende Beratung der Krankenkasse

LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 08.12.2020 - L 1 KR 5/18

RID 22-03-63

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 33

Es ist davon auszugehen, dass das vom Kläger gewählte System **objektivierbar relevante Gebrauchsvorteile** gegenüber den anderen von ihm getesteten Geräten aufwies, indem es ein Hörverstehen auch in schwierigeren Hörsituationen ermöglichte. Er testete mehrere Monate lang verschiedene Hörgeräte jeweils nach Einstellung durch den Hörgeräteakustiker. Nachvollziehbar ist es ihm in erster Linie darauf angekommen, dass das Hörgerät gerade in Bezug auf seine Sehbehinderung und in einem Umfeld wie an seinem Arbeitsplatz den für ihn erforderlichen Hörverlustausgleich bietet. Nicht entscheidend ist das isolierte Verständnis einzelner Worte gewesen. Maßgeblich war vielmehr das Sprachverständnis insgesamt auch in geschlossenen großen Räumen bei Anwesenheit anderer, sowie das Hörempfinden bei der Benutzung des Blindenlangstockes. Dass möglicherweise doch auch mit **andere Hörgeräten** zu für den Kläger befriedigenden Ergebnissen geführt hätten, ändert nichts daran, dass die konkrete Beschaffung hier notwendig war, weil der Kl. durch die Bekl. **nicht adäquat beraten** worden ist. Eine Krankenkasse genügt ihren Pflichten nicht bereits durch den Abschluss eines Versorgungsvertrages mit dem Hilfsmittellieferanten.

SG Berlin, Urt. v. 01.12.2017 - S 36 KR 2328/14 - verurteilte die Bekl., dem Kl. die Kosten für die Hörgeräte WIDEX Dream 440 Fusion in Höhe von 4.305 € zu erstatten, das *LSG* wies die Berufung der Bekl. zurück.

VI. Rehabilitation/Häusliche Krankenpflege/Fahrkosten

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

1. Häusliche Krankenpflege

a) Medizinische Fachkraft als Schulbegleitung

SG Augsburg, Urteil v. 07.07.2022 - S 3 KR 67/21

RID 22-03-64

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 37 II, 92 I; SGB XII § 19 III

Leitsatz: Kosten für eine **medizinische Fachkraft als Schulbegleitung** können unter bestimmten Voraussetzungen als **medizinische Behandlungspflege** als Leistung der gesetzlichen Krankenkasse übernahmefähig sein. Die HKP-Richtlinien dienen als Maßstab, sind aber nicht verbindlich.

Die Kl. begehrt als Träger der Sozialhilfe von der Bekl. als gesetzlicher Krankenkasse Erstattung für die Gewährung spezieller Schulbegleitung für die bei der Bekl. gesetzlich krankenversicherte C, die an einer Citrullinämie, einer Metabolischen Encephalopathie, einer globalen Entwicklungsverzögerung und einer MRSA-Besiedelung leidet. Das *SG* verurteilte die Bekl. über ihr Anerkenntnis vom 09.09.2021 hinaus, der Kl. die gesamten Aufwendungen der Schulbeförderung in Höhe von 3.693,50 € für den Zeitraum September bis Dezember 2020 zu erstatten.

b) Vorrangige Leistungspflichten der Einrichtung

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 17.11.2021 - L 4 KR 336/19

RID 22-03-65

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 3 KR 5/22 R
www.juris.de
SGB V § 37

Die vom BSG vorgenommene Unterscheidung und insb. die Prüfung **vorrangiger Leistungspflichten der Einrichtung** gilt nicht nur für eine vollstationäre Einrichtung für behinderte Menschen, sondern auch für andere betreute Wohnformen, wie das BSG selbst ausgeführt hat (BSG, Ur. v. 25.02.2015 - B 3 KR 11/14 R - BSGE 118, 122 = SozR 4-2500 § 37 Nr. 13, juris Rn. 28).

Der Kl. begehrt von der Bekl. die nachträgliche Genehmigung und Freistellung von Kosten für in Anspruch genommene Leistungen der häuslichen Krankenpflege im Zeitraum vom 08.01.2016 bis zum 07.07.2016. *SG Hannover*, Ur. v. 28.06.2019 wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

c) Erbringung der Pflegemaßnahmen von der Einrichtung

LSG Niedersachsen-Bremen, Beschluss v. 09.12.2021 - L 4 KR 316/19

RID 22-03-66

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 3 KR 7/22 R
www.juris.de
SGB V §§ 13 III, 37

Es besteht kein Freistellungsanspruch für durch einen Pflegedienst erbrachte **Medikamentengaben** und das Anziehen von **Kompressionsstrümpfen**, wenn diese Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege von der **Einrichtung**, in der der Versicherte wohnt, zu erbringen sind. Bei grundsätzlich bestehender Leistungspflicht der Einrichtung ist ihr Einwand, dass die Ausstattung das Erbringen von Leistungen der häuslichen Krankenpflege nicht erlaube, für den geltend gemachten Anspruch gegen die Krankenkasse nicht entscheidungserheblich.

SG Hannover, Ur. v. 28.06.2019 wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

VII. Beziehungen zu Krankenhäusern

Nach BSG, Ur. v. 22.06.2022 - **B 1 KR 19/21 R** - steht die **bestandskräftige Ablehnung des Kostenübernahmeantrags des Versicherten** dem Vergütungsanspruch des Krankenhauses nicht entgegen, da diese das Abrechnungsverhältnis zwischen dem Krankenhaus und der KK nicht berührt. Eine Krankenhausbehandlung zur Durchführung einer **bariatrischen Operation** ist erforderlich, wenn die Behandlung dem allgemeinen **Qualitätsgebot** (§ 2 I 3 SGB V) oder zumindest dem abgesenkten Qualitätsgebot des Potentialmaßstabes (§ 137c III SGB V) entspricht und notwendig ist. Nach der bisherigen Rspr. sollte eine bariatrische Operation nur als ultima ratio nach tatsächlicher Ausschöpfung konservativer Behandlungsmöglichkeiten im Sinne eines multimodalen Therapiekonzeptes erforderlich sein. Dazu stellt der Senat nun Folgendes klar: Das **allgemeine Qualitätsgebot** fordert, dass nach dem gesicherten Stand der medizinischen Erkenntnisse, also der bestverfügbaren Evidenz, **in medizinischen Fachkreisen Konsens über die Wirksamkeit und Zweckmäßigkeit der bariatrischen Operation** besteht. Unter der Berücksichtigung der besonderen Risiken und Folgen eines solchen Eingriff bedeutet ultima ratio, dass die zielgerichtete irreversible **Schädigung eines gesunden Organs** nur dann als erforderliche Behandlung anzusehen ist, wenn die voraussichtlichen Ergebnisse dieses Eingriffs **den voraussichtlichen Ergebnissen anderer Behandlungsoptionen eindeutig überlegen** sind. Hierfür ist es **nicht zwingend erforderlich**, dass sämtliche **andere Therapieoptionen** zuvor tatsächlich **ausgeschöpft** sind. Es kommt insb. auf die Erfolgsaussichten der nicht-invasiven Therapieoptionen, die voraussichtliche Dauer bis zu einem spürbaren Erfolg, das Ausmaß der Folge- und Begleiterkrankungen der Adipositas und die dadurch bedingte Dringlichkeit der Gewichtsreduktion an. Im Falle des **abgesenkten Qualitätsgebots** verbleibt es bei der Voraussetzung der **Nicht(mehr)verfügbarkeit einer Standardbehandlung**. Mit ihren **Einwänden** gegen den danach in Betracht kommenden Vergütungsanspruch des Krankenhauses ist die KK nicht schon ausgeschlossen, weil sie kein **Prüfverfahren** im Sinne des § 275 I c SGB V a.F. eingeleitet hat. Allerdings besteht eine auf die Einwände der KK beschränkte Ermittlungspflicht des Gerichts, an der das Krankenhaus nicht mitwirken muss. Die Erhebung und Verwertung derjenigen Daten, die nur im Rahmen des Prüfverfahrens durch den MDK beim Krankenhaus hätten erhoben werden können, ist dem Gericht verwehrt. Das Gericht darf seiner Überzeugungsbildung nur die von dem Beweiserhebungs- und -verwertungsverbot nicht umfassten Daten zugrunde legen. Verwertbar sind auch die vom Krankenhaus freiwillig zur Verfügung gestellten Daten. Der Verzicht der KK auf ein Prüfverfahren ist darüber hinaus auch im Rahmen der Beweiswürdigung zu berücksichtigen. Er bewirkt eine Beweiserleichterung bis hin zur Umkehr der Beweislast zugunsten des Krankenhauses. Dieses soll nicht unter dem Druck der Beweislast letztlich doch gezwungen sein, Behandlungsunterlagen zu offenbaren, deren Anforderung dem Gericht verwehrt ist. Im wiedereröffneten **Berufungsverfahren** muss das LSG zunächst feststellen, ob nach den aufgezeigten Maßstäben eine bariatrische Operation medizinisch erforderlich war. Bejaht es dies nach Prüfung der von der KK vorgetragene Tatsachen auch im konkreten Fall, erübrigen sich weitere Ermittlungen. Sollten die von der KK vorgetragene und belegten Tatsachen gegen die Erforderlichkeit der bariatrischen Operation sprechen, kann das Krankenhaus nur ihm zur Verfügung stehende Daten in das Verfahren einführen, um die Einwände zu erschüttern. Bleiben relevante Tatsachen für die von der KK erhobene Einwände unaufklärbar, gehen verbleibende Zweifel zu ihren Lasten. Nach BSG, Ur. v. 22.06.2022 - **B 1 KR**

25/21 R - hat das Krankenhaus keinen Anspruch auf **Vergütung der Studienbehandlungen** des Versicherten im Januar und Februar 2011. Das LSG hat die Berufung des Krankenhauses gegen das ablehnende Urteil des SG insoweit zu Recht zurückgewiesen. Voraussetzung des Vergütungsanspruchs ist, dass der Versicherte gegen die KK einen Anspruch auf Versorgung mit der vom Krankenhaus erbrachten Leistung hatte. Dies war bei den Behandlungen im Januar und Februar 2011 nicht der Fall. **Versicherte haben grundsätzlich nur Anspruch auf Leistungen**, die dem **allgemeinen Qualitätsgebot** entsprechen. Die Versorgung im Rahmen der Studie entsprach nach den bindenden, nicht mit Verfahrensrügen angegriffenen Feststellungen des LSG nicht diesem Maßstab. Es kann dahinstehen, ob bei Durchführung einer klinischen Studie Ausnahmen vom Qualitätsgebot für die stationäre Behandlung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung bestehen. Dies ergibt sich zwar nicht bereits aus § 8 KHEntG. Als preisrechtliche Regelung bestimmt die Vorschrift nur die Höhe der Vergütung und begründet weder Leistungsansprüche der Versicherten noch einen Vergütungsanspruch des Krankenhauses dem Grunde nach. Für eine Absenkung des Qualitätsmaßstabes könnte jedoch die Regelung des § 137c II 2 Hs. 2 SGB V in der im Behandlungsjahr geltenden Fassung sprechen. Dem steht vorliegend aber § 39 I 2 SGB V entgegen. Die **Teilnahme an einer klinischen Studie** kann die stationäre **Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit** nicht allein begründen. Dies gilt jedenfalls dann, wenn zur Erreichung desselben Behandlungsziels eine ambulant durchführbare Standardtherapie zur Verfügung steht. Das war hier nach den bindenden Feststellungen des LSG jedenfalls im Januar und Februar 2011 der Fall. Eine Absenkung der Qualitätsanforderungen kommt auch nicht unter dem Gesichtspunkt des **Potentialmaßstabes** in Betracht, da dieser seinerzeit noch nicht galt. Ferner lagen die Voraussetzungen des Leistungsanspruchs aufgrund einer grundrechtsorientierten Auslegung der Vorschriften des SGB V (jetzt § 2 Ia SGB V) nicht vor. Der Senat konnte auf Grundlage der Feststellungen des LSG nicht abschließend darüber entscheiden, ob dem Krankenhaus ein Anspruch auf Vergütung für die Behandlung des Versicherten vom 26. bis 29. Oktober 2011 zusteht. Es kommt ein Anspruch im Rahmen einer **grundrechtsorientierten Auslegung** der Vorschriften des SGB V in Betracht. Nach den Feststellungen des LSG musste die medikamentöse Standardbehandlung im Juni 2011 aufgrund eingetretener Komplikationen ausgesetzt werden. Die weitere Feststellung des LSG, dass im Oktober 2011 noch eine Standardtherapie zur Verfügung stand, ist damit nicht vereinbar. Die noch fehlenden Feststellungen muss das LSG nachholen. Nach BSG, **Urt. v. 22.06.2022 - B 1 KR 25/21 R** - enthält § 7 II 2 bis 4 **PrüfvV 2014**, wie der Senat bereits entschieden hat, eine **materielle Präklusionsregelung**. Unterlagen, die der MDK im Rahmen eines ordnungsgemäßen Prüfverfahrens angefordert, das Krankenhaus aber nicht innerhalb der Frist von vier Wochen vorgelegt hat, dürfen auch in einem späteren Gerichtsverfahren nicht mehr zur Begründung des Vergütungsanspruchs herangezogen werden. Voraussetzung ist, dass die Unterlagen vom MDK ihrer Art nach konkret bezeichnet wurden. Die Voraussetzungen der Präklusion liegen hier vor. Die **PrüfvV 2014** ist im Jahr 2015 zeitlich und sachlich anwendbar, soweit es um eine **Auffälligkeitsprüfung (Wirtschaftlichkeitsprüfung)** geht. Nach den Feststellungen des LSG bezog sich diese Prüfung hier auf die Überschreitung der oberen Grenzverweildauer und die Zusatzentgelte. Der MDK hat den Entlassungsbericht sowie die OP- und Interventionsberichte ihrer Art nach konkret bezeichnet. Diese hat das Krankenhaus nach den bindenden Feststellungen des LSG nicht fristgerecht übersandt. Die Berichte dürfen daher auch im Gerichtsverfahren zur Begründung des Vergütungsanspruchs nicht berücksichtigt werden. Die weitere pauschale Unterlagenanforderung, führte dagegen nicht zu einem Ausschluss dieser Unterlagen. Soweit der Prüfauftrag auch die sachlich-rechnerische Prüfung der Prozeduren umfasste, findet die **PrüfvV** und damit eine Präklusionsregelung keine Anwendung. Im wiedereröffneten Berufungsverfahren muss das LSG feststellen, ob und ggf. in welcher Höhe dem streitigen Vergütungsanspruch unter Außerachtlassung der präkludierten Unterlagen eine dem Wirtschaftlichkeitsgebot entsprechende Leistungserbringung zugrunde liegt. Nach BSG, **Urt. v. 22.06.2022 - B 1 KR 27/21 R** - stand der Aufrechnung der KK **kein Aufrechnungsverbot** entgegen, so dass eine Entscheidung über die für diesen Fall hilfsweise erhobene Widerklage weder im Revisionsverfahren noch im wieder eröffneten Berufungsverfahren zu ergehen hat. Die **PrüfvV 2014** galt im Jahr 2016 **auch für sachlich-rechnerische Prüfungen**. § 7 II 2 bis 4 **PrüfvV 2014** enthält eine **materielle Präklusionsregelung**. Ihrer Art nach konkret bezeichnete Unterlagen, die der MDK im Rahmen eines ordnungsgemäßen Prüfverfahrens angefordert, das Krankenhaus aber nicht innerhalb der Frist von vier Wochen vorgelegt hat, dürfen auch in einem späteren Gerichtsverfahren nicht mehr zur Begründung des Vergütungsanspruchs berücksichtigt werden. Ob diese Voraussetzungen hier erfüllt sind, steht auf Grundlage der Feststellungen des LSG nicht fest. Das LSG muss im wiedereröffneten **Berufungsverfahren** unter Anwendung des § 7 Abs. 2 Satz 2 bis 4 **PrüfvV 2014** erneut über den Vergütungsanspruch des Krankenhauses entscheiden. Es muss zunächst Feststellungen zu Beginn und Ende der Frist nach § 7 Abs. 2 Satz 3 **PrüfvV 2014** treffen. Für den Fall, dass die ihrer Art nach konkret bezeichneten Unterlagen, die der MDK beim Krankenhaus angefordert hatte, aus vom Krankenhaus zu vertretenden Gründen erst nach Ablauf der Frist dem MDK zugegangen sind, darf es diese Unterlagen nicht berücksichtigen. Welche Unterlagen durch den MDK ihrer Art nach jeweils konkret bezeichnet wurden, bestimmt sich nach den Grundsätzen über die Auslegung von Willenserklärungen. Das LSG wird auch festzustellen haben, ob das Interventionsprotokoll ein OP-Bericht im Sinne der vom MDK ihrer Art nach konkret angeforderten Unterlagen ist. Zu berücksichtigen ist hierbei insbesondere der medizinische Sprachgebrauch.

Nach BSG, **Urt. v. 26.04.2022 - B 1 KR 15/21 R** - gehören Leistungen, die von einer zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Arztpraxis auf Grundlage eines mit einem Krankenhaus geschlossenen **Kooperationsvertrags** erbracht werden, durch den ganze Leistungsbereiche ausgegliedert werden (hier: **Strahlentherapie**), nicht zu den allgemeinen Krankenhausleistungen i.S.d. § 2 II 2 Nr. 2 KHEntG. Diese Regelung erlaubt es nicht, dass das Krankenhaus wesentliche der vom Versorgungsauftrag umfassten Leistungen regelmäßig und **planvoll auf Dritte auslagert**, die nicht in seine Organisation eingegliedert sind. Das Krankenhaus hat für die **im Versorgungsauftrag ausgewiesenen Bereiche** (Fachabteilungen, Zentren, Fachprogramme etc.) die **räumliche, apparative und personelle Ausstattung zur Erbringung der wesentlichen Leistungen selbst vorzuhalten**. Wesentlich sind dabei alle die Leistungen, die in der ausgewiesenen Fachabteilung regelmäßig notwendig sind - mit Ausnahme unterstützender und ergänzender Leistungen, wie etwa Laboruntersuchungen oder radiologischer Untersuchungen. Das Krankenhaus der Kl. war mit einer Fachabteilung für Strahlentherapie im Krankenhausplan ausgewiesen, konnte aber nach der Schließung der Abteilung für Strahlentherapie keine strahlentherapeutischen Leistungen mehr selbst erbringen. Bestrahlungen sind für ein Krankenhaus mit einem Versorgungsauftrag für Strahlentherapie wesentliche Leistungen. Nach BSG, **Urt. v. 26.04.2022 - B 1 KR 26/21 R** - hat ein Krankenhaus keinen Anspruch auf Vergütung für Krankenhausbehandlungen, an denen ein **Nichtarzt** als vermeintlicher Arzt

mitgewirkt hat. Der Vergütungsausschluss gilt auch dann, wenn dem Nichtarzt zuvor eine **echte Approbationsurkunde** ausgestellt worden ist. Er erstreckt sich allerdings nicht auf eigenständige und abgrenzbare Behandlungsabschnitte, an denen der Nichtarzt nicht mitgewirkt hat. Für Krankenhausbehandlungen, an denen ein Nichtarzt mitgewirkt hat, besteht wegen des in der gesetzlichen Krankenversicherung geltenden **Arztvorbehalts** kein Vergütungsanspruch. Voraussetzung der Erbringung ärztlicher Leistungen ist nicht nur die Approbation, sondern auch die **fachliche Qualifikation als Arzt**. Die Approbation ist zwar notwendige Voraussetzung für die Ausübung des Arztberufs. Sie spricht im Sinne einer widerlegbaren Vermutung auch dafür, dass der Betreffende über die medizinische Mindestqualifikation verfügt; sie fingiert diese aber nicht. Fehlt es an dieser, verletzt dies den Arztvorbehalt und damit das bei jeder Behandlung zu beachtende Qualitätsgebot. Unerheblich ist hierbei, ob die von P erbrachten Leistungen für sich genommen medizinisch mangelfrei waren und ob am Behandlungsgeschehen noch andere Personen mitgewirkt haben. Denn bei der Krankenhausbehandlung handelt es sich um eine komplexe Gesamtleistung, die mit Fallpauschalen vergütet wird. Eine **Ausnahme** von dem Vergütungsausschluss gilt lediglich für eigenständige und abgrenzbare Behandlungsabschnitte, an denen der Nichtarzt nicht mitgewirkt hat. Der Ausschluss des Vergütungsanspruchs dient allein der Einhaltung des Qualitätsgebots und soll keine darüber hinausgehende Sanktion des Leistungserbringers bewirken. Er erstreckt sich daher nicht auf Teile der Behandlung, die vom Rechtsverstoß nicht erfasst sein können. Das Landessozialgericht muss nun feststellen, ob in den Behandlungsfällen eigenständige und abgrenzbare Behandlungen durchgeführt wurden, an denen P nicht mitgewirkt hat. Nach BSG, Urt. v. 26.04.2022 - **B I KR 5/21 R** - war die durchgeführte **vollstationäre Behandlung** des Versicherten **medizinisch nicht erforderlich**, weil von Beginn an eine teilstationäre Behandlung ausgereicht hätte. In Betracht kommt allerdings ein **Vergütungsanspruch** für die erforderlich gewesene teilstationäre Krankenhausbehandlung nach den **Grundsätzen des fiktiven wirtschaftlichen Alternativverhaltens**. Das BSG hat einen solchen Vergütungsanspruch in unterschiedlichen Fallkonstellationen für den Fall bejaht, dass das Krankenhaus von zwei gleichermaßen zweckmäßigen und notwendigen Behandlungsalternativen die unwirtschaftliche gewählt hat. Gleiches gilt, wenn das Krankenhaus anstelle einer erforderlichen und auch ausreichenden teilstationären Behandlung eine ebenfalls zweckmäßige, aber nicht erforderliche vollstationäre Behandlung wählt. Denn der in § 39 I 2 SGB V zum Ausdruck kommende **Nachrang** der vollstationären gegenüber der teilstationären Behandlung **stellt lediglich eine besondere Ausprägung des Wirtschaftlichkeitsgebots dar**. In dem Stufenverhältnis der unterschiedlichen Formen der Krankenhausbehandlung (vollstationär oder stationsäquivalent, teilstationär, ambulant) kommt deshalb ein Vergütungsanspruch nach Maßgabe eines fiktiven wirtschaftlichen Alternativverhaltens immer dann in Betracht, wenn eine zweckmäßige, medizinisch jedoch in einer höheren Stufe der Krankenhausbehandlung nicht erforderliche Behandlung durchgeführt wurde, eine Behandlung in einer niedrigeren Stufe aber gleichermaßen zweckmäßig und medizinisch erforderlich gewesen wäre. Das gilt sowohl für das Verhältnis von vollstationärer oder stationsäquivalenter zu teilstationärer Krankenhausbehandlung als auch für das Verhältnis von stationärer zu ambulanter Krankenhausbehandlung. Weitere Voraussetzung für eine Abrechnung auf der Grundlage eines fiktiven wirtschaftlichen Alternativverhaltens ist, dass das Krankenhaus berechtigt gewesen wäre, die (**fiktive**) **wirtschaftliche Leistung selbst zu erbringen** und unmittelbar gegenüber der KK abzurechnen. Der Vergütungsanspruch nach Maßgabe eines fiktiven wirtschaftlichen Alternativverhaltens darf nicht dazu führen, dass das Krankenhaus außerhalb seines **Versorgungsauftrages** tätig wird oder dass zwingende Vorgaben des Leistungserbringerrechts unterlaufen werden. Von diesen Grundsätzen geht auch die zum 01.01.2020 neu gefasste Regelung des § 8 III KHEntG aus. Das LSG hat nicht festgestellt, ob die vollstationäre und die teilstationäre Krankenhausbehandlung in dem vorliegenden Fall des Versicherten gleichermaßen zweckmäßig waren, um das Behandlungsziel zu erreichen. Die fehlenden Feststellungen sind vom LSG nachzuholen. Nach BSG, Urt. v. 26.04.2022 - **B I KR 14/21 R** - hält der Senat an seiner Rspr. fest, dass jedenfalls für die Zeit **vor 2019** die Berechnung zweier Behandlungsfälle als ein Behandlungsfall nach den aus dem Wirtschaftlichkeitsgebot abgeleiteten **Grundsätzen des fiktiven wirtschaftlichen Alternativverhaltens** nicht dadurch ausgeschlossen wird, dass die Vertragsparteien der Fallpauschalenvereinbarung (FPV) Regelungen über die Fallzusammenführung vereinbart haben. Unerheblich ist es deshalb, wenn eine nach Satz 1 des § 2 II FPV angeordnete Fallzusammenführung nach dessen Satz 2 im Sinne einer Rückausnahme wieder entfällt und damit die Abrechnung von zwei Behandlungsfällen nicht schon preisrechtlich ausgeschlossen ist. Das Wirtschaftlichkeitsgebot gebietet es, dass Versicherte nicht entlassen werden dürfen, wenn erstens in einem überschaubaren Zeitraum Klarheit darüber geschaffen werden kann, ob eine Fortsetzung der stationären Behandlung medizinisch geboten ist, und zweitens ggf. die Fortsetzung der Behandlung aus medizinischen Gründen auch tatsächlich erfolgen kann. Maßgeblich dafür ist der im Zeitpunkt der Entscheidung über die Entlassung verfügbare Wissens- und Kenntnisstand der Krankenhausärzte. In der Regel ist ein **Zeitraum von zehn Tagen ab der Entscheidung über die Entlassung** bis zur Fortsetzung der Behandlung noch als überschaubar anzusehen ist. Das Krankenhaus hätte nach diesen Grundsätzen lediglich einen einzigen, beide Behandlungsepisoden erfassenden Behandlungsfall abrechnen dürfen. Denn das Krankenhaus hätte angesichts der bevorstehenden Tumorkonferenz die Versicherte nicht entlassen dürfen. Es war auch absehbar, dass die Fortsetzung der stationären Behandlung binnen zehn Tagen in Betracht kam. So ist es auch geschehen. Nach BSG, Urt. v. 10.03.2022 - **B I KR 35/20 R** - setzt eine **Gewöhnung** an die **maschinelle Beatmung** nach der Senatsrechtsprechung „die erhebliche Einschränkung oder den Verlust der Fähigkeit, über einen längeren Zeitraum vollständig und ohne maschinelle Unterstützung spontan atmen zu können“ voraus. Hierfür genügt weder, dass die Beatmung als solche medizinisch notwendig ist, noch sind weitere Voraussetzungen zu erfüllen, etwa eine Adaption des Patienten an den Respirator oder eine beatmungsbedingte Schwächung der Atemmuskulatur. Zu der Feststellung, dass keine Methode der **Entwöhnung** angewandt wurde, genügt nicht, dass eine solche nicht dokumentiert ist. Es ist vielmehr zunächst von der Dokumentation auszugehen und diese tatrichterlich zu bewerten, ggf. unter Heranziehung sachverständiger Hilfe oder Rückgriff auf bereits vorliegende Sachverständigengutachten. Bei Zweifeln muss das Tatsachengericht den Sachverhalt ergänzend aufklären, etwa durch Vernehmung der behandelnden Ärzte oder der behandelten Versicherten. Lässt sich nach Ausschöpfen der gebotenen Aufklärung nicht feststellen, dass die tatbestandlichen Voraussetzungen der abgerechneten Fallpauschale erfüllt gewesen sind, trägt das Krankenhaus die objektive Beweislast für das Vorliegen dieser tatbestandlichen Voraussetzungen.

1. Vergütungsanspruch/Fälligkeit

a) Beweislast bei Nichterweislichkeit einer Diagnose/Aufrechnungsverbot

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 24.02.2022 - L 16 KR 550/19

RID 22-03-67

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 39 I, 108, 109 IV 3

Kann das Vorliegen einer **bestimmten Diagnose** weder festgestellt noch ausgeschlossen werden, trägt die bekl. Krankenkasse im Grundsatz die objektive **Beweislast**, wenn sie sich eines Erstattungsanspruches berüht. Dies gilt jedenfalls nach vorbehaltloser Bezahlung der Krankenhausvergütung, mit der die Krankenkasse grundsätzlich das Risiko der Nichterweislichkeit der Tatsachen, aus denen sich das behauptete Nichtbestehen eines Rechtsgrundes der erbrachten Leistungen ableitet, trägt (BSG, Urt. v. 14.10.2014 - B 1 KR 27/13 R - BSGE 117, 82 = SozR 4-2500 § 109 Nr. 40, juris Rn. 19).

Das in § 15 IV 2 des gekündigten, aber nach § 112 II 1 Nr. 1 SGB V weiterhin anwendbaren Landesvertrages NRW geregelte (partielle) **Aufrechnungsverbot** gilt weiterhin. § 9 PrüfvV 2014, der die Anwendung landesvertraglicher Aufrechnungsverbote ausschließt, findet auf den zugrunde liegenden Behandlungsfall aus dem Jahr 2015 keine Anwendung. Die PrüfvV 2014 - ebenso wie § 275 Ic SGB V in der bis zum 31.12.2015 geltenden Fassung - galt bis zum 31.12.2015 nur für Auffälligkeitsprüfungen betreffend die Wirtschaftlichkeit der Krankenhausbehandlung, nicht dagegen für die Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit der Abrechnung.

SG Detmold, Urt. v. 07.06.2019 - S 3 KR 402/16 - wies die Klage ab, das **LSG** verurteilte die Bekl., an die Kl. 6.325,67 € zzgl. Zinsen zu zahlen.

b) Wirksamkeit eines landesvertraglichen Aufrechnungsverbots

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 22.12.2021 - L 11 KR 637/20

RID 22-03-68

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 14/22 R
www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 71 I, 109 IV, 112 II 1 Nr. 1; SGB IV § 76 I

Aus § 15 IV 2 LV NRW folgt im Umkehrschluss ein **Aufrechnungsverbot** für Erstattungsforderungen, die unter keine der drei vertraglich vereinbarten Varianten fällt (LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 24.05.2012 - L 16 KR 8/09 - RID 12-03-153 u.a.).

Das in § 15 IV 2 LV NRW geregelte **Aufrechnungsverbot** ist **wirksam**. Der bisherigen BSG-Rspr. ist nichts Gegenteiliges zu entnehmen. Das Aufrechnungsverbot verstößt weder gegen § 76 I SGB IV noch gegen § 71 I SGB V. Nichts anderes folgt aus dem neugeschaffenen § 109 VI SGB V.

SG Duisburg, Urt. v. 24.08.2020 - S 59 KR 1987/19 - verurteilte die Bekl., an die Kl. einen Betrag von 34.608,58 € nebst Zinsen zu zahlen. Das **LSG** wies die Berufung zurück.

c) Einzelfallprüfung ist keine Strukturprüfung

SG Duisburg, Urteil v. 06.05.2022 - S 17 KR 2580/19

RID 22-03-69

www.juris.de
SGB V §§ 39 I, 109 IV, 112 II; KHEntG § 7 I 1 Nr. 1; KHG § 17b

Eine abstrakte **Strukturprüfung** findet nicht statt, wenn lediglich eine **Einzelfallprüfung** erfolgt.

Eine Verwertung von Erkenntnissen aus einer vom MDK abstrakt durchgeführten Strukturanalyse, an der das Krankenhaus freiwillig mitgewirkt hat, ist ausschließlich bei einer eingeleiteten Abrechnungsprüfung nach § 275 I SGB V möglich, da zumindest in der PrüfvV keine Regelung dahingehend enthalten ist, dass die Krankenkasse der Auffassung des MDK folgen oder ausschließlich Erkenntnisse aus dessen gutachtlichen Stellungnahme verwenden muss (vgl. BSG, Urt. v. 10.11.2021 - B 1 KR 36/20 R - BSGE <vorgesehen> = SozR 4 <vorgesehen> Rn. 19). Im Umkehrschluss lässt sich folgern, dass bei **Nichteinleitung einer Prüfung** Erkenntnisse aus einer abstrakten Strukturanalyse nicht verwendet werden dürfen.

Mangels Rechtsgrundlage darf das in der Einzelfallprüfung einer Versicherten erstellte „Strukturgutachten“ nicht für die **inzidente Prüfung der strukturellen Mindestmerkmale in weiteren Behandlungsfällen** herangezogen werden.

Das *SG* verurteilte die Bekl., an die Kl. einen Betrag in Höhe von 117.572,43 € nebst Zinsen zu zahlen.

d) Mindestmengenregelung (Knie-TEP-Implantation): Mitteilung über ersten Eingriff

SG Duisburg, Urteil v. 02.06.2022 - S 17 KR 1465/20

RID 22-03-70

Sprungrevision zugelassen
www.juris.de

SGB V § 136b; SGB X § 31

Die Befugnis einer Krankenkasse zum **Erllass eines Verwaltungsaktes** zur Feststellung eines Leistungserbringungsverbot es hinsichtlich der Erbringung von mindestmengenrelevanten Leistungen lässt sich nicht aus § 136b IV 6 SGB V entnehmen.

Ein Schreiben des Krankenhauses, das als schriftliche Mitteilung der erbrachten Leistungsmenge in den ersten zwölf Monaten nach der erneuten bzw. erstmaligen Leistungserbringung nach § 7 III Mm-R auszulegen ist, ist keine **Prognose** im Sinne der Mm-R.

Eine **verspätete Mitteilung** an die Krankenkasse **über die erste Knie-TEP-Implantation** nach einer 50-monatigen Unterbrechung (also erst nach deren Durchführung) lässt das Vorliegen des Ausnahmetatbestandes in § 7 I Mm-R nicht entfallen. Dem Wortlaut des Ausnahmetatbestandes in § 7 I Mm-R kann nicht entnommen werden, dass es sich bei der in § 7 II Mm-R enthaltenen Informationsverpflichtung um ein Tatbestandsmerkmal zur Begründung des Ausnahmetatbestandes in § 7 I Mm-R handelt. Weder § 7 II Mm-R noch eine andere Regelung in der Mm-R beinhaltet eine Rechtsfolge bei einem Verstoß gegen die in § 7 II Mm-R normierte Informationsverpflichtung.

Zwischen den Beteiligten steht im Streit, ob die Erbringung und Abrechnung von Kniegelenk-Totalendoprothesen (Knie-TEP) Eingriffe durch die Kl. im Zeitraum 01.11.2020 bis zum 31.10.2021 gegen die Mindestmengenregelung nach § 136b I Nr. 2 SGB V (i.d.F.v. 11.05.2019) verstoßen haben. Das *SG* stellte fest, dass die Erbringung und Abrechnung von Kniegelenk-Totalendoprothesen durch die Kl. im Zeitraum 01.11.2020 bis 31.10.2021 nicht gegen die Mindestmengenregelung nach § 136b I Nr. 2 SGB V verstoßen haben.

e) Verlegung bei fehlenden Betten auf Geriatriestation

SG Duisburg, Urteil v. 30.03.2022 - S 60 KR 2053/20

RID 22-03-71

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 39, 109 IV

Eine **Verlegung** ohne medizinische oder organisatorische Gründe verstößt gegen den Versorgungsauftrag und begründet eine Pflichtverletzung im Sinne des § 280 BGB. Das Krankenhaus ist daher verpflichtet, eine medizinisch erforderliche Frührehabilitation zum frühestmöglichen Zeitpunkt auch bereits während der Akutbehandlung einzuleiten. Der Grund der Verlegung ist in der Patientenakte zu **dokumentieren**.

Unterlässt es die Krankenkasse, ein **Prüfverfahren** im Hinblick auf die Behandlung der Versicherten im verlegenden Krankenhaus **einzuleiten**, ist sie mit sämtlichen medizinischen Einwendungen präkludiert und nicht mehr berechtigt, die Patientenakte bezüglich der medizinischen Abwägung eines Für und Wider der Verlegung auszuwerten.

Der **Versorgungsauftrag** ist an die Anzahl der Planbetten gekoppelt. Eine Verpflichtung zur Überschreitung der Kapazitätsgrenzen besteht nicht. Das Krankenhaus kann die fehlende Möglichkeit einer **klinkinternen Verlegung** als einen die Pflichtverletzung ausschließenden Umstand geltend machen. Zu den Leistungen der Frührehabilitation gehört auch die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung. Eine Erschöpfung der Betten auf einer speziell für die Erbringung dieser Leistung vorgehaltenen Station indiziert die Erschöpfung der Kapazitäten im verlegenden Haus.

Das *SG* wies die Klage der Krankenkasse ab.

f) Neukodierung einer Nebendiagnose im gerichtlichen Verfahren

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 20.05.2022 - L 4 KR 4017/20

RID 22-03-72

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 109 IV; KHEntgG §§ 7 I, 9 I; BGB §§ 242, 387

Leitsatz: Die **Neukodierung einer Nebendiagnose** erst im **gerichtlichen Verfahren** nach Einholung eines gerichtlichen Sachverständigengutachtens ohne Abänderung der strittigen DRG ist zulässig und

stellt keine Änderung des **Streitgegenstands** dar. Für die Anwendung des Rechtsinstituts der **Verwirkung**, das nur in besonderen, engen Ausnahmekonstellationen bei Nachforderungen eines Krankenhauses heranzuziehen ist, ist in einem solchen Fall kein Raum.

SG Ulm, Urt. v. 07.10.2020 - S 3 KR 63/17 - verurteilte die Bekl., der Kl. 16.941,84 € zzgl. Zinsen zu zahlen, das *LSG* wies die Berufung zurück.

g) Interdisziplinärer Beschluss zur Durchführung einer bariatrischen Operation

SG Aachen, Urteil v. 16.03.2022 - S 1 KR 168/21 KH

RID 22-03-73

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 2 I, 12 I, 27,

Nach der **Leitlinie** der Fachgesellschaften „Prävention und Therapie der Adipositas“ soll die **Indikation** zu einem chirurgischen Eingriff **interdisziplinär** gestellt werden. Fehlt es an einem interdisziplinären Beschluss zur Durchführung der Operation, liegen die Behandlungsvoraussetzungen nicht vor.

Zwischen den Beteiligten ist die Vergütung einer vollstationären Krankenhausbehandlung und insofern das Vorliegen einer primären Fehlbelegung mangels Indikation der durchgeführten bariatrischen Operation streitig. Das *SG* wies die Klage ab.

h) Datenübermittlung: Übermittlung einer ärztlichen Verordnung

SG Magdeburg, Urteil v. 25.04.2022 - S 34 KR 619/15

RID 22-03-74

www.juris.de
SGB V §§ 39, 275 I c, 301

Leitsatz: Der Anspruch auf Vergütung einer stationären Krankenhausbehandlung setzt eine **vertragsärztliche Verordnung** nicht voraus (so BSG, Urt. v. 19.06.2018 - B 1 KR 26/17 R - BSGE 126, 79 = SozR 4-2500 § 39 Nr. 30).

Davon zu unterscheiden ist das Erfordernis der **Übermittlung einer ärztlichen Verordnung** und die Arztnummer des einweisenden Arztes nach § 301 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V. Für die vollständige Datenübermittlung ist - soweit keine andere Alternative des § 301 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V vorliegt - die Vorlage einer vertragsärztlichen Verordnung erforderlich.

Nimmt die Krankenkasse entgegen der Klägerin an, eine Notfallaufnahme im Sinne des § 301 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V liege nicht vor, überschreitet sie im Prüfverfahren das „Ob“ der vollständigen Datenübermittlung hin zum „wie“ des Behandlungsfalles, so dass die **Prüffrist** nach § 275 Abs. 1 c SGB V in Gang gesetzt wird.

Dem Gericht war die **Prüfung** der vorgetragene primären und (hilfsweise) sekundären **Fehlbelegung** nur anhand der bereits vorgelegten Patientendokumentation möglich (vgl. BSG, Beschl. v. 21.06.2021 - B 1 KR 25/20 B -). Zur Vorlage der vollständigen Patientenunterlagen war die Klägerin nicht verpflichtet.

Das *SG* verurteilte die Bekl., an die Kl. einen Betrag in Höhe von 3.420,50 € nebst Zinsen zu zahlen.

i) Familienversicherung eines Neugeborenen

SG Duisburg, Urteil v. 19.04.2022 - S 39 KR 1654/20

RID 22-03-75

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 10, 39 I, 109 IV 3

Die Bekl. hat keinerlei Anhaltspunkte vorgetragen, die gegen das Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen für eine Familienversicherung gemäß § 10 SGB V sprechen. § 10 VI SGB V ist keine Voraussetzung für den Eintritt der Familienversicherung (BSG, Urt. v. 24.01.2003 - B 12 KR 19/01 R - BSGE 90, 231 = SozR 4-2500 § 266 Nr. 1, Rn. 61). § 10 VI SGB V normiert ausschließlich eine Mitteilungspflicht des Stammmitglieds. Eine über eine solche Mitteilung rechtlich noch hinausgehendes **Antragserfordernis** zum **Beginn der Versicherung** findet sich in § 10 SGB V nicht.

Die Beteiligten streiten über die Bezahlung einer Rechnung der Kl. bzgl. eines stationären Krankenhausaufenthalts eines Neugeborenen, dessen Sorgeberechtigten sich bisher nicht an die Bekl. zur Klärung einer Familienversicherung für das Neugeborenen gewendet haben. Das *SG* verurteilte die Bekl., an die Kl. 1.266,64 € nebst Zinsen zu zahlen.

2. Prüfvereinbarung

a) Einhaltung des Versorgungsauftrags: Vorlagepflicht an MDK

SG Braunschweig, Urteil v. 16.02.2022 - S 54 KR 103/21

RID 22-03-76

Berufung zugelassen

www.juris.de

SGB V § 275 I 1; BGB §§ 387, 812

Kommt die Krankenkasse ihrer **Verpflichtung zur Einholung einer gutachtlichen Stellungnahme des Medizinischen Dienstes** nicht nach, ist sie mit allem medizinischen Vorbringen gegen die Richtigkeit der Krankenhausabrechnung präkludiert. Ohne medizinische Expertise nach Prüfung der Patientenakte lässt sich aber auch nicht feststellen, ob die mit OPS 8-559.- kodierte fachübergreifende und andere Frührehabilitation eine neurologische Leistung war, die dem **Versorgungsvertrag** unterfällt. Die Krankenkasse kann sich nicht darauf berufen, das Krankenhaus rechne in einer großen Vielzahl unberechtigterweise neurologische Leistungen ohne Versorgungsauftrag ab. Selbst wenn das so sein sollte, entbindet es die Krankenkasse nicht von der Verpflichtung, den MDK zu beauftragen.

Das *SG* verurteilte die Bekl., an die Kl. 353,58 € nebst zu zahlen und wies die Widerklage ab.

b) Vier-Wochen-Frist zur Einreichung von Unterlagen (PrüfvV 2014)

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 24.05.2022 - L 11 KR 3929/20

RID 22-03-77

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 275

Leitsatz: § 7 Abs. 2 Satz 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 4 Wochen** vorgelegt hat, auch in einem späteren Gerichtsverfahren nicht mehr zur Begründung des Vergütungsanspruchs berücksichtigt werden dürfen (Anschluss an BSG, Urt. v. 18.05.2021 - B 1 KR 32/20 R - BSGE 132, 143 = SozR 4-2500 § 275 Nr. 33). Die präkludierten Unterlagen sind als Beweismittel endgültig ausgeschlossen. Die materielle Präklusion steht nicht zur Disposition der Beteiligten.

SG Stuttgart, Gerichtsbb. v. 09.11.2020 - S 14 KR 2710/19 - verurteilte die Bekl., an die Kl. 10.780,49 € zzgl. Zinsen zu zahlen. Das *LSG* wies die Klage ab.

c) Keine Nachkodierung nach Ablauf der Fünf-Monats-Frist

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 26.04.2022 - L 11 KR 3309/20

RID 22-03-78

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 109 IV; PrüfvV 2014 § 7 V

Leitsatz: Umfasst der **Prüfauftrag einer Krankenkasse** (auch) die Hauptdiagnose sowie einen abrechnungsrelevanten OPS-Kode (hier: 5-378.52: Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatwechsel <ohne Änderung der Sonde>: Schrittmacher, Zwei-Kammer-System), ist das Krankenhaus, nachdem der Medizinische Dienst die Richtigkeit der Abrechnung bestätigt hat, nicht berechtigt, **nach Ablauf der Fünf-Monats-Frist** des § 7 Abs. 5 PrüfvV 2014 anstelle des ursprünglich abgerechneten OPS-Kode einen anderen OPS-Kode (hier: OPS 5-378.55: Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatwechsel <ohne Änderung der Sonde>: Defibrillator mit Zwei-Kammer-Stimulation), der eine höher vergütete DRG zur Folge hat, nachzukodieren.

SG Reutlingen, Urt. v. 30.09.2020 - S 1 KR 2321/18 - verurteilt die Bekl., an die Kl. 7.674,91 € nebst Zinsen zu zahlen. Das *LSG* wies auf die Berufung der Bekl. die Klage ab.

3. Fallpauschalen

a) Fallzusammenführung

aa) Neuregelung: Unzulässige Fallzusammenführung aus Gründen des Wirtschaftlichkeitsgebots

SG Regensburg, Urteil v. 10.11.2021 - S 8 KR 1521/19

RID 22-03-79

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
KHEntgG § 8 V 3

Die Krankenkasse kann sich nicht auf ein **fiktives wirtschaftliches Alternativverhalten** in Form einer **Beurlaubung** der Versicherten berufen. Dies ergibt sich aus § 8 V 3 KHEntgG, der mit Art. 9 Nr. 6 Buchst. c des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes (<PpSG> vom 11.12.2018, BGBl I 2394) eingefügt wurde und am 01.01.2019 in Kraft getreten ist. Danach ist in anderen als den vertraglich oder gesetzlich bestimmten Fällen eine Fallzusammenführung insb. aus **Gründen des Wirtschaftlichkeitsgebots** nicht zulässig.

Das *SG* verurteilte die Bekl., an die Kl. 1.169,86 € nebst Zinsen zu bezahlen.

bb) Gesetzesänderung für Abrechnungszeitraum ab 01.01.2019

LSG Rheinland-Pfalz, Urteil v. 07.04.2022 - L 5 KR 212/21

RID 22-03-80

Revision anhängig: B 1 KR 10/22 R
www.juris.de

KHEntgG § 8 V 3; Pflegepersonal-Stärkungsgesetz Art. 9 Nr. 6c

Die Klägerin rechnete die Fallpauschalen DRG G60B für den ersten Krankenhausaufenthalt vom 09.10.2019 bis 18.10.2019 sowie DRG G18C für den zweiten Krankenhausaufenthalt vom 23.10.2019 bis 05.11.2019 korrekt ab. Die Voraussetzungen einer **Fallzusammenführung** nach § 2 I 1 FPV lagen nicht vor. Zudem hätte die Fallpauschale DRG G60B wegen der entsprechenden Kennzeichnung in Spalte 13 nicht mit der Fallpauschale DRG G18C zusammengeführt werden dürfen.

Ohne Erfolg macht die Beklagte mit ihrer Berufung weiterhin geltend, die Kl. hätte den Versicherten wegen der Behandlung in zwei Krankenhausaufenthalten unwirtschaftlich behandelt und daher nur Anspruch auf diejenige Vergütung, die bei **fiktivem wirtschaftlichen Alternativverhalten** angefallen wäre, nämlich bei einer Behandlung des Versicherten in einem einzigen, durch Beurlaubung lediglich unterbrochenen Krankenhausaufenthalt. Denn diese **Rspr. ist für den für Abrechnungszeitraum ab 01.01.2019 überholt**.

SG Koblenz, Urt. v. 23.09.2021 verurteilte die Bekl., an die Kl. einen Betrag in Höhe von 2.009,27 € nebst Zinsen zu zahlen, das *LSG* wies die Berufung zurück.

b) Hauptdiagnose/Komplikation periphere arterielle Verschlusskrankheit

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 16.02.2022 - L 11 KR 114/20

RID 22-03-81

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

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

Hauptdiagnose ist bei retrospektiver Betrachtung, welche Diagnose objektiv nach medizinisch-wissenschaftlicher Erkenntnis die Aufnahme zur stationären Behandlung erforderlich machte. Es ist für die Bestimmung der Hauptdiagnose ohne Belang, wenn innerhalb eines abrechenbaren Behandlungsfalles nach der Aufnahme ins Krankenhaus weitere Krankheiten oder Beschwerden auftreten, die ebf. für sich genommen stationäre Behandlung bedingen, selbst wenn die stationäre Behandlungsbedürftigkeit aufgrund der ersten Diagnose wegfällt. Bestehen bei der Aufnahme ins Krankenhaus zwei oder mehrere Krankheiten oder Beschwerden, die jeweils für sich genommen bereits stationärer Behandlung bedurften, kommt es darauf an, welche von ihnen bei rückblickender Betrachtung objektiv nach medizinisch-wissenschaftlicher Erkenntnis hauptsächlich die stationäre Behandlung erforderlich machte. Das ist die Diagnose mit dem größten Ressourcenverbrauch (BSG, Urt. v. 21.04.2015 - B 1 KR 9/15 R - BSGE 118, 225 = SozR 4-2500 § 109 Nr. 45 zu DKR [2005]) D002d; BSG, Urt. v. 05.07.2016 - B 1 KR 40/15 R - SozR 4-2500 § 109 Nr. 58). Zusammenfassend ist danach als Hauptdiagnose eine Diagnose zu bezeichnen, die nach einer Ex-post-Betrachtung objektiv

hauptsächlich, aber nicht ausschließlich, bei Krankenhausaufnahme - grundsätzlich nicht später - für die ursächliche Auslösung des stationären Behandlungsgeschehens und den entsprechenden Ressourcenverbrauch verantwortlich gewesen ist (LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 13.05.2020 - L 11 KR 366/18 - juris).

Eine **periphere arterielle Verschlusskrankheit** (pAVK) kann eine Komplikation (= Manifestation) des Diabetes mellitus sein.

SG Münster, Urt. v. 20.11.2019 - S 7 KR 1060/17 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

c) Getrennte Kodierung eigenständiger Prozeduren

LSG Sachsen-Anhalt, Urteil v. 12.05.2021 - L 6 KR 94/18

RID 22-03-82

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 39/21 R

www.juris.de

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

Leitsatz: 1. **Eigenständige Prozeduren**, die nicht im direkten Zusammenhang mit einer operativen Prozedur stehen, werden getrennt kodiert (DKR P001).

2. Die **kombinierte Verschlüsselung mehrerer Prozeduren** soll die Ausnahme sein. Dies folgt aus der speziellen Regelung der DKR P001a (siehe auch DKR 2011 P001f). Grundprinzip des DRG-Systems ist die Abbildung eines durchgeführten Eingriffs mit möglichst allen Einzelaspekten monokausal in einem Kode.

SG Dessau-Roßlau, Urt. v. 11.07.2018 - S 21 KR 235/14 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

Parallelverfahren:

LSG Sachsen-Anhalt, Urteil v. 12.05.2021 - L 6 KR 95/18

RID 22-03-83

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 40/21 R

www.juris.de

d) Dokumentation einer hochaufwendigen Pflege

SG Duisburg, Urteil v. 13.06.2022 - S 17 KR 769/20

RID 22-03-84

www.juris.de

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

Bei ausreichender **Dokumentation** kann die Kodierung des OPS 9-200.1 (9-200 **Hochaufwendige Pflege** von Erwachsenen- 37 bis 71 Aufwandspunkte) erfolgen. Die Art und Weise der Dokumentation der individuellen Pflegeziele und Pflegemaßnahmen wird in dem Leistungsbereich A1 des PKMS-E (2018) nicht näher definiert. Es ist in dem PKMS-E (2018) ausdrücklich keine individuelle Dokumentation, sondern nur eine Dokumentation der individuellen Pflegemaßnahmen und Pflegeziele vorgesehen. Auch die von der Kl. in der „Individuelle Maßnahmenplanung Körperpflege PKMS G1/A1/A3“ verwendete **Ankreuzmatrix** mit der Möglichkeit der Ergänzung von weiteren nicht vorformulierten Pflegemaßnahmen und Pflegezielen erfüllt unproblematisch die Dokumentationsvorgaben des PKMS-E (2018). Soweit in den FAQ 2018 weitergehende kleinschrittigere Dokumentationsanforderungen vorgesehen sind, welche die Vorgaben in dem PKMS-E (2018) übersteigen, können diese nicht in den PKMS-E (2018) hineingelesen werden.

Das *SG* verurteilte die Bekl., an die Kl. 1.005,50 € nebst Zinsen zu zahlen.

e) Abklärungsuntersuchung vergleichbar mit ambulanter „Untersuchung im Krankenhaus“

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 24.03.2022 - L 11 KR 542/18

RID 22-03-85

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 15/22 R

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

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

Bei einer **Abklärungsuntersuchung** i.S.d. § 2 IV LV NRW handelt es sich nicht um eine klassische vorstationäre Behandlung nach § 115a I 1 Nr. 1 SGB V, denn diese wird vertraglich gesondert geregelt. Es hat dann zwar keine (vorstationäre) „Behandlung im Krankenhaus“, aber eine der Sache nach in vergleichbarer Weise dem **ambulanten Versorgungsbereich zugeordnete „Untersuchung**

im Krankenhaus“ stattgefunden. Sowohl bei der vorstationären Behandlung wie bei der Abklärungsuntersuchung im Krankenhaus ohne nachfolgende Krankenhausbehandlung (im gleichen Krankenhaus) werden die Einrichtungen und das Personal des Krankenhauses ohne Unterkunft und Verpflegung in Anspruch genommen, was die vergütungsrechtliche Gleichstellung der zur Ab- bzw. Verweisung des Patienten führenden Abklärungsuntersuchung mit der vorstationären Behandlung in Abs. 1a) der Anlage 1 zum LV NRW nahelegt (vgl. zu der im Landesvertrag Baden-Württemberg geregelten „Erstuntersuchung“: LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 31.08.2016 - L 5 KR 2479/15 - RID 16-04-158).

SG Köln, Urt. v. 13.07.2018 - S 23 KR 1044/17 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

f) Auslegung des ICD 10-Kodes N19 (Akutes Nierenversagen)

LSG Hamburg, Urteil v. 17.02.2022 - L 1 KR 70/21

RID 22-03-86

www.juris.de

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

Der im **ICD 10-Kodes N17** (akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium I) genannte **Klammerzusatz** „adäquate Flüssigkeitszufuhr vorausgesetzt“ bezieht sich allein auf die letzte Variante der im ICD-10-GM, Version 2016, Kapitel XVIII genannten Definition (Abfall der Diurese).

SG Hamburg, Urt. v. 25.06.2021 - S 46 KR 284/17 - wies die Klage ab, das *LSG* verurteilte die Bekl., an die Kl. 3.897,80 € zzgl. Zinsen zu zahlen.

g) Neurolog. Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Transösophageale Echokardiographie

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 26.04.2022 - L 11 KR 427/21

RID 22-03-87

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 109 IV

Leitsatz: Die vom OPS-Kode 2014 (**Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls**) verlangte Behandlung mit ätiologischer Diagnostik und Differentialdiagnostik ist bedarfsangepasst und nach medizinischer Notwendigkeit durchzuführen. Deshalb kann die Vornahme einer **transösophagealen Echokardiographie** (TEE) unterbleiben, wenn das Ergebnis der TEE im konkreten Fall keinerlei therapeutische Konsequenzen hat.

SG Heilbronn, Gerichtsb. v. 12.01.2021 - S 9 KR 3853/19 - wies die Klage ab, das *LSG* verurteilte die Bekl., der Kl. 2.408,08 € zzgl. Zinsen zu zahlen.

h) Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen

LSG Hamburg, Urteil v. 25.05.2022 - L 1 KR 98/21

RID 22-03-88

www.juris.de

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

Das Merkmal „**Akute Selbstgefährdung durch fehlende Orientierung oder Realitätsverkenning**“ des OPS-Kodes 9-61 (Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen) erfordert lediglich eine **Gefährdung**, nicht jedoch deren Realisierung. Auch eine Selbstschädigungsabsicht ist anders als bei dem Intensivmerkmal „Akute Selbstgefährdung durch Suizidalität oder schwer selbstschädigendes Verhalten“ keine Voraussetzung. Dies dürfte auch der Hintergrund dafür sein, dass die in späteren Versionen des OPS im streitigen Merkmal genannten Beispiele (Sturz ohne Fremdeinfluss, Nahrungsverweigerung bei Demenz), die in der Version 2016 noch unter jenem Merkmal aufgeführt waren, „verschoben“ wurden.

Das ständige, wiederholte Verrücken von Möbeln, das Herumlaufen ohne Schuhe gerade auch auf eingekotetem und volluriniertem Boden sowie das Betreten fremder Zimmer, das tatsächlich jedenfalls einmal auch zu einem gewalttätigen Konflikt mit einem Mitpatienten führte, begründete eine **ständige akute (Selbstschädigungs-)Gefahr**, was wiederum einen ständigen besonderen Überwachungsaufwand erforderte, der wiederum nachvollziehbar Grund für die bei Annahme mehrerer Intensivmerkmale höhere Vergütung des Krankenhauses ist.

Im Streit war ein Anspruch auf Vergütung wegen vollstationärer Krankenhausbehandlung und dabei im Hinblick auf die Kodierung des OPS-Kodes 9-61 (Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen) das Vorliegen des Merkmals „Akute Selbstgefährdung durch fehlende Orientierung oder Realitätsverkennung“ neben anderen, unstrittigen Intensivmerkmalen. *SG Hamburg*, Urt. v. 25.10.2021 gab der Klage statt, das *LSG* wies die Berufung der Bekl. zurück.

i) Beatmung

SG Nürnberg, Urteil v. 24.01.2022 - S 5 KR 336/20

RID 22-03-89

www.juris.de

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

Nach den Kodierrichtlinien 2013 ergibt sich bereits direkt aus dem Wortlaut der DKR-Bestimmungen, dass **tracheotomierte Patienten** als „**künstlich beatmete Patienten**“ bzw. als maschinell beatmete Patienten gelten und somit die Beatmungsstunden bzw. die Verwendung eines Beatmungsgeräts (zwingend) zur maschinellen Beatmung gezählt werden müssen.

Nach der DKR 2021-1001 (Maschinelle Beatmung) kommt es nicht auf die **intensivmedizinische Beatmung**, sondern auf die **intensivmedizinische Versorgung** der Erkrankten an. Die intensivmedizinische Versorgung umfasst - entsprechend der Definition der DKR - mindestens ein Monitoring von Atmung und Kreislauf und eine akute Behandlungsbereitschaft (ärztliche und pflegerische Interventionen zur Stabilisierung der Vitalfunktionen unmittelbar möglich).

Das Vorliegen einer - nach den Bestimmungen der DKR verlangten - Monitoringmaßnahme hängt im Übrigen nicht davon ab, dass durchgehend digitale **Aufzeichnungen** zu den Maßnahmen erfolgen; es genügt die regelmäßige, engmaschige Erhebung von Gesundheitsdaten bzw. Gesundheitsparametern und deren Dokumentation in der Patientenakte. Die Voraussetzungen der DKR-Definition der intensivmedizinischen Versorgung lagen somit nachweislich vor; dies hat auch der MDK offensichtlich so gesehen und so bewertet. Einer konkret intensivmedizinischen Beatmung bedurfte es zur Erfüllung der Definitions-Kriterien nicht; es kommt daher auch nicht auf eine diesbezügliche Leistungsfähigkeit des Heimbeatmungsgeräts an.

BSG, Urt. v. 17.12.2019 - B 1 KR 19/19 R - SozR 4-5562 § 9 Nr. 15 hat entschieden, dass ein Krankenhaus auch ohne Entwöhnungserfolg **Spontanatmungsstunden** in die Beatmungsvergütung einbeziehen darf, wenn es versucht hat, einen Patienten methodisch gezielt von maschineller Beatmung mit mindestens täglich sechsstündiger Maskenbeatmung zu entwöhnen.

Das *SG* verurteilte die Bekl., der Kl. 10.528,29 € nebst Zinsen zu bezahlen.

j) Offen chirurgische Refixation am Kapselbandapparat

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 27.04.2022 - L 5 KR 758/21

RID 22-03-90

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

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

Leitsatz: Der Ansatz des OPS 5-807.x (offen chirurgische Refixation am Kapselbandapparat andere Gelenke: Sonstige) verlangt nach seinem Wortlaut nicht, dass auch die Bänder in die Fixation mit einbezogen werden müssen. Es reicht die Gelenkkapsel.

SG Stuttgart, Urt. v. 04.12.2020 - S 10 KR 6630/18 - verurteilte die Bekl., an die Kl. einen Betrag in Höhe von 7.241,83 € nebst Zinsen zu zahlen. Das *LSG* wies die Berufung der Bekl. zurück.

k) Staphylococcus aureus als Ursache von Krankheiten

LSG Sachsen, Urteil v. 08.02.2022 - L 9 KR 264/19

RID 22-03-91

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 109 IV 3; KHEntgG §§ 7, 9; KHG § 17b

Die **Nebendiagnose B95.6!** (Staphylococcus aureus als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind) darf nur kodiert werden, wenn Staphylococcus aureus die **Ursache** einer **infektiösen Erkrankung** ist. Der Nachweis einer Besiedlung mit diesem Keim allein reicht hierfür nicht aus.

SG Dresden, Urt. v. 14.08.2019 - S 15 KR 1035/16 - verurteilte die Bekl., an die Kl. einen Betrag in Höhe von 2.189,02 € zu zahlen. Das *LSG* wies die Klage ab.

I) Individuell gefertigte Prothese

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 30.06.2022 - L 5 KR 170/20

RID 22-03-92

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 2 I, 12, 137

Die der Versicherten implantierte **CAD/CAM- Individualprothese** war zwar zweckmäßig, weil sie für die endoprothetische Versorgung des Kniegelenks geeignet war. Sie überschritt aber das in diesem Einzelfall angezeigte Maß an Leistungen und war somit nicht notwendig (ausreichend) i.S.d. §§ 2 I, 12 SGB V, sondern eine **Übersorgung**. Die Wahl der CAD/CAM-Prothese, d.h. einer solchen, die individuell (personalisiert) mit Hilfe von CAD/CAM hergestellt wird und gemäß der Kodierung zu einem höheren Aufwand und damit höheren Kosten führt als eine konfektionierte Prothese (i.S. der unter 5-822.0 - 5-822.8 OPS-Kode 2014 aufgeführten), war nicht wirtschaftlich. Ausreichend war vielmehr eine **konfektionierte (Standard-)Prothese**. Für einen nachvollziehbar hohen Bewegungsanspruch der zum Zeitpunkt der Operation 68-jährigen Patientin (Rentnerin) fehlen jegliche Anhaltspunkte.

Die Beteiligten streiten über die Vergütung einer stationären Krankenhausbehandlung, insb. darüber, ob die Kl. berechtigt ist, eine individuell gefertigte CAD/CAM-Kniegelenksprothese abzurechnen. *SG Dortmund*, Urt. v. 24.01.2020 - S 39 KR 2226/17 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

4. Aufwandspauschale

a) Fehlerhafte Abrechnung ohne Minderung des Abrechnungsbetrages

SG Reutlingen, Urteil v. 13.04.2022 - S 1 KR 2269/21

RID 22-03-93

www.juris.de
SGB V § 275 I Nr. 1, Ic

Leitsatz: 1. Auch nach Einfügung von Satz 4 in § 275 Abs. 1c SGB V zum 01.01.2016 besteht kein Anspruch eines Krankenhausträgers auf Zahlung einer **Aufwandspauschale**, wenn eine nachweislich **fehlerhafte Abrechnung** die Krankenkasse zur Prüfung der Abrechnung durch den Medizinischen Dienst veranlasst hat, auch wenn die Prüfung zu **keiner Minderung** des Abrechnungsbetrages geführt hat.

2. Die **Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes** (BSG, Urt. v. 22.06.2010 - B 1 KR 1/10 R - BSGE 106, 214 = SozR 4-2500 § 275 Nr. 3) findet entgegen der von mehreren Sozialgerichten vertretenen Auffassung auch ab dem 01.01.2016 weiterhin Anwendung.

Das *SG* wies die Klage ab.

b) Keine Aufwandspauschale auch bei Erhöhung des Rechnungsbetrages nach Prüfung

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 09.12.2021 - L 16 KR 644/20

RID 22-03-94

Revision zugelassen
www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 275 Ic

§ 275 Ic 3 SGB V a.F. ist **teleologisch zu reduzieren**, soweit die durch die Krankenkasse veranlasste Prüfung des MDK nicht zu einer Minderung, sondern sogar zur Erhöhung des Rechnungsbetrages geführt hat.

Dem Anspruch eines Krankenhauses steht ferner entgegen, dass sie das Prüfverfahren durch eine nachweislich und unstreitig **fehlerhafte Abrechnung** veranlasst hat, was der Geltendmachung der Aufwandspauschale im Wege des Einwandes rechtsmissbräuchlichen Verhaltens entgegengehalten werden kann (vgl. BSG, Urt. v. 28.11.2013 - B 3 KR 4/13 R - SozR 4-2500 § 275 Nr. 16 im Anschluss an BSG, Urt. v. 22.06.2010 - B 1 KR 1/10 R - BSGE 106, 214 = SozR 4-2500 § 275 Nr. 3).

Die Beteiligten streiten um den Anspruch der kl. Krankenhausträgerin auf Zahlung einer Aufwandspauschale von 300 € nach von der bekl. Krankenkasse veranlassten Überprüfung und einer infolgedessen erhöhten Krankenhausabrechnung. *SG Gelsenkirchen*, Urt. v. 19.08.2020 - S 46 KR 187/20 - verurteilte die Bekl. zur Zahlung der Aufwandspauschale. Das *LSG* wies die Klage ab.

c) Weigerung zur Abgabe einer medizinischen Begründung für längere Behandlungsdauer

LSG Rheinland-Pfalz, Urteil v. 24.05.2022 - L 5 KR 177/21

RID 22-03-95

Revision anhängig: B 1 KR 11/22 R

www.juris.de

SGB V a.F. § 275c I 3

Vorliegend hat die Prüfung der Kl. durch den MDK zwar zu **keiner Minderung des Rechnungsbetrags** geführt, einem Anspruch auf die Aufwandspauschale steht jedoch entgegen, dass **die Kl.** durch ihr **Verhalten** die Einleitung der **Prüfung** durch die Bekl. **veranlasst** hat. Die Kl. hat durch ihre Weigerung, eine medizinische Begründung dafür abzugeben, dass die Behandlung länger als ursprünglich geplant dauerte, Anlass für die Beauftragung des MDK gegeben. Nach § 301 I 1 Nr. 3 SGB V hat das Krankenhaus der Krankenkasse bei Krankenhausbehandlung u.a. die voraussichtliche Dauer der Krankenhausbehandlung sowie, falls diese überschritten wird, auf Verlangen der Krankenkasse die medizinische Begründung zu übermitteln.

Der Bekl. kann auch nicht vorgeworfen werden, sie habe **treuwidrig** gehandelt, indem sie nicht die Möglichkeit genutzt habe, einen **Kurzbericht** anzufordern. Nach dem Landesvertrag war die Bekl. nicht zur Anforderung eines Kurzberichts verpflichtet. Neben der Möglichkeit der Einholung des Kurzberichtes stand es ihr vielmehr frei, ein Prüfverfahren einzuleiten

SG Koblenz v. 10.03.2021 verurteilte die Bekl., an die Kl. einen Betrag in Höhe von 300 € nebst Zinsen zu zahlen. Das *LSG* wies die Klage ab.

5. Aufschlagszahlung nach § 275c III SGB V

a) Leistungsrechtliche Entscheidung der Krankenkasse unmaßgeblich

SG Duisburg, Beschluss v. 27.04.2022 - S 27 KR 340/22 KH-ER

RID 22-03-96

www.juris.de

SGB V §§ 108, 275c III; SGG § 86b I 1 Nr. 2

Die Aufschlagsregelung des § 275 III SGB V knüpft zeitlich jedenfalls nicht an das Datum der **leistungsrechtlichen Entscheidung der Krankenkasse** an. Der Wortlaut des § 275c II 3 SGB V, der (in der aktuellen Fassung) für die Zuordnung einer Prüfung zu einem Quartal und zu der maßgeblichen quartalsbezogenen Prüfquote das Datum der Einleitung der Prüfung anordnet, spricht dafür, dass dieser Zeitpunkt auch im Rahmen des § 275c III SGB V maßgeblich ist.

§ 275c III SGB V bietet - abgesehen von der Formulierung „ab dem Jahr 2022“ - keinen Hinweis darauf, welches konkrete Datum maßgeblich sein soll, so dass dies durch Auslegung zu ermitteln ist. Die Formulierung bringt jedoch zum Ausdruck, dass die Rechnung dem **Prüfregime ab 2022** unterfallen muss.

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

b) Zuordnung einer Prüfung zu einem Quartal

SG Duisburg, Beschluss v. 27.04.2022 - S 46 KR 343/22 KH ER

RID 22-03-97

www.juris.de

SGB V §§ 108, 275c III; SGG § 86b I 1 Nr. 2

Zeitlicher Anknüpfungspunkt für die Anwendbarkeit des § 275 III SGB V („ab dem Jahr 2022“) ist jedenfalls nicht der Zeitpunkt der Mitteilung des Prüfergebnisses. Vor dem Hintergrund des vom Gesetzgeber verfolgten Zwecks sowie der Systematik des Prüfquotensystems ist für das zeitliche Eingreifen der Vorschrift vielmehr entscheidend, ob die beanstandete **Rechnung** in einem **Prüfquartal des Jahres 2022 Gegenstand einer Abrechnungsprüfung** gewesen ist. Dabei kann im vorliegenden Fall offenbleiben, ob insoweit für die Zuordnung eines Behandlungsfalles zu einem Prüfquartal das Datum der Schlussrechnung oder das Datum der Einleitung des Prüfverfahrens maßgeblich ist, da beide Ereignisse im Jahr 2021 lagen.

Nach § 275c II 3 SGB V ist maßgeblich für die **Zuordnung einer Prüfung zu einem Quartal** und zu der maßgeblichen quartalsbezogenen Prüfquote das **Datum der Einleitung der Prüfung**. Hieraus folgt,

dass die aus den Zahlen des 3. Quartals 2021 ermittelte Prüfquote Anwendung findet auf alle Prüfungen, welche im 1. Quartal 2022 (unter Einhaltung der viermonatigen Frist nach § 275c I 1 SGB V) eingeleitet werden.

Die Beteiligten streiten über die Rechtmäßigkeit eines Aufschlags wegen einer im Prüfverfahren beanstandeten Krankenhausabrechnung. Das *SG* ordnete die aufschiebende Wirkung des Widerspruchs an.

c) Aufschlagszahlung erst nach Bekanntgabe des MDK-Prüfungsergebnisses

SG Fulda, Beschluss v. 19.05.2022 - S 4 KR 120/22 ER

RID 22-03-98

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 39, 275c

Leitsatz: Die durch Verwaltungsakt festzusetzende **Aufschlagszahlung** gem. § 275c Abs. 3 SGB V ist nur in Bezug auf Vergütungsrechnungen eines Krankenhauses zulässig, deren Prüfung der Medizinische Dienst durch eine ab dem 01.01.2022 erfolgte **Bekanntgabe** seines **Prüfungsergebnisses** gegenüber der Krankenkasse abgeschlossen hat.

Das *SG* ordnete die aufschiebende Wirkung des am Widerspruchs der Ast. an.

d) Maßgeblicher Stichtag

SG Berlin, Beschluss v. 25.07.2022 - S 28 KR 1213/22 ER

RID 22-03-99

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 275c

Leitsatz: Die Regelung zur Aufschlagszahlung nach § 275c Abs. 3 SGB V ist nur auf Behandlungsfälle anwendbar, bei denen das **Aufnahmedatum** zur stationären Behandlung **am oder nach dem 1. Januar 2022** liegt.

Das *SG* ordnete die aufschiebende Wirkung des Widerspruchs gegen die Festsetzung der Aufschlagzahlung der Ag. an.

e) Offene Rechtsfrage zur Anwendung des Stichtags 01.01.2022

SG Duisburg, Beschluss v. 03.05.2022 - S 39 KR 342/22 KH ER

RID 22-03-100

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 39, 275c

Bei einem fehlenden Vortrag zum **besonderen Interesse** an der aufschiebenden Wirkung drängt sich ein solches bei einem Streitwert von 333,83 € auch nicht auf.

Der Wortlaut des § 275c III SGB V ist nicht nur auslegungsfähig, sondern **auslegungsbedürftig**, da in § 275c III 1 SGB V nicht angegeben ist, nach welchem Merkmal entschieden wird, ob der Stichtag (01.01.2022) im Einzelfall eingetreten ist.

Das *SG* lehnte die Anordnung der aufschiebenden Wirkung des Widerspruchs der Ast. gegen die Festsetzung einer Aufschlagszahlung nach § 275c III SGB V ab.

6. Bescheinigung über Prüfung von Strukturmerkmalen: Einstweilige Anordnung

SG Köln, Beschluss v. 14.03.2022 - S 24 KR 103/22 ER

RID 22-03-101

www.juris.de
SGB V § 275d II; KHEntgG § 8 IV 3; SGG § 86b II 2

Der Vortrag einer Krankenträgerin, „einige große Krankenkassen“ hätten „angekündigt“, den hier streitigen OPS 8-98f im Falle einer erfolgten Bescheinigung nicht mehr weiter zu vergüten, ist unsubstantiiert und stellt **keine besondere Eilbedürftigkeit** im Sinne eines Anordnungsgrundes für den Erlass der begehrten einstweiligen Anordnung dar, wenn hierzu weder dargelegt noch glaubhaft gemacht wird, dass eine solche Anündigung bzw. Weigerung tatsächlich bereits erfolgt wäre und auch nicht erkennbar ist, um welche konkrete Krankenkasse(n) es sich hierbei handelt oder welche konkreten wirtschaftlichen Folgen hieraus - etwaig - resultieren würden.

Eine besondere Eilbedürftigkeit für den Erlass einer einstweiligen Anordnung wegen der derzeitigen Ablehnung der Erteilung der **Bescheinigung nach § 275d SGB V** ist aber aus einer vorgetragenen und

allgemeinen Ankündigung einer Zahlungsverweigerung von nicht näher bezeichneten Krankenkasse nicht herzuleiten. Dies gilt umso mehr, als dass zumindest aus der Regelung in § 8 IV 3 KHEntgG bzw. aus § 275d IV 1 SGB V für die Ast. nach summarischer Prüfung im Verfahren auf einstweiligen Rechtsschutz kein (unmittelbares) gesetzliches Verbot folgt, die Leistungen für den hier streitigen OPS Code zunächst weiterhin abzurechnen, da aktuell die Prüfung nach § 275d SGB V nach Erhebung des Widerspruchs nicht bzw. **nicht bestandskräftig abgeschlossen** ist.

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

7. Irrtum über die Trägerschaft eines Krankenhauses

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 16.02.2022 - L 11 KR 476/20

RID 22-03-102

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 62/22 B

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGG § 92 I 1

Begehrt eine klagende Krankenkasse keine Berichtigung der Bezeichnung des bekl. Krankenhausträgers, sondern dessen Auswechslung durch eine andere juristische Person, liegt keine **irrtümliche Falschbezeichnung**, sondern ein **Irrtum über die Trägerschaft** vor. Bleibt aber der Beteiligte nicht derselbe, liegt keine Berichtigung vor, sondern ein gewillkürter Beteiligtenwechsel (vgl. LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 22.01.2021 - L 9 KR 370/19 - juris Rn. 15).

Eine **Änderung des Rubrums** einer **Klageschrift** ist insofern möglich, sofern für Gericht und Gegner von Anfang an klar erkennbar ist, wer durch die unrichtige Parteibezeichnung als Beteiligter angesprochen werden sollte (BFH, Beschl. v. 13.05.2014 - XI B 129-132/13 - juris Rn. 16 m.w.N.). Wählt die Kl. gerade eine andere juristische Person als Bekl. aus, spricht dies vom objektiven Empfängerhorizont gegen eine Verwechslung und für eine bewusste - wenn auch falsche - Entscheidung, die die Kl. als Herrin des Verfahrens getroffen hat.

SG Duisburg, Urt. v. 19.06.2020- S 50 KR 2264/18 - wies die Klage der Krankenkasse ab, das LSG die Berufung der Kl. zurück.

VIII. Beziehungen zu Leistungserbringern und Arzneimittelherstellern

Nach BSG, Urt. v. 18.08.2022 - B 1 KR 30/21 R - und - B 1 KR 13/21 R - ist die Entscheidung des LSG, dass der Krankenkasse kein weiterer Anspruch auf **Rückzahlung von Umsatzsteueranteilen auf Zytostatikaabgaben** zusteht, rechtlich nicht zu beanstanden. **Grundlage der Leistungspflichten** der Beteiligten sind die zwischen dem Krankenhaus und der Krankenkasse zustande gekommenen **Arzneimittelpreisvereinbarungen** (AMPV). Die den Krankenkassen und Krankenhäusern nach § 129a SGB V zustehende Vertragsfreiheit lässt es noch zu, den Vertragsschluss durch einen Optionsvertrag vorbereiten zu lassen, an dem ein Dritter beteiligt ist (hier ein Berufsverband von Krankenhausaapothekern). Mit den Optionsverträgen haben die Krankenkassen gegenüber den Krankenhäusern ein Vertragsangebot abgegeben, aber erst die untechnisch als „Beitritt“ bezeichneten Erklärungen der Krankenhausträger zu den Vereinbarungen begründeten jeweils ein vertragliches Leistungserbringerverhältnis mit den Krankenkassen nach Maßgabe der vom Apothekerverband zuvor verhandelten Bedingungen (AMPV 2004 und AMPV 2010). Der Anspruch der Krankenkasse auf Rückzahlung der vom Krankenhaus vereinnahmten und nicht an das Finanzamt abgeführten Umsatzsteuer folgt aus einer vertraglichen Verpflichtung nach **ergänzender Vertragsauslegung der AMPV 2010**. Der Anspruch besteht jedoch nicht über den von den Vorinstanzen zuerkannten Betrag hinaus. Der Senat kann die AMPV 2004 und 2010 als Revisionsgericht nicht selbst auslegen. Vertragliche Vereinbarungen sind **revisionsgerichtlich** nur eingeschränkt überprüfbar. Das Revisionsgericht hat hier nur zu prüfen, ob die Vorinstanz bei der Auslegung Bundesrecht verletzt hat, insbesondere die gesetzlichen Auslegungsregeln der §§ 133, 157 BGB nicht beachtet oder gegen Denkgesetze oder Erfahrungssätze verstoßen hat. Eine Ausnahme bilden zwar sog. „typische“ Verträge, die in einer Vielzahl von Fällen geschlossen werden. Dies gilt allerdings nur, wenn sich deren Anwendungsbereich über den Bezirk eines Berufungsgerichts hinaus erstreckt, was hier nicht der Fall ist. Seine **entgegenstehende frühere Rechtsprechung** hat der Senat nach informeller Abstimmung mit dem 3. Senat **aufgegeben**. Nach der ergänzenden Auslegung der AMPV 2010 durch das LSG für die Zeit vom 01.08.2010 bis 31.12.2016 steht der Krankenkasse ein vertraglicher Anspruch auf Rückzahlung der materiell-rechtlich nicht geschuldeten Umsatzsteuer unter Gegenrechnung der Vorsteueraufwendungen zu. Die Höhe der von der Krankenkasse zu tragenden Vorsteueraufwendungen wird durch die vereinbarten (Netto-)Verkaufspreise für Arzneimittel und Applikationshilfen bestimmt und nicht durch die im Einzelfall tatsächlich angefallenen Beschaffungskosten. Diese vom LSG nachvollziehbar begründete ergänzende Vertragsauslegung verletzt die genannten bundesrechtlichen Auslegungsgrundsätze nicht, wenngleich ein anderes Auslegungsergebnis ebenfalls vertretbar wäre. Revisionsrechtlich nicht zu beanstanden ist auch die Auslegung der AMPV 2004 durch das LSG für die Zeit vom 01.01. bis 31.07.2010, bei der das LSG ohne ergänzende Vertragsauslegung einen Rückzahlungsanspruch von vornherein verneinte. Es besteht kein weitergehender Schadensersatzanspruch der KK gegen das Krankenhaus. Nach den nicht angegriffenen Feststellungen des LSG ist der KK aus der Verletzung einer etwaigen Nebenpflicht kein Schaden entstanden, der höher ist, als der durch die ergänzende Vertragsauslegung begründete Rückzahlungsanspruch.

Nach BSG, Urt. v. 03.08.2022 - **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, dass er der **Generikaabschlagspflicht** unterliegt. Nach BSG, Urt. v. 01.06.2022 - **B 3 KR 5/21 R** - können ein Apothekerverein und ein Apotheker von einer Krankenkasse es verlangen zu unterlassen, ihrer kostenlosen Mitgliederzeitschrift für die Versicherten eine Werbebeilage der Versandapotheke DocMorris beizufügen, mit der diese u.a. auf ihren Rezeptbonus von garantiert 2 € bis zu 12 € pro Rezept und einen Kennenlern-Vorteil von 5 € bei Rezipiensendung durch Neukunden hinweist; Bestandteil der Werbebeilage war ein an die Versandapotheke adressierter Freiumschatz für die Rezipiensendung. Im Impressum der Zeitschrift war die Beklagte als Herausgeberin angegeben und der Hinweis enthalten, dass zur Refinanzierung in der Ausgabe gewerbliche Anzeigen sowie Beilagen zu finden seien; alle Anzeigen seien als solche gekennzeichnet und stellten keine Empfehlung der Beklagten dar. Für ihr Unterlassungsbegehren konnten sich die K. von Beginn an auf das **vertragliche Beeinflussungsverbot** und können sie sich nunmehr auf die 2020 eingefügte entsprechende **gesetzliche Regelung** (§ 31 I 6 SGB V) stützen. Eine rechtswidrige Beeinflussung im Sinne dieser Regelung ist es auch, wenn eine Krankenkasse - wie hier - ihrer kostenlosen Mitgliederzeitschrift eine **Werbebeilage** einer Versandapotheke beifügt, mit der diese u.a. ihren **Rezeptbonus und einen finanziellen Kennenlern-Vorteil für Neukunden** bewirbt und deren Bestandteil ein an die Versandapotheke adressierter **Freiumschatz** ist. Die Regelung im zwischen den Beteiligten geltenden **Arzneiversorgungsvertrag**, einem leistungserbringungsrechtlichen Normenvertrag auf der Grundlage von § 129 V SGB V, bestimmte in seiner 2017 geltenden Fassung und bestimmt in seiner aktuellen Fassung, dass die Versicherten von den Ersatzkassen nicht zugunsten bestimmter Apotheken oder Lieferanten beeinflusst werden dürfen. Mit Wirkung vom 20.10.2020 regelt § 31 I 6 SGB V u.a., dass Krankenkassen, soweit gesetzlich nicht etwas anderes bestimmt oder aus medizinischen Gründen im Einzelfall eine Empfehlung geboten ist, die Versicherten nicht dahingehend beeinflussen dürfen, Verordnungen bei einer bestimmten Apotheke oder einem sonstigen Leistungserbringer einzulösen. Sinn und Zweck dieser Regelungen sind die Sicherung des Rechts der Versicherten auf **freie Apothekenwahl** (§ 31 I 5 SGB V) und der **Neutralitätspflicht der Krankenkassen** im Apothekenwettbewerb, die dem Recht der gesetzlichen Krankenversicherung seit jeher immanent ist. Nach BSG, Urt. v. 14.07.2022 - **B 3 KR 1/22 R** - wird, kommen zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen Verträge über die Einzelheiten der Versorgung mit häuslicher Krankenpflege, über die Preise und deren Abrechnung und die Verpflichtung der Leistungserbringer zur Fortbildung nicht zustande, „der Vertragsinhalt durch eine von den Vertragspartnern zu bestimmende unabhängige **Schiedsperson** innerhalb von drei Monaten festgelegt“ (§ 132a II 6 SGB V i.d.F.v. 21.12.2015). Die Vorschrift ist Ausgleich dafür, dass die Erbringer von Leistungen der häuslichen Krankenpflege die Preise für von Versicherten beauftragte Leistungen nicht einseitig bestimmen können, und gewährt ihnen deshalb das gesetzliche Recht zur Herbeiführung des Schiedsspruchs (vgl. BSG vom 29.06.2017 - **B 3 KR 31/15 R** - BSGE 123, 254 = SozR 4-2500 § 132a Nr. 11, Rn. 35, 37, 43). Das kann bei verfassungskonformer Auslegung entsprechend für Versorgungen mit **häuslicher Krankenpflege** gelten, denen im Zeitpunkt der Leistungserbringung noch kein (zuvor geschlossener) Vertrag über deren Einzelheiten, über die Preise und deren Abrechnung nach § 132a SGB V zugrunde lag. Ein Leistungserbringer kann zunächst die **Aufnahme von Verhandlungen** über eine die Höhe seines Vergütungsanspruchs regelnde Vereinbarung nach § 132a II SGB V **verlangen** und nach deren Scheitern die Einleitung des **Schiedsverfahrens** betreiben. Dass sich dieses Interesse nicht auf alle nach § 132a II SGB V grundsätzlich vorgegebenen Vertragsbestandteile richtete, steht dem hier nicht entgegen. Nach BSG, Urt. v. 14.07.2022 - **B 3 KR 2/22 R** - setzt die (gerichtliche) Geltendmachung der Vergütungen von Leistungen der **häuslichen Krankenpflege** die vorherige Durchführung eines **Schiedsverfahrens** nach § 132a SGB V voraus.

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

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

1. Apotheken: Verordnung parenteraler Ernährungslösungen auf zwei Verordnungsblättern

LSG Hamburg, Urteil v. 17.02.2022 - L 1 KR 145/19

RID 22-03-103

www.juris.de
SGB V § 129

Die Regelung der Nr. 11 der Erläuterungen zum Muster 16 der „Vereinbarung über die Vordrucke für die ärztliche Versorgung“ ist zumindest als Formvorschrift bindend. Danach darf **pro Rezeptur nur ein Verordnungsblatt** verwendet werden. Ein Verstoß gegen diese Regelung lässt den **Vergütungsanspruch** nicht entfallen oder beschränkt ihn. Nach § 3 des Vertrages über die Arzneimittelversorgung nach § 129 II SGB V ist für den Vergütungsanspruch des Apothekers eine „ordnungsgemäße gültige vertragsärztliche Verordnung“ erforderlich. Der Arzneiversorgungsvertrag regelt, wann ist eine Verordnung ordnungsgemäß ausgestellt ist. Die Anzahl der Blätter der Verordnung wird aber an keiner Stelle aufgeführt. Dies lässt erkennen, dass die Anzahl der Verordnungsblätter für die Frage der „ordnungsgemäßen Verordnung“ nicht relevant ist.

SG Hamburg, Urt. v. 06.11.2019 - S 2 KR 764/14 - verurteilte die Bekl. zur Zahlung von 24.397,21 € nebst Zinsen und wies die Klage im Übrigen ab, das *LSG* verurteilte die Bekl. zur Zahlung weiterer 41.428,62 € nebst Zinsen.

2. Arzneimittelhersteller

a) Anspruch auf Impfung mit inaktiviertem quadrivalentem Hochdosis-Influenza- Impfstoff

LSG Hessen, Beschluss v. 04.07.2022 - L 8 KR 125/22 B ER

RID 22-03-104

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 20i III 1; SGG § 86b II 2

Leitsatz: Die von der Antragstellerin beantragte Außer-Vollzug-Setzung der angefochtenen Verordnungsregelung richtet sich im Ergebnis auf eine Vorwegnahme der Hauptsache, die entsprechend erhöhte Anforderungen an die Glaubhaftmachung eines **Anordnungsgrundes** bedingt. Der alleinige Hinweis auf den prognostizierten Umsatzrückgang lässt keinen nachvollziehbaren Rückschluss auf die betriebswirtschaftlichen Auswirkungen der angefochtenen Verordnung für die Antragstellerin und deren etwaige Existenzbedrohung zu.

Die Antragstellerin wird durch die angefochtene Regelung nicht in ihren **Grundrechten** aus Art. 12 i.V.m. Art. 3 GG verletzt.

Es bestehen keine durchgreifenden Bedenken hinsichtlich der gesetzlichen Berechtigung der Antragsgegnerin zum Erlass der streitgegenständlichen Verordnung. Diese ist von der gesetzlichen Ermächtigungsgrundlage des § 20i Abs. 3 Satz 1 SGB V umfasst.

Im Streit steht der Vollzug von Art. 1 der Ersten Verordnung zur Änderung der Verordnung zum Anspruch auf Schutzimpfung gegen Influenza und Masern vom 24.02.2022, welche die Verlängerung der Geltungsdauer der Verordnung zum Anspruch auf Schutzimpfung gegen Influenza und Masern vom 10.03.2021 über den 31.03.2022 hinaus bis zum 31.03.2023 zum Gegenstand hat. *SG Frankfurt a.M.*, Beschl. v. 21.04.2022 - S 34 KR 815/22 ER - lehnte den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung als unzulässig ab, das *LSG* wies die Beschwerde zurück.

b) Rückerstattung von gezahlten Herstellerrabatten gegen niederländische Versandapotheke

LSG Saarland, Urteil v. 27.04.2022 - L 2 KR 22/19

RID 22-03-105

Revision anhängig: B 3 KR 8/22 R
www.juris.de

SGB V §§ 129, 130a; AMG § 78

Eine **Apotheke** mit Sitz in einem anderen **Mitgliedstaat der Europäischen Union**, deren Teilnahme an der Arzneimittelversorgung in Deutschland auf einem **Beitritt zum Rahmenvertrag** über die Arzneimittelversorgung beruht, hat gegen die pharmazeutische Unternehmerin Anspruch auf **Erstattung des Abschlags** nach § 2b II des Rahmenvertrages über die Arzneimittelversorgung i.V.m. § 130a I 3 SGB V.

Die Kl. ist eine pharmazeutische Unternehmerin mit Sitz in Deutschland. Die Bekl. ist eine Aktiengesellschaft niederländischen Rechts mit Sitz innerhalb der Niederlande. Sie betreibt u.a. eine Versand-/Internetapotheke. Die Kl. begehrte von der Bekl. die Rückerstattung von gezahlten Herstellerrabatten gem. § 130a Abs. 1 SGB V in Höhe von 398.650,23 €. *SG für das Saarland*, Urt. v. 14.03.2019 - S 20 KR 834/16 - RID 20-01-117 wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

3. Hilfsmittelerbringer

a) Besonderes Kündigungsrecht nach § 71 VI SGB V

aa) Voraussetzungen einer aufsichtsrechtlichen Verfügung

LSG Hamburg, Beschluss v. 21.06.2022 - L 1 KR 14/22 B ER

RID 22-03-106

www.juris.de
SGB V §§ 71 VI, 127

§ 71 VI SGB V eröffnet zum einen materiell-rechtlich ein **besonderes Kündigungsrecht** und zum anderen eine **aufsichtsrechtliche Verfügungsgrundlage** dergestalt, den Versicherungsträger u.a. zur „Aufhebung“ des in Bezug genommenen Vertrages zu verpflichten. Auch wenn dies in der Formulierung des § 71 VI SGB V nicht deutlich zum Ausdruck kommt, ist dabei beachtlich, dass sich das materiell-rechtliche Kündigungsrecht inhaltlich nicht darin erschöpft, dass eine entsprechende Verfügung der Aufsichtsbehörde vorliegt. Vielmehr muss dieses neuartige und neben den bisher bekannten Rechten stehende außerordentliche Kündigungsrecht den Inhalt aufweisen, der Voraussetzung ist, dass die Aufsichtsbehörde eine entsprechende Verfügung aussprechen kann. Tatbestandsvoraussetzung des Kündigungsrechts ist damit eine in dem Vertrag liegende erhebliche Rechtsverletzung, die nur durch eine Vertragsauflösung behoben werden kann. Zusätzlich muss als Tatbestandsvoraussetzung auch eine entsprechende Verfügung der Aufsichtsbehörde vorliegen, da § 71 VI 3 SGB V dies auch zur Voraussetzung einer außerordentlichen Kündigung durch den Versicherungsträger macht (vgl. bereits LSG Hamburg, Beschl. v. 26.10.2021 - L 1 KR 81/21 B ER -). „**Erhebliche Rechtsverletzung**“ i.S. des § 76 VI SGB V bedeutet, dass nur in besonderen, schwerwiegenden Fällen ein Handeln auf der Grundlage des § 71 VI SGB V zulässig sein soll. Eine Rechtswidrigkeit ist schon zweifelhaft, wenn konkurrierende Leistungserbringer bei einem Beitritt zu dem streitigen Vertrag preislich benachteiligt würden, indem diese von dem Erhalt der gleichen Vergütung wie die Ast. ausgeschlossen würden.

Das **Beitrittsrecht eines Mitbewerbers** zu einer Vereinbarung erschöpft sich darin, einem Wettbewerber einen im Vergleich zu eigenen Vertragsverhandlungen vereinfachten Weg zum Vertragsschluss zu ermöglichen.

SG Hamburg, Beschl. v. 05.01.2022 wies den Antrag auf einstweiligen Rechtsschutz ab, das *LSG* stellte im Wege der einstweiligen Anordnung vorläufig festgestellt, dass der Rahmenvertrag über die Hilfsmittelversorgung der Versicherten der Ag. mit ableitenden Inkontinenzhilfen nach § 127 I SGB V (LEGS: 19 99 L26) nicht durch die Kündigungserklärung der Ag. mit Schreiben vom 13.04.2021 beendet wurde.

bb) Notwendige Unterrichtung des Hilfsmittelerbringers durch Aufsichtsbehörde

SG Hamburg, Beschluss v. 05.08.2021 - S 60 KR 1173/21

RID 22-03-107

www.juris.de

SGB V §§ 69 I 3, 71 VI; SGG § 86b I 1 Nr. 2; SGB X § 12 II 3

Die Anordnung einer Aufsichtsbehörde gegenüber einer Krankenkasse, Teile eines Rahmenvertrags mit einem Hilfsmittelerbringer außerordentlich zu kündigen, greift unmittelbar in das Vertragsverhältnis hinein und schafft ein außerordentliches Kündigungsrecht, das ohne die Anordnung nicht bestünde. Der Anordnung kommt deswegen **rechtsgestaltende Wirkung** zu. Aus diesem Grund ist der Hilfsmittelerbringer nach § 12 II 3 SGB X von der Einleitung des Verfahrens zu **benachrichtigen**.

Die Ast. wandte sich gegen einen Bescheid der Ag., mit der diese gegenüber der Beigel. anordnete, bestimmte vertragliche Regelungen eines mit der Ast. geschlossenen Rahmenvertrages außerordentlich zu kündigen. Das *SG* ordnete die aufschiebende Wirkung der Klage v. 10.05.2021 gegen den Bescheid der Ag. v. 08.04.2021 an.

cc) Rechtsschutzmöglichkeiten bei aufsichtsrechtlicher Maßnahme

LSG Hamburg, Beschluss v. 26.10.2021 - L 1 KR 81/21 B ER

RID 22-03-108

www.juris.de

SGB V § 71 VI

Aufsichtsrechtlichen Maßnahmen kommt grds. keine **drittschützende Wirkung** zu, da die Ausübung der Staatsaufsicht sich allein in der Wahrung der Gleichgewichtslage zwischen Staat und Selbstverwaltungskörperschaft erschöpft (vgl. BSG, Urt. v. 12.03.2013 - B 1 A 1/12 R - BSGE 113, 107 = SozR 4-1500 § 54 Nr. 32, Rn. 17 ff.). Wegen der mangelnden drittschützenden Wirkung der aufsichtsrechtlichen Normen haben Dritte keine zulässige Anfechtungsbefugnis bei Aufsichtsmaßnahmen gegenüber Versicherungsträgern.

Das **außerordentliche Kündigungsrecht** nach § 71 VI SGB V muss den Inhalt aufweisen, der **Voraussetzung** ist, dass die Aufsichtsbehörde eine entsprechende Verfügung aussprechen kann. Tatbestandsvoraussetzung des Kündigungsrechts ist damit eine in dem Vertrag liegende erhebliche Rechtsverletzung, die nur durch eine Vertragsauflösung behoben werden kann. Zusätzlich muss als Tatbestandsvoraussetzung auch eine entsprechende Verfügung der Ag. vorliegen, da § 71 VI 3 SGB V dies auch zur Voraussetzung einer außerordentlichen Kündigung durch den Versicherungsträger macht.

Ist die **Aufsichtsbehörde** der Ansicht, dass eine erhebliche Rechtsverletzung durch einen Vertrag vorliegt, die nur durch dessen Auflösung behoben werden kann, so erlässt sie gegenüber dem Versicherungsträger eine entsprechende **Verfügung**. Der Versicherungsträger muss entscheiden, ob er dem folgt oder **Rechtsschutz** durch Anfechtungsklage sucht. Der Vertragspartner hat gegen diese Verfügung keine Rechtsschutzmöglichkeit. **Kündigt** allerdings der **Versicherungsträger** (nach erfolglosem Rechtsschutz gegen die Verfügung oder ohne diesen, wenn er die Verfügung für rechtmäßig hält) auf dieser rechtlichen Grundlage den Vertrag außerordentlich, so kann sich der Vertragspartner gegen diese Kündigung wenden und das dafür angerufene Gericht muss prüfen, ob der oben genannte materiell-rechtliche Kündigungsgrund (erhebliche Rechtsverletzung durch den Vertrag, Vorliegen einer Verfügung des Antragsgegners, Verhältnismäßigkeit der Verfügung) vorliegt.

Die Ast. wandte sich gegen einen Bescheid der Ag., mit der diese gegenüber der Beigel. anordnete, bestimmte vertragliche Regelungen eines mit der Ast. geschlossenen Rahmenvertrages außerordentlich zu kündigen. *SG Hamburg*, Beschl. v. 05.08.2021 - S 60 KR 1173/21 ER - ordnete die aufschiebende Wirkung der Klage vom 10.05.2021 gegen den Bescheid der Ag. vom 08.04.2021 an, das *LSG* lehnte den Antrag ab.

b) Abschließende Regelung im Rahmenvertrag: Pflicht zur Abholung von Hilfsmitteln

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 24.03.2022 - L 16 KR 814/19

RID 22-03-109

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 69 I 3, 127; BGB §§ 280, 535, 546a, 670, 683

Die **bürgerlich-rechtlichen Vorschriften** über Verträge, insb. Mietverträge, kommen im Verhältnis zwischen Hilfsmittelerbringern und Krankenkassen nicht zur Anwendung. Die §§ 535 ff. BGB gelten

nicht, wenn der öffentlich-rechtliche Vertrag über die Versorgung mit Hilfsmitteln nach § 127 II SGB V die Rechtsbeziehungen abschließend regelt.

Wird im Rahmenvertrag ausdrücklich geregelt, dass der an diesem Vertrag teilnehmende Leistungserbringer verpflichtet ist, **nicht mehr benötigte Hilfsmittel** umgehend, spätestens innerhalb von fünf Arbeitstagen nach Beauftragung durch die Krankenkasse **abzuholen**, so ist die Rückholpflicht hiernach dem Leistungserbringer und nicht der Krankenkasse zugewiesen und damit auch das Risiko des Scheiterns der Rückholbarkeit, gleich aus welchem Grund (vgl. LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 25.09.2019 - L 5 KR 240/18 - Umdruck S. 13). Dies gilt mangels einer anderweitigen Regelung auch für das Ende der Versorgungsnotwendigkeit infolge eines Wechsels des Leistungserbringers.

SG Köln, Urt. v. 14.08.2019 - S 17 KR 1648/17 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

c) Hilfsmittelverzeichnis: Nachweis des medizinischen Nutzens des Hilfsmittels

SG Berlin, Urteil v. 20.06.2022 - S 91 KR 2213/20 WA

RID 22-03-110

*Berufung anhängig: LSG Berlin-Brandenburg - L 4 KR 256/22 -
www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de*

SGB V § 139

Leitsatz: 1. Unerhebliche **Änderungen/Ergänzungen** an den Produktunterlagen während des Klageverfahrens über die Aufnahme eines Hilfsmittels ins Hilfsmittelverzeichnis (betrifft hier: Artikelnummern, Gebrauchsanweisung und Konformitätserklärung) führen nicht zur Unzulässigkeit der **Anfechtungs- und Verpflichtungsklage**.

2. Der Nachweis des **medizinischen Nutzens des Hilfsmittels** ist grundsätzlich notwendig, auch wenn die hier streitgegenständliche Orthese im Rahmen eines unstrittig anerkannten wissenschaftlichen Behandlungskonzepts eingesetzt wird. Klinische Vergleichsstudien sind dafür allerdings nicht erforderlich.

Das *SG* verurteilte den Bekl., die von der Kl. produzierte Orthese in das Hilfsmittelverzeichnis aufzunehmen.

4. Heilmittelerbringer: Ausgleichszahlung nach COVID-19-VSt-SchutzV

a) Berücksichtigungsfähiger Umsatz

SG Köln, Urteil v. 10.11.2021 - S 23 KR 447/21

RID 22-03-111

www.juris.de

SGB V §§ 2 IV, 87 V, VII; COVID-19-VSt-SchutzV

Für die **Berechnung der Ausgleichszahlung** sind allein die dem GKV-Spitzenverband gemäß § 84 VII i.V.m. SGB V vorliegenden **Daten** maßgeblich, die der GKV-Spitzenverband an die Beklagte übermittelt hat. Die von der Kl. vorgetragenen davon abweichenden Vergütungsforderungen sind insoweit nicht maßgeblich. Mit § 2 IV 1 COVID-19-VSt-SchutzV hat der Gesetzgeber vorgegeben, was unter der „abgerechneten Vergütung“ i.S.v. § 2 II 2 Nr. 1 COVID-19-VSt-SchutzV gemeint ist. Nämlich die Daten nach § 87 VII i.V.m. V SGB V. Diese Daten betreffen die vertragsärztlich veranlassten Heilmittelleistungen, die während der Geltungsdauer einer Heilmittelvereinbarung von den Heilmittelerbringern gegenüber den Krankenkassen abgerechnet wurden.

Die Kl. betreibt eine Praxis für Logopädie. Streitig ist die Höhe einer Ausgleichszahlung aus dem „Heilmittel Rettungsschirm“ gemäß der Verordnung zum Ausgleich COVID-19 bedingter finanzieller Belastungen der Zahnärztinnen und Zahnärzte, der Heilmittelerbringer und der Einrichtungen des Müttergenesungswerks oder gleichartigen Einrichtungen (Covid-19-Versorgungsstrukturen-Schutzverordnung - COVID-19-VSt-SchutzV). Das *SG* wies die Klage ab.

b) Fehlen von Umsatzdaten

SG Köln, Urteil v. 15.06.2022 - S 14 KR 1222/21

RID 22-03-112

www.juris.de
Covid-19-VSt-SchutzV

Nach § 2 I der Verordnung zum Ausgleich COVID-19 bedingter finanzieller Belastungen der Zahnärztinnen und Zahnärzte, der Heilmittelerbringer und der Einrichtungen des Müttergenesungswerks oder gleichartiger Einrichtungen (Covid-19-Versorgungsstrukturen-Schutzverordnung; Covid-19-VSt-SchutzV) erhalten nach § 124 II i.V.m. Abs. 1 SGB V zugelassene Leistungserbringer für den Zeitraum vom 01.04.2020 bis zum 30.06.2020 auf Antrag eine Ausgleichszahlung für die Ausfälle der Einnahmen, die ihnen aufgrund eines Behandlungsrückgangs in Folge der Covid-19-Epidemie entstehen, sofern die Zulassung des Leistungserbringers zum Zeitpunkt der Antragstellung nach Abs. 3 besteht. Eine Gesetzeslücke für den Fall des **Fehlens von Umsatzdaten** im Referenzzeitraum ist durch **Analogie** zu schließen.

Das **SG** verurteilte die Bekl., an den Kl. einen Betrag von 4.500 € zu zahlen.

c) Mutterschutz

SG Schwerin, Urteil v. 18.05.2022 - S 8 KR 122/21

RID 22-03-113

www.juris.de
COVID-19-VSt-SchutzV; Art. 6 GG

Leitsatz: Die Höhe einer **Ausgleichszahlung** an eine bis zum 30. September 2019 zugelassene **Heilmittelerbringerin** (hier: Podologin), die im gesamten 4. Quartal 2019 wegen Inanspruchnahme von **Mutterschutz** keine Heilmittel abgegeben hatte und erst im Januar 2020 wieder an der Versorgung teilgenommen hat, richtet sich nicht nach § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 der COVID-19-VSt-SchutzV. Es besteht eine unbeabsichtigte **Regelungslücke**. Die Verordnung ist ergänzend dahingehend auszulegen, dass in diesem Fall die Berechnung analog Absatz 2 S. 2 Nr. 3 zu erfolgen hat wie im Fall einer Zulassung erst im Zeitraum Januar bis April 2020.

Das **SG** verurteilte die Bekl., der Kl., die bereits seit mehreren Jahren als selbstständige Podologin (medizinische Fußpflegerin) tätig und als Heilmittelerbringerin im Rahmen der GKV zugelassen ist, eine Ausgleichszahlung nach der COVID-19-VSt-SchutzV in Höhe von 4.500 € zu gewähren. Es wies die weitergehende Klage (Zahlungen in Höhe von 10.105,33 €) ab.

IX. Angelegenheiten der Krankenkassen

1. Erstattungsanspruch: Stationäre Behandlung eines Gefangenen nach Verlegung aus Justizkrankenhaus

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 07.04.2022 - L 28 KR 104/19

RID 22-03-114

Revision anhängig: B I KR 12/22 R
www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 5 VIIIa, XIIIa, 12, 27 I, 39; SGB X 26 I, 105 I, 111; SGB XII §§ 48, 42, 114 Nr. 1

Leitsatz: Für den **Erstattungsanspruch** wegen der nach entsprechender Kostenzusage aufgewandten Kosten für die gesamte stationäre **Krankenhausbehandlung eines Inhaftierten** infolge der **Verlegung** aus dem Justizkrankenhaus und angeordneter Haftunterbrechung kommt als Anspruchsgrundlage grundsätzlich § 105 Abs. 1 SGB X in Betracht.

Die Einhaltung der **Ausschlussfrist** des **§ 111 Satz 1 SGB X** setzt den Zugang der Erklärung über die Geltendmachung des Erstattungsanspruchs gegenüber dem richtigen Adressaten binnen eines Jahres voraus, selbst wenn dieser - wie hier die nach § 5 Abs. 1 Nr. 13a) SGB V verpflichtete Krankenkasse - erst zu ermitteln ist.

Das kl. Land begehrt von der bekl. Krankenkasse die Erstattung der anteiligen Kosten für eine im Jahr 2010 nach Verlegung aus dem Justizkrankenhaus in ein Krankenhaus der C und angeordneter Haftunterbrechung bei Haftunfähigkeit erfolgte stationäre Krankenbehandlung in Höhe von 157.166,44 € nebst Zinsen. **SG Berlin**, Urte. v. 31.01.2019 - S 51 KR 2636/13 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

X. Verfahrensrecht

1. Keine selbständige Anfechtung von Verfahrenshandlungen

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

RID 22-03-115

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGG §§ 54, 56a; SGB X § 13 III

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

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

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

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

2. „Widerspruch“ gegen Gerichtsbescheid

LSG Sachsen-Anhalt, Urteil v. 21.04.2022 - L 6 KR 19/21

RID 22-03-116

www.juris.de
SGG §§ 143, 144 I 1 Nr. 1

Leitsatz: 1. Ein als „Widerspruch“ eingelegter Rechtsbehelf gegen einen **Gerichtsbescheid** eines Sozialgerichts kann nach den Gesamtumständen sowohl als Berufung als auch als Nichtzulassungsbeschwerde ausgelegt werden.

2. Die Auslegung als **Nichtzulassungsbeschwerde** wegen Unstatthaftigkeit einer Berufung ist versperrt, wenn die Rechtsmittelführerin den Hinweis auf diese Auslegung zum Anlass für eine Befangenheitsablehnung nimmt.

Die Kl. machte eine Erstattungsforderung wegen Medikamentenkosten in Höhe von 237,53 € geltend. *SG Magdeburg*, Gerichtsbb. v. 22.01.2021 - S 25 KR 222/18 - wies die Klage ab, das *LSG* verwarf die Berufung.

3. Rücknahmeerklärung nach Anfechtung eines Vergleichsabschlusses

LSG Bayern, Beschluss v. 28.07.2021 - L 5 KR 121/19

RID 22-03-117

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
BGB §§ 118, 123; SGG § 122; ZPO § 163 I

Leitsatz: Eine **Rücknahmeerklärung nach Anfechtung eines Vergleichsabschlusses** ist nur unter besonderen Umständen einer nachträglichen Beseitigung zugänglich.

SG Landshut, Urt. v. 01.03.2019 - S 4 KR 334/17 FdV - wies die Klage ab, das *LSG* stellte fest, dass die Berufung der Kl. mit Prozessvergleich vom 08.10.2019 beendet wurde. BSG, Beschl. v. 10.05.2022 - B 1 KR 9/21 BH - juris lehnte den Antrag der Kl., ihr Prozesskostenhilfe für das Verfahren der Beschwerde gegen die Nichtzulassung der Revision zu bewilligen und einen Rechtsanwalt beizuordnen, ab.

4. Pflicht zur Anrufung des EuGH

LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 25.01.2022 - L 28 KR 362/21 NZB

RID 22-03-118

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGG § 144 II Nr. 3; AEUV Art. 267 III; GG Art. 101 I 2

Leitsatz: Ein Verfahrensfehler wegen Verletzung der Garantie des gesetzlichen Richters aus Art. 101 Abs. 1 S. 2 GG kann gegeben sein, wenn ein mangels Rechtsmitteln letztinstanzlich entscheidendes Gericht seiner **Pflicht zur Anrufung des EuGH** im Wege des Vorabentscheidungsverfahrens nach Art. 267 Abs. 3 AEUV nicht nachkommt. Zu den Rechtsmitteln in diesem Sinne zählt auch die Nichtzulassungsbeschwerde (vgl. BVerfG v. 14.01.2021 - 1 BvR 2853/19 - NJW 2021, 1005; BSG v. 08.04.2020 - B 13 R 125/19 B - juris).

Das *LSG* wies die Beschwerde des Kl. gegen die Nichtzulassung der Berufung in *SG Berlin*, Urt. v. 28.05.2021 - S 211 KR 270/20 - zurück.

XI. Bundessozialgericht (BSG)

1. Lebensbedrohliche oder regelmäßig tödliche Erkrankung

BSG, Urteil v. 16.08.2021 - B 1 KR 29/20 R

RID 22-03-119

SozR 4-2500 § 2 Nr. 18 = Breith 2022, 547

Leitsatz: Die wertungsmäßige Vergleichbarkeit einer Erkrankung mit einer **lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlichen Erkrankung** erfordert eine notstandsähnliche Extremsituation, wie sie auch für eine nahe Lebensgefahr typisch ist und für die neben der Schwere der Erkrankung ein erheblicher Zeitdruck für einen bestehenden akuten Behandlungsbedarf kennzeichnend ist.

2. Krankenhausvergütung

a) Neue Behandlungsmethode: Transvaskuläre Aortenklappen-Implantation (TAVI)

BSG, Urteil v. 16.08.2021 - B 1 KR 18/20 R

RID 22-03-120

BSGE = SozR 4-2500 § 2 Nr. 17 = GesR 2022, 247 = KRS 2022, 115 = Breith 2022, 537

Leitsatz: 1. Das allgemeine Qualitätsgebot stellt auch Anforderungen an die **Struktur- und Prozessqualität der Krankenhausbehandlung**.

2. Werden bestimmte strukturelle oder prozedurale **Mindestanforderungen an die Behandlung** von der großen Mehrheit der einschlägigen Fachleute aufgrund des Stands der medizinischen Erkenntnisse befürwortet, sind diese vom Krankenhaus auch ohne eine verpflichtende Vorgabe des Gemeinsamen Bundesausschusses oder Normenverträge zu beachten.

3. Ist der Nutzen einer Methode im Grundsatz zwar anerkannt, fehlt es hinsichtlich der Einzelheiten der Leistungserbringung aber noch an verbindlichen rechtlichen Vorgaben und einem allgemeinen wissenschaftlichen Konsens, gebieten es das **Qualitäts- und das Wirtschaftlichkeitsgebot**, den Weg des gesicherten Nutzens zu gehen und Gesundheitsgefahren für die Versicherten soweit wie möglich auszuschließen.

4. Die Durchführung einer **transvaskulären Aortenklappen-Implantation (TAVI)** in einer Klinik ohne herzchirurgische Fachabteilung entsprach im Jahr 2013 nicht dem Qualitätsgebot.

b) Beatmungszeit: Gewöhnung und Entwöhnung

BSG, Urteil v. 10.03.2022 - B 1 KR 35/20 R

RID 22-03-121

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

Eine **Gewöhnung** an die maschinelle Beatmung setzt „die erhebliche Einschränkung oder den Verlust der Fähigkeit, über einen längeren Zeitraum vollständig und ohne maschinelle Unterstützung spontan atmen zu können“ voraus. Hierfür genügt weder, dass die Beatmung als solche medizinisch notwendig ist, noch sind weitere Voraussetzungen zu erfüllen, etwa eine Adaption des Patienten an den Respirator oder eine beatmungsbedingte Schwächung der Atemmuskulatur (vgl. BSG, Urt. v. 17.12.2020 - B 1 KR 13/20 R - KRS 2021, 212).

Zu der Feststellung, dass keine Methode der **Entwöhnung** angewandt wurde, genügt nicht, dass eine solche nicht dokumentiert ist. Es ist vielmehr zunächst von der Dokumentation auszugehen und diese tatrichterlich zu bewerten, ggf. unter Heranziehung sachverständiger Hilfe oder Rückgriff auf bereits vorliegende Sachverständigengutachten. Bei Zweifeln muss das Tatsachengericht den Sachverhalt ergänzend aufklären, etwa durch Vernehmung der behandelnden Ärzte oder der behandelten Versicherten. Lässt sich nach Ausschöpfen der gebotenen Aufklärung nicht feststellen, dass die tatbestandlichen Voraussetzungen der abgerechneten Fallpauschale erfüllt gewesen sind, trägt das Krankenhaus die objektive Beweislast für das Vorliegen dieser tatbestandlichen Voraussetzungen.

3. Hörgeräteakustiker: Versorgungsanzeige

BSG, Urteil v. 12.08.2021 - B 3 KR 8/20 R

RID 22-03-122

BSGE = SozR 4-2500 § 33 Nr. 56 = KrV 2021, 235

Leitsatz: Bei einer von der Krankenkasse genehmigungsfrei gestellten Hörgeräteversorgung verliert der **Hörgeräteakustiker** seinen **Vergütungsanspruch** für eine ansonsten ordnungsgemäße Versorgung nicht, wenn er die geplante Versorgung vertragswidrig nicht vorher angezeigt hat und die **Anzeige** keine vertragliche Abrechnungsvoraussetzung ist.

4. Abgrenzung Klageschrift von bloßem Entwurf

BSG, Beschluss v. 26.04.2022 - B 1 KR 35/21 B

RID 22-03-123

www.juris.de

Auf die Beschwerde der Kl. wird *LSG Nordrhein-Westfalen*, Urt. v. 15.03.2021 - L 10 KR 27/20 - aufgehoben und die Sache zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das LSG zurückverwiesen.

Bei einem **Schreiben einer Krankenkasse** handelt es sich um eine willentlich an das SG gesandte **Klageschrift** und nicht bloß um einen **Entwurf**, wenn ungeachtet eines ungewöhnlichen Erscheinungsbildes alle an eine Klageschrift nach dem SGG zu stellenden Anforderungen erfüllt werden. Das ist der Fall, wenn das Schreiben als Klage bezeichnet ist und nach § 57 I 2, § 90 SGG beim zuständigen SG eingeht, es sämtliche von § 92 I 1 SGG geforderten Muss-Angaben sowie weitere Soll-Angaben enthält. Es zudem alles dafür spricht, dass die formalen Besonderheiten allein den allgemein bekannten, außergewöhnlichen Umständen des Zustandekommens des Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals vom 11.12.2018 geschuldet sind.

Parallelverfahren:

BSG, Beschluss v. 26.04.2022 - B 1 KR 49/21 B

RID 22-03-124

www.juris.de

BSG, Beschluss v. 26.04.2022 - B 1 KR 78/21 B

RID 22-03-125

www.juris.de

BSG, Beschluss v. 26.04.2022 - B 1 KR 48/21 B

RID 22-03-126

www.juris.de

BSG, Beschluss v. 26.04.2022 - B 1 KR 47/21 B

RID 22-03-127

www.juris.de

C. ENTSCHEIDUNGEN ANDERER GERICHTE

I. Ärztliches Berufsrecht

1. Widerruf der Approbation nach Erkrankung an schizophrener Psychose und Tötungsdelikt

VGH Hessen, Beschluss v. 13.04.2022 - 7 A 2210/18.Z

RID 22-03-128

www.juris.de

BÄO §§ 3 I 1 Nr. 2, 5 II 1 u. 2, 6 I; VwVfG §§ 48 IV 1, 49 II 2

Leitsatz: Aufgrund Ihrer Fachkunde können **Ärzte** in Gutachten und ärztlichen Stellungnahmen **prognostische Aussagen** allein dazu machen, ob bei einer medizinischen Betrachtungsweise eine Person voraussichtlich in der Lage ist, im Arztberuf die anfallenden Aufgaben zu erledigen. Davon zu trennen ist die **rechtliche Bewertung**, ob aufgrund des in medizinischer Hinsicht bewerteten Gesundheitszustands der Arzt auch in rechtlicher Hinsicht den Anforderungen an die Geeignetheit in § 3 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 BÄO genügt. Diese rechtliche Würdigung ist im gerichtlichen Verfahren voll überprüfbar.

VG Wiesbaden, Urt. v. 12.09.2018 - 5 K 3496/17.WI - wies die Klage gegen den Widerruf der Approbation ab. Der Kl. sei in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des Berufs ungeeignet, weil er an einer Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis mit phasenhaftem Verlauf erkrankt sei. Diese Erkrankung hatte dazu geführt, dass er im Mai 2012 im Zustand der Schuldunfähigkeit seine Mutter erstochen und seine schwangere Ehefrau zu töten versucht hatte. Zuvor war es in den Jahren 2000 und 2001 zu akuten Manifestationen der Erkrankung gekommen, bei denen der Kl. suizidal war und stationär behandelt wurde. Der **VGH** lehnte den Antrag des Kl. auf Zulassung der Berufung ab.

2. Berufspflichten: Abrechnung nach GOÄ/Pflicht zur Berufshaftpflichtversicherung

OVG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 25.05.2022 - OVG 90 H 2.19

RID 22-03-129

www.juris.de

HeilBerG Berlin § 92

Leitsatz: 1. Im berufsgerichtlichen Verfahren kann das in einem Zivilprozess eingeholte schriftliche **Sachverständigengutachten** aufgrund einer Verwertungsanordnung als Beweismittel verwendet werden.

2. Zur Ahndung des **Berufsvergehens eines Schönheitschirurgen**.

VG Berlin, Urt. v. 07.05.2019 - 90 K 7.16 T - verhängte gegen den Beschuldigten eine Geldbuße in Höhe von 20.000 €, das **OVG** auf Berufung des Beschuldigten eine Geldbuße in Höhe von 17.000 €.

Aus den Gründen:

„(...) Der Beschuldigte beging schuldhaft alle ihm im 1. und 5. Anschuldigungspunkt vorgeworfenen Pflichtverletzungen.

Zum 1. Anschuldigungspunkt, erster Vorwurf: Die **Vereinnahmung von Pauschalpreisen vor der Durchführung von Schönheitsoperationen** in zwei Fällen am 15. Oktober 2009 steht nach den behördlichen Ermittlungen und dem Eingeständnis des Beschuldigten zur Überzeugung des Berufsobergerichts für Heilberufe fest. Darin ist – mit dem Berufsgeschicht für Heilberufe – ein zumindest grob fahrlässiger Verstoß gegen die Berufspflichten des Beschuldigten aus § 2 Abs. 2, § 12 Abs. 1 der seinerzeit geltenden Berufsordnung der Ärztekammer Berlin vom 30. Mai 2005 (BO) zu erkennen. Danach hat der Arzt seinen Beruf gewissenhaft auszuüben und dem ihm bei seiner Berufsausübung entgegengebrachten Vertrauen zu entsprechen (§ 2 Abs. 2 BO). In § 12 Abs. 1 Satz 1, 2 BO heißt es, die Honorarforderung müsse angemessen sein. Für die Bemessung sei die Amtliche Gebührenordnung (GOÄ) die Grundlage, soweit nicht andere gesetzliche Vergütungsregelungen gälten. (...)

Zum 1. Anschuldigungspunkt, zweiter Vorwurf: Der Beschuldigte verstieß, als er am 17. Oktober 2009 eine **operative Bauchdeckenstraffung** durchführte, aufgrund des zu hoch gesetzten Operationsschnitts gegen die **Regeln und Standards der ärztlichen Kunst**. Damit verstieß er fahrlässig gegen seine Berufspflichten aus § 2 Abs. 2 BO, § 2 Abs. 3 BO samt Nr. 2 der Grundsätze korrekter ärztlicher Berufsausübung in Kapitel C. Danach ist die gewissenhafte Ausführung der gebotenen medizinischen Maßnahmen nach den Regeln der ärztlichen Kunst erforderlich (vgl. OVG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 28. Februar 2019 – OVG 90 H 2.18 – juris Rn. 81). (...)

Zum 1. Anschuldigungspunkt, dritter Vorwurf: Der Beschuldigte nahm entgegen den Leitlinien zum schlafinduzierenden Mittel Dormicum (Midazolam) die **Operationen** am 17. und 18. Oktober 2009 **ohne eine weitere Person** vor, welche die Vitalparameter Blutdruck, Puls, Sauerstoffsättigung sowie Ansprechbarkeit der beiden Patientinnen als Maßstab für deren Wachheitsgrad überwacht hätte. (...)

Zum 5. Anschuldigungspunkt: Der Beschuldigte verstieß in einem Zeitraum von insgesamt etwa 5 ½ Jahren gegen seine **Pflicht zur Berufshaftpflichtversicherung** nach § 21 BO. Das Fehlen einer Versicherung in den von der Einleitungsbehörde angeführten zwei Zeitabschnitten wird vom Beschuldigten eingeräumt. Der Beschuldigte verstieß vorsätzlich gegen die

Versicherungspflicht. Es spricht viel dafür, dass alle approbierten Ärztinnen und Ärzte um ihre Pflicht zur Berufshaftpflichtversicherung wissen. Der Beschuldigte jedenfalls wusste Bescheid, weil er sich wenige Jahre zuvor aus diesem Grund in einer Auseinandersetzung mit der Einleitungsbehörde befand. Die vom Beschuldigten behaupteten Schwierigkeiten, als Schönheitschirurg eine abschlussbereite Versicherung zu finden, sind angesichts der Rahmenvereinbarung der Ärztekammer Berlin mit einem Anbieter kaum glaubhaft, es sei denn, die Versicherer hätten wegen eklatanter Versicherungsfälle im Anschluss an durchgeführte Schönheitsoperationen Abstand vom Beschuldigten gehalten. Die angeblichen Schwierigkeiten sind jedenfalls unerheblich. Denn ohne eine Berufshaftpflichtversicherung hätte sich der Beschuldigte der ärztlichen Betätigung enthalten müssen. (...)

3. Strafrecht

a) Abbruch der kurativen Therapie/Tötung

LG Essen, Urteil v. 03.11.2021 - 22 Ks 8/21

RID 22-03-130

www.juris.de

StGB §§ 34, 212

Ein Arzt macht sich wegen Totschlags gem. § 212 I StGB strafbar, indem er einem Patienten in Tötungsabsicht eine hohe Dosis (insgesamt 58,75 ml) Kaliumchlorid verabreichte und dadurch seinen **Tod herbeiführt**. Unerheblich für die Verwirklichung des Tatbestandes des § 212 StGB ist es dabei, dass sich der Patient infolge des **vorherigen Abbruchs der kurativen Therapie, insb. des Abschaltens des ECMO-Gerätes**, bereits im Sterbeprozess befindet. Denn für die Tatbestandsverwirklichung ist eine Lebensverkürzung um eine geringe Zeitspanne ausreichend, auch die Beschleunigung des Todeseintritts unterfällt § 212 I StGB (BGHSt 21, S. 59; NStZ 1981, S. 218). Eine **Rechtfertigung** unter den Gesichtspunkten des § 34 StGB und/oder der mutmaßlichen Einwilligung liegt nicht vor, wenn für die Gabe einer hohen Dosis Kaliumchlorid, welches gar keine schmerzlindernde und/oder sedierende Wirkung hat, keinerlei medizinische Indikation besteht.

Eine **Rechtfertigung des Abbruchs der kurativen Therapie** durch den Arzt aufgrund einer **mutmaßlichen Einwilligung** des Geschädigten scheidet aus, wenn der Arzt im Rahmen des Angehörigengesprächs keinerlei Bemühungen unternimmt, den mutmaßlichen Willen des Patienten dahingehend zu eruieren, ob eine weitere Eskalation der kurativen Therapie oder aber eine Änderung des Therapieziels auf eine palliative Sterbebegleitung gewünscht sei.

Das **LG** verurteilte den Angekl. wegen Totschlags zu einer Freiheitsstrafe von 3 Jahren und 6 Monaten.

b) Körperverletzung mit Todesfolge durch Schönheitsoperation

LG Düsseldorf, Urteil v. 16.11.2021 - 1 Ks 24/20

RID 22-03-131

www.juris.de

Der Angekl. hat die hier abgeurteilten Taten unter grober Verletzung der mit seinem Beruf als Arzt verbundenen Pflichten begangen. Die von dem Angekl. verletzte Pflicht ist die in § 630e BGB festgeschriebene Pflicht, die Patienten über sämtliche für die Einwilligung in den ärztlichen Eingriff wesentlichen Umstände **aufzuklären**. Der Angekl. hat diese Pflicht sowohl inhaltlich verletzt, indem er den Patientinnen verschwiegen, dass mit der Menge des entnommenen und/oder applizierten Fettgewebes auch die Gefahr gefährlicher und tödlich verlaufender Komplikationen steigt und dass als weniger gefährliche Alternative die Möglichkeit bestanden hätte, dieselbe Menge in mehreren Operationen mit größeren zeitlichen Abständen zu entnehmen bzw. zu applizieren. Er hat darüber hinaus auch aktiv in verharmlosender Weise auf den Willen der Patienten eingewirkt, indem er die mit dem Eingriff verbundenen Risiken heruntergespielt hat.

Der Angekl. führte seit 2016 vornehmlich Eingriffe durch, bei denen den - ganz überwiegend weiblichen - Patienten Körperfett im Wege des Absaugens entnommen wurde (Liposuktion) bzw. ein Teil der entnommenen Fettzellen anschließend wieder in andere Körperregionen - die Brüste, das Gesäß oder Teile des Gesichts - eingeführt („appliziert“) wurde (Lipotransfer). Diesen Eingriffen lag keine medizinische Indikation im Sinne der Beseitigung eines körperlichen Leidens zugrunde; sie wurden von den Patientinnen vielmehr gewünscht, weil sie mit ihrem körperlichen Erscheinungsbild nicht zufrieden waren. Seit mehreren Jahren bot der Angekl. Fetttransfer insb. in der Weise an, dass Körperfett in das Gesäß eingebracht und dort so modelliert wurde, dass das Gesäß eine Form erhält, die einem durch Medien transportierten - vermeintlichen - Schönheitsideal („Brazilian Butt“) entspricht. Die von ihm angebotenen Fettentnahmen und die Fetttransferbehandlungen führte der Angekl. ausschließlich ambulant in den Räumen seiner Praxis durch. Das **LG** sah den Angekl. der Körperverletzung mit Todesfolge in zwei Fällen, jeweils in Tateinheit mit Missbrauch von Titeln, als schuldig

an. Er verurteilte ihn zu einer Gesamtfreiheitsstrafe von drei Jahren und vier Monaten. Dem Angeklagten wurde für die Dauer von vier Jahren verboten, als Arzt chirurgische Eingriffe vorzunehmen oder bei solchen zu assistieren. Die Einziehung eines Geldbetrages in Höhe von 26.000 € wurde angeordnet.

c) Unrichtig Gesundheitszeugnisse zur Befreiung von der Maskenpflicht

AG Passau, Urteil v. 02.05.2022 - 11 Ls 53 Js 14570/20

RID 22-03-132

Berufung anhängig: LG Passau - 11 Ls 53 Js 14570/20 -

www.juris.de

StGB a.F. § 278

Gesundheitszeugnisse sind Urkunden, in denen der Gesundheitszustand eines Menschen beschrieben wird. Gegenstand kann insofern auch eine frühere Erkrankung oder Verletzung oder eine Prognose über die künftige gesundheitliche Entwicklung sein, ebenso die Bescheinigung über durchgeführte therapeutische Maßnahmen. Nicht erforderlich ist, dass die Bescheinigung eine Diagnose enthält (vgl. OLG Stuttgart, Urt. v. 25.09.2013 - 2 Ss 519/13 - RID 14-01-350). Ein Gesundheitszeugnis liegt bereits dann vor, wenn das Attest bei oberflächlicher Betrachtung oder bei Betrachtung ohne ausreichenden Bildungs- oder Informationshintergrund für ein gültiges Dokument gehalten werden kann. Dies ist der Fall, wenn ein Arzt in den ärztlichen Bescheinigungen/Attesten bestätigte, dass das **Tragen eines Mund-Nasen-Schutzes** aus medizinischen Gründen **kontraindiziert** sei.

Unrichtig ist ein Gesundheitszeugnis, wenn eine in ihm enthaltene Aussage oder Befundtatsache oder Sachverständigenschlussfolgerung in einem wesentlichen Punkt nicht der Wahrheit entspricht. Insb. ist ein Gesundheitszeugnis unabhängig von der Frage einer eventuellen (zufälligen) Richtigkeit der Beschreibung des Gesundheitszustandes unrichtig im Sinne des § 278 StGB, wenn der Befund **ohne Vornahme einer einschlägigen Untersuchung** quasi „ins Blaue hinein“ bescheinigt wird, weil ein Attest nach der Verkehrsanschauung das Vertrauen begründet, dass die fachlichen Ausführungen auf einer tragfähigen Grundlage beruhen.

Das AG befand dem Angekl. für schuldig des Ausstellens von unrichtigen Gesundheitszeugnissen in 79 tatmehrheitlichen Fällen und verurteilte ihn deshalb zu einer Gesamtfreiheitsstrafe von 1 Jahr und 8 Monaten, deren Vollstreckung zur Bewährung ausgesetzt wird. Dem Angekl. wird für die Dauer von 3 Jahren verboten, ärztliche Atteste/ärztliche Bescheinigungen für Patienten/Dritte auszustellen, mit denen Befreiungen/Freistellungen von der durch entsprechende Verordnungen der Bundesländer in Verbindung mit dem Infektionsschutzgesetz angeordneten Maskenpflicht erklärt oder intendiert werden.

d) Ausstellung unrichtiger Impfunfähigkeitsbescheinigung (Durchsuchungsanordnung)

LG Nürnberg-Fürth, Beschluss v. 28.07.2022 - 12 Qs 34/22

RID 22-03-133

www.juris.de

SGB V § 278 StGB

Leitsatz: 1. Eine ärztlich ausgestellte **Impfunfähigkeitsbescheinigung** ist ein **Gesundheitszeugnis** i.S.d. § 278 StGB.

2. Ein Gesundheitszeugnis ist in der Regel schon dann **unrichtig**, wenn ihm keine ordnungsgemäße Untersuchung durch den ausstellenden Arzt zugrunde liegt.

e) Abrechnung von in der Türkei hergestelltem Zahnersatz durch Eigenlabor

AG Wuppertal, Urteil v. 05.05.2022 - 12 Ls-20 Js 796/17-43/21

RID 22-03-134

www.juris.de

StGB § 263

Die Übersendung der fehlerhaften Sammelabrechnungen hat bei der KZV den Irrtum erregt, dass die Abrechnungen inhaltlich richtig und der Höhe nach zutreffend seien. Der Angeklagte wusste auch um diese **Täuschung**, weil er trotz entsprechender Unterzeichnung der anderslautenden Grundsatzklärungen die **Fremdlaborkosten** nicht gesondert ausgewiesen hatte. Da die insgesamt fehlerhaften Eigenlaborkosten sich auf einen Betrag von rd. 729.000,00 Euro summierten, ist der KZV in dieser Höhe nach der streng formalen Betrachtungsweise des Bundesgerichtshofes ein Schaden entstanden. Der Angeklagte handelte auch mit der Absicht rechtswidriger Bereicherung, da er ganz

gezielt den durch die Auslagerung der Tätigkeit ins Ausland entstandenen Kostenvorteile nicht auswies, sondern für sich behielt.

Das AG sprach den Angekl des Betrug in 19 Fällen schuldig und verurteilte ihn zu einer Gesamtfreiheitsstrafe von einem Jahr und zehn Monaten, deren Vollstreckung zur Bewährung ausgesetzt wurde.

f) Durchsuchungsbeschluss: Schlüssige Behauptung eines Abrechnungsbetrugs im Vertragsarztbereich

LG Nürnberg-Fürth, Beschluss v. 27.05.2022 - 12 Qs 24/22

RID 22-03-135

www.juris.de

StPO § 152 II; StGB § 263

Leitsatz: 1. Wird im Fortgang des Ermittlungsverfahrens der **Anfangsverdacht**, der den Erlass des **Durchsuchungsbeschlusses** begründet hatte, wieder beseitigt, so ist die Fortführung der Durchsuchung in Form der Durchsicht der aufgefundenen Unterlagen rechtswidrig.

2. Zur Begründung des Anfangsverdachts beim **vorgeblich groß angelegten ärztlichen Abrechnungsbetrug**.

Das LG hob den Beschl. des AG auf und ordnete an, dass die auf der Grundlage dieses Beschl. sichergestellte Unterlagen und sonstige Asservate unverzüglich an den Beschwerdeführer zurückzugeben und dass gesicherte Daten, die sich im Polizeigewahrsam befinden, zu löschen sind.

Aus den Gründen:

„... Unter der streitigen Abrechnungsziffer GOP 35110 kann eine **verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen** unter systematischer Nutzung der Arzt-Patienten-Interaktion für eine Dauer von mindestens 15 Minuten abgerechnet werden. (...) Bereits aus der **Aussage der Zeugin C** kann allerdings nicht gefolgert werden, es habe keine verbale Intervention durch den Beschuldigten stattgefunden. Diese gab an, am 15. März 2021 durch den Beschuldigten operiert worden zu sein und in diesem Zusammenhang auch mit ihm gesprochen zu haben. Zur Dauer des Gesprächs machte sie keine Angaben. Es ist also möglich, dass dieses Gespräch vom 15. März 2021 die Voraussetzungen von GOP 35110 erfüllt hat. Allerdings wurde diese Ziffer ausweislich der Auskunft der KVB nicht für den 15. März 2021 abgerechnet, sondern für den 23. März 2021. Für diesen Tag behauptet die Zeugin, mit keinem Arzt gesprochen zu haben. Hält man diese Aussage für belastbar, lautet der Vorwurf an den Beschuldigten nicht, nicht erbrachte Leistungen abgerechnet zu haben, sondern erbrachte Leistungen unter einem falschen Datum abgerechnet zu haben.

Ob dieser Mangel abrechnungsrelevant wäre (dazu nachfolgend unter III) und deshalb bei der anzulegenden streng formalen Betrachtungsweise des Sozialversicherungsrechts (vgl. BGH, Urteil vom 19. August 2020 - 5 StR 558/19, juris Rn. 47 ff.; LG Nürnberg-Fürth, Beschluss vom 10. März 2022 - 12 Qs 6/22, juris Rn. 14) ein Schaden entstanden sein kann, mag dahinstehen. Denn selbst wenn eine Falschabrechnung vorläge, wäre die durchgeführte **Durchsuchung nicht verhältnismäßig** (zu dieser Anforderung BVerfG, Beschluss vom 21. Januar 2008 - 2 BvR 1219/07, juris Rn. 13; Burhoff, Handbuch Ermittlungsverfahren, 9. Aufl., Rn. 1820 m.w.N.). In der Sache geht es um einen Schaden von 21,74 €. Die für die strafrechtliche Beurteilung maßgeblichen Umstände lagen auch ohne Durchsuchung schon vor: die Aussage der Zeugin C und die Mitteilung der KVB darüber, für welche Tage welche Gebührensätze unter welcher LANR abgerechnet wurden. Welche zusätzlichen Erkenntnisse hätte die Durchsuchung insoweit zutage fördern sollen?

3. Allerdings meint die GenStA, und ihr folgend das Amtsgericht, aus den unter 1 und 2 referierten Verdachtsmomenten lasse sich folgern, der Beschuldigte habe auch in einer Vielzahl weiterer Fälle, bei einer Vielzahl derzeit noch unbekannter gesetzlich Versicherter nicht oder nicht durch ihn selbst erbrachte Leistungen abgerechnet. Aus diesem Grunde sieht sie einen dahingehenden Anfangsverdacht als gegeben und die Durchsuchung nach Unterlagen in dem sehr weiten Umfang – wie unter I dargelegt – als gerechtfertigt an. Dem folgt die Kammer nicht. (...)

b) Diese **Grenze der Vertretbarkeit ist vorliegend überschritten**. Das Indiz unter 1 hat sich erledigt. Aber selbst, wenn man es noch in die Betrachtung einbezüge, so lägen zwei unterschiedlich geartete Abrechnungsfehler vor, die eine systematische, über die Einzelfälle hinausweisende Falschabrechnungspraxis nicht aufzeigen oder auch nur andeuten. Beim Indiz unter 2 ist darüber hinaus zu sehen, dass – vorsätzliches Handeln unterstellt – die kriminelle Energie eher gering scheint. Denn auch wenn es bei der streng formalen Betrachtungsweise für die Erfüllung des Betrugstatbestandes keinen Unterschied macht, ob eine gar nicht erbrachte Leistung abgerechnet wird oder eine erbrachte Leistung nur fehlerhaft verbucht wird, ist der Unterschied bei der Bewertung der kriminellen Energie signifikant. Die These der GenStA läuft im gegebenen Fall darauf hinaus, **bloße Vermutungen und Spekulationen** zur Grundlage für einen weitgehenden Grundrechtseingriff zu machen, was unzulässig ist (BVerfG, Beschluss vom 26. Oktober 2011 - 2 BvR 1774/10, juris Rn. 25). Denn, dass Falschabrechnungen stattfinden – teils vorsätzlich, teils irrig – ist so bedauerlich wie ubiquitär. Wenn aber hier schon das Auffinden zweier unterschiedlicher Abrechnungsfehler in zwei Quartalen es rechtfertigen soll, den Generalverdacht der Falschabrechnung für die letzten Jahre zu konstruieren und auf dieser Grundlage beim Beschuldigten umfangreich Material zu sichern, so entfernt sich das allzu weit vom schwachen tatsächlichen Ausgangspunkt. Die Durchsuchung soll einen gegebenen Tatverdacht belegen, nicht erst die Tatsachen herbeischaffen, um ihn zu begründen (BVerfG, Beschluss vom 13. März 2014 - 2 BvR 974/12, juris Rn. 17).

Die Kammer weist ergänzend auf Folgendes hin: Die **schlüssige Behauptung eines Abrechnungsbetrugs im Vertragsarztbereich** setzt regelmäßig voraus, dass die für die Abrechnung maßgeblichen Verträge und Regelwerke in den fallrelevanten Auszügen **Bestandteil der Akte** werden. Anders mag es in trivialen Fällen sein, namentlich wenn es nur um die Abrechnung nicht erbrachter Leistungen geht. So hätte hier belegt werden müssen, woraus sich die abrechnungsrechtliche Relevanz der taggenauen Abrechnung ergibt. Liegen die maßgeblichen (und nicht gerichtsbekannt) Regelwerke nicht der

Akte bei und sind sie nicht im Internet frei abrufbar – zahlreiche Verträge aus dem Bereich der KVB sind nicht frei zugänglich –, kann die Beschwerdekammer schwerlich annehmen, der Ermittlungsrichter habe bei Erlass des Durchsuchungsbeschlusses einen schlüssig dargelegten Verdacht i.S.d. § 152 Abs. 2 StPO vor sich gehabt. Der schlanke Hinweis der GenStA in der Zuschrift vom 18. Mai 2022 auf die vom Bundessozialgericht postulierte „Pflicht zur peinlich genauen Abrechnung“ ersetzt die Darlegung der Abrechnungsgrundlagen nicht (vgl. auch LG Nürnberg-Fürth, Beschluss vom 10. März 2022 - 12 Qs 6/22, juris Rn. 11). (...)

4. Tätigkeitsverbot gegenüber Zahnarzt: Fehlender Impfnachweis

VG Osnabrück, Beschluss v. 25.07.2022 - 3 B 104/22

RID 22-03-136

www.juris.de

IfSG § 20a V 3

Leitsatz: 1. § 20a Abs. 5 Satz 3 IfSG ist **verfassungskonform** (vgl. BVerfG, Beschl. v. 27.04.2022 - 1 BvR 2649/21).

2. Auch Zahnärzte sind von der **einrichtungsbezogenen Impfpflicht** des § 20a Abs. 1 IfSG umfasst; auf den tatsächlichen Kontakt zu vulnerablen Personengruppen kommt es in diesem Zusammenhang nicht an.

3. Der mit der Anordnung eines Tätigkeitsverbots verbundenen massive **Eingriff** in das Grundrecht auf Berufsfreiheit (Art. 12 Abs. 1 GG) wird im Fall eines ungeimpften Zahnarztes, bei dem naturgemäß nicht ausgeschlossen werden kann, dass er im Rahmen seiner Tätigkeit engen Kontakt zu besonders vulnerablen Personen hat, durch die staatliche Verpflichtung zur Aufrechterhaltung und Gewährleistung des öffentlichen Gesundheitsschutzes und das Recht auf körperliche Unversehrtheit dritter - vulnerabler - Personen **gerechtfertigt**.

5. BVerwG: Abschaffung der Zusatzbezeichnung „Homöopathie“ (Nichtzulassungsbeschwerde)

BVerwG, Beschluss v. 25.05.2022 - 3 BN 3/22

RID 22-03-137

www.juris.de

GG Art. 12 I, 14 I

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *OVG Niedersachsen*, Urt. v. 22.11.2021 - 8 KN 62/21 - wird zurückgewiesen.

Eine „**eingriffsgleiche Wirkung**“ der Abschaffung der Möglichkeit, die **Zusatzbezeichnung „Homöopathie“** zu erwerben, auf die Rechtsstellung des Ast. zu 1 ist im Übrigen schon deshalb nicht dargelegt, weil der Verkaufspreis einer Praxis von einer Vielzahl von Faktoren abhängt. Dass das Entfallen der Möglichkeit für alle der Landesärztekammer Niedersachsen angehörenden Ärzten, die Zusatzbezeichnung „Homöopathie“ neu zu erwerben, hierfür von ausschlaggebender Bedeutung sein könnte, hat der Ast. nicht aufgezeigt.

Die bloße Erwartung, eine nach geltendem Recht bestehende Zusatzweiterbildung auch später absolvieren und ggf. die hierzu gehörige Zusatzbezeichnung führen zu dürfen, reicht zur Begründung eines Eingriffs in die **Berufsfreiheit** aus Art. 12 I GG nicht aus. Die Behandlung von Patienten mit homöopathischen Mitteln und Methoden wird weder eingeschränkt noch verboten. Es ist der Ast. auch unbenommen, sich auf diesem Gebiet beruflich fortzubilden.

Parallelverfahren:

BVerwG, Beschluss v. 25.05.2022 - 3 BN 4/22

RID 22-03-138

www.juris.de

6. BSG: Sozialversicherungspflicht einer Vertreterin in BAG

BSG, Urteil v. 19.10.2021 - B 12 R 1/21 R

RID 22-03-139

BSGE = SozR 4-2400 § 7 Nr. 60 = GesR 2022, 317 = ZMGR 2022, 177

SGB IV §§ 7 I, 7a

Leitsatz: Eine Ärztin, die für die Dauer ihrer **Vertretungstätigkeit** in eine Gemeinschaftspraxis „funktionsgerecht dienend“ **eingegliedert** ist, ohne die Stellung einer Praxisinhaberin einzunehmen, unterliegt der **Versicherungspflicht** aufgrund Beschäftigung.

7. Ärztliches Attest: Eigenhändige Unterschrift des Arztes erforderlich

VG Düsseldorf, Urteil v. 16.05.2022 - 15 K 7677/20

RID 22-03-140

www.juris.de

HochschulG NRW § 63 VII 1

Leitsatz: Bei den in einem **ärztlichen Attest** enthaltenen Feststellungen zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen des Patienten handelt es sich um **Wissenserklärungen**. Das Attest bedarf deshalb der eigenhändigen **Unterschrift des Arztes**.

8. Verpflichtung der Kammermitglieder zur Kommunikation über E-Mail-Adresse

OVG Bremen, Urteil v. 18.05.2022 - 2 D 374/21

RID 22-03-141

www.juris.de

EUV 2016/679 Art. 17, 58; HeilBerG Bremen §§ 4, 5, 5a, 9

Leitsatz: Eine Bestimmung in der Satzung einer Heilberufskammer, die die **Kammermitglieder** zur **Mitteilung einer E-Mail-Adresse** an die Kammer und deren (passive) Nutzung in der Korrespondenz mit der Kammer verpflichtet, ist in Bremen nicht mit dem Heilberufsgesetz vereinbar.

9. Eintragung eines akademischen Grades in einen Arztausweis

VG Bremen, Urteil v. 09.06.2022 - 5 K 26/21

RID 22-03-142

www.juris.de

HeilBerG Bremen §§ 5 II, 8 I Nr. 10

Leitsatz: Weder das geschriebene Recht, noch das Gewohnheitsrecht vermitteln einen Anspruch auf **Eintragung eines Doktorgrades** in den Arztausweis, wenn die betroffene Person nur zur Führung eines solchen Grades **mit Klammerzusatz** (Herkunftsbezeichnung des Titels) berechtigt ist.

II. Arzthaftung

1. Bundesgerichtshof (BGH)

a) BVerfG: Schmerzensgeldanspruch des Erben bei lebens- und leidensverlängernden Maßnahmen

BVerfG, 1. Sen. 3. Ka., Beschluss v. 07.04.2022 - 1 BvR 1187/19

RID 22-03-143

www.juris.de

GG Art. 1 I, 2 I; BGB § 253 II; MRK Art. 8

Die Verfassungsbeschwerde gegen **BGH**, Urt. v. 02.04.2019 - VI ZR 13/18 - RID 19-02-165 wird nicht zur Entscheidung angenommen.

Der BGH setzt das **Leben** in der angegriffenen Entscheidung zwar in einer Weise **absolut**, die Zweifel daran wecken könnte, ob das Selbstbestimmungsrecht hinreichend Beachtung findet. Doch beruht die Entscheidung darauf nicht. Hier war der tatsächliche oder mutmaßliche Wille als Ausdruck des Selbstbestimmungsrechts des Verstorbenen nicht feststellbar.

Will der Patient - anders als im Streitfall - tatsächlich selbstbestimmt sterben, tritt die Schutzpflicht des Staates für das **Leben** aus Art. 2 II 1 GG hinter dem **Selbstbestimmungsrecht** zurück. Entgegen der Auffassung des Bf. ist damit nicht gesagt, dass das Leben in jedem Fall absolut erhaltungswürdig sei. Es ist daher auch nicht von vornherein ausgeschlossen, dass eine lebenserhaltende Maßnahme, die gegen den Willen des Betroffenen durchgeführt wird, haftungsrechtliche Folgen haben kann.

Wenn der BGH meint, Leiden könne nicht in monetären Summen bewertet werden und daher einen Anspruch auf **immateriellen Schadensersatz** ablehnt, stellt dies die grundrechtlich geschützte Selbstbestimmung über das eigene Leben nicht in Frage.

b) Umkehr der Beweislast hinsichtlich Kausalität grober Behandlungsfehler (Geburtsschaden)

BGH, Urteil v. 24.05.2022 - VI ZR 206/21

RID 22-03-144

www.juris.de
BGB §§ 280 I, 823 I

Leitsatz: Zur Umkehr der Beweislast hinsichtlich der Kausalität grober Behandlungsfehler (hier: Unterlassen der therapeutischen Information) und zum Zurechnungszusammenhang unter Schutzzweckgesichtspunkten.

c) Feststellungen zu Entscheidungskonflikt: Persönliche Anhörung des Patienten

BGH, Beschluss v. 21.06.2022 - VI ZR 310/21

RID 22-03-145

www.juris.de
BGB § 630h II 2; GG Art. 103 I

Leitsatz: Feststellungen darüber, wie sich ein Patient bei ausreichender Aufklärung entschieden hätte, und ob er in einen Entscheidungskonflikt geraten wäre, darf der Tatrichter grundsätzlich nicht ohne persönliche Anhörung des Patienten treffen.

d) Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör

BGH, Beschluss v. 10.05.2022 - VI ZR 219/21

RID 22-03-146

www.juris.de
ZPO § 544 IX; GG Art. 103 I

Leitsatz: Zum Vorliegen eines Gehörsverstößes in einem Schadensersatzprozess.

e) Keine Ausfallgebühr in Arztpraxis bei Corona-Verdacht

BGH, Urteil v. 12.05.2022 - III ZR 78/21

RID 22-03-147

www.juris.de
BGB §§ 296 I, 297, 328, 615 I 1, 630a, 630b

Leitsatz: 1. Wird ein minderjähriges Kind von seinen Eltern in einer Arztpraxis - oder wie hier in einer Praxis für Ergotherapie - zur medizinischen Behandlung vorgestellt, kommt der **Behandlungsvertrag** in der Regel zwischen den Eltern und dem Behandelnden als Vertrag zugunsten des Kindes zustande (§§ 630a, 328 BGB). Dies gilt - jedenfalls bei kleinen Kindern - auch dann, wenn diese in der gesetzlichen Krankenversicherung mitversichert sind.

2. Die Vorschrift des § 615 BGB ist gemäß § 630b BGB auf Behandlungsverträge im Sinne des § 630a BGB anwendbar. Ein etwaiger **Vergütungsanspruch** gemäß § 615 Satz 1 BGB richtet sich auch gegen gesetzlich krankenversicherte Patienten.

3. Bei der Beurteilung der Frage, ob die **Vereinbarung eines Behandlungstermins** eine kalendermäßige Bestimmung im Sinne des § 296 Satz 1 BGB darstellt, verbietet sich eine schematische Betrachtungsweise. Vielmehr sind sämtliche Umstände des jeweiligen Falles, insbesondere die Interessenlage der Parteien und die Organisation der Terminvergabe durch den Behandelnden sowie deren Erkennbarkeit für die Patienten, zu berücksichtigen.

4. Zur rechtlichen Unmöglichkeit der Leistungsbewirkung bei Nichtbeachtung von Bestimmungen einer **Coronaschutzverordnung** (hier: Land Nordrhein-Westfalen).

2. Behandlungsfehler

a) Abgrenzung Diagnoseirrtum und Befunderhebungsfehler Nichterkennen des Hirnstamminfarktes

OLG Dresden, Beschluss v. 21.06.2022 - 4 U 2466/21

RID 22-03-148

www.juris.de
BGB § 630a; ZPO § 295

- Leitsatz:** 1. Holt das Gericht statt der beantragten Ladung eines Sachverständigen ein **ergänzendes Gutachten** ein und lässt sich die Partei anschließend **rügelos** in die Verhandlung ein, kann sie die unterbliebene Ladung nicht als **Verfahrensfehler** rügen.
2. Zur Abgrenzung zwischen **Diagnoseirrtum** und **Befunderhebungsfehler**.
3. Unterlässt das Ausgangsgericht die fehlende Auseinandersetzung mit einem von einer Partei eingereichten **Privatgutachten**, kann dies durch das Berufungsgericht nachgeholt werden.

b) Grober Behandlungsfehler: Umfang der Beweislastumkehr

OLG München, Urteil v. 10.09.2020 - 24 U 1308/19

RID 22-03-149

www.juris.de

BGB § 630h V 1

Leitsatz: Ein **grober Behandlungsfehler** bewirkt nur eine **Beweislastumkehr** hinsichtlich der Kausalität des Fehlers für einen feststehenden Primärschaden (hier: nur wenn im zeitlichen Gefolge eines - unterstellten - groben Hygieneverstößes eine Wundinfektion festzustellen ist, ist zu vermuten, dass sie auf den Verstoß zurückzuführen ist). Stehen lediglich **mögliche Folgeschäden** einer Wundinfektion fest, denen aber stattdessen auch eine aseptische Ursache zugrunde liegen kann, hilft die durch den groben Hygieneverstoß inmitten stehende Beweislastumkehr hingegen nicht.

c) Grobe Fehlerhaftigkeit: Mehrere einfache Behandlungsfehler (Schulteroperation)

LG München II, Urteil v. 28.09.2021 - 1 O 1942/19 Hei

RID 22-03-150

www.juris.de

BGB § 823

Leitsatz: **Mehrere einfache Behandlungsfehler** können im Rahmen einer Gesamtbetrachtung die ärztliche Behandlung als **grob fehlerhaft** erscheinen lassen, wenn in einer Zusammenschau das Vorgehen insgesamt nicht mehr verständlich erscheint und schlechterdings nicht so ablaufen darf. Bei dieser Zusammenschau bleiben jedoch solche Behandlungsfehler außer Betracht, die von vorneherein mit dem Schaden nicht in Zusammenhang stehen können bzw. deren Mitursächlichkeit für den eingetretenen Schaden äußerst unwahrscheinlich ist. Denn Sinn und Zweck der Beweislastumkehr wegen mehrerer einfacher Behandlungsfehler, die sich insgesamt als grob erweisen, ist die hierdurch für den Patienten vergrößerte Schwierigkeit, die konkrete Ursache für den bei ihm eingetretenen Schaden nachzuweisen. Soweit ein Zusammenhang zwischen einem Behandlungsfehler und dem Schaden jedoch äußerst unwahrscheinlich ist, fehlt es an einer relevanten Erschwerung der klägerischen Möglichkeit zur Beweisführung in Bezug auf die Kausalität einzelner Fehler für den Schaden.

d) Telemedizinische Hinzuziehung eines Facharztes: Organisations- und Koordinationspflicht

LG München II, Urteil v. 10.05.2022 - 1 O 4395/20 Hei

RID 22-03-151

www.juris.de

BGB §§630a, 823

Leitsatz: Im Falle einer **Schlaganfallbehandlung** durch eine internistische Abteilung unter **telemedizinischer Hinzuziehung von Neurologen und/oder Radiologen** genügen die Beteiligten ihrer **Organisations- und Koordinationspflicht** nicht bereits durch die Vereinbarung, leitlinienkonform behandeln zu wollen. Vielmehr sind detaillierte Regelungen erforderlich, wer für was zuständig ist. Diese können beispielsweise in einer SOP (Standard-Operating-Procedure) niedergelegt werden.

e) Diagnosefehler: Versteifungsoperation der Wirbelsäule

LG Wuppertal, Urteil v. 11.03.2022 - 2 O 309/19

RID 22-03-152

www.juris.de

BGB §§ 280, 630h, 823

Leitsatz: Ein haftungsrelevanter **Diagnosefehler** liegt vor, wenn durch eine fehlerhafte Distanzmessung auf einem Röntgenbild bei einem Patienten ohne gravierende neurologische Ausfallerscheinungen die **Diagnose eines Wirbelsäulengleitens** L5/S1 von 15,99 mm nach hinten gestellt wird, weil hierdurch die Grenzen des physiologisch Möglichen erkennbar überschritten sind.

Wird aufgrund einer vorwerfbar fehlerhaften Fehldiagnose eine **Operationsindikation gestellt**, ist eine diesbezüglich erklärte **Einwilligung** des Patienten **unwirksam**. Für die Haftungsrelevanz der bei und durch diese Operation herbeigeführten Verletzungen kommt es dann nicht mehr darauf an, ob diese isoliert betrachtet behandlungsfehlerhaft durchgeführt wurde.

Wird aufgrund einer vorwerfbar fehlerhaft gestellten Diagnose eines Wirbelsäulengleitens von 15,99 mm nach hinten bei einem Patienten, bei dem tatsächlich lediglich von einem klinisch fraglichen Wirbelsäulengleiten von 3 mm nach vorn auszugehen ist, vier Wochen nach der Erstvorstellung mit Rückenschmerzen eine **Versteifungsoperation der Wirbelsäule** durchgeführt, ist eine hierbei durch eine Schraube verursachte **Verletzung des Spinalkanals** ein vorwerfbarer Behandlungsfehler. Dass die Verletzung des Spinalkanals im Rahmen einer indizierten Versteifungsoperation nicht als Behandlungsfehler zu bewerten wäre, ist dann unerheblich.

Unterlässt es der behandelnde Arzt nach einer zur Korrektur der Schraubenlage im Wirbelkörper durchgeführten Zweitoperation (**Revisionsoperation**), die korrekte Lage der Schrauben mittels CT-Untersuchung zu kontrollieren, obwohl der Patient postoperativ weiterhin über Rückenschmerzen klagt, die seit der Erstoperation erstmals auch in sein Bein ausstrahlen, liegt ein haftungsrelevanter, grober **Befunderhebungsfehler** i.S.d. § 630h Abs. 5 Satz 2 BGB vor. In diesem Fall kommt es nicht mehr darauf an, ob die Lage einer nach der Versteifungsoperation in den Spinalkanal eindringenden Schraube im Rahmen der Revisionsoperation überhaupt verändert wurde.

Wird aufgrund der **unterlassenen CT-Kontrolle der Schraubenlage** nach einer Revisionsoperation die Indikation zu einer dritten Operation zur Korrektur der Schraubenlage erst einen Monat später gestellt, so ist nach § 630h Abs. 5 Satz 1 BGB zu vermuten, dass die seit der ersten Versteifungsoperation vorhandenen, dauerhaften Rückenschmerzen des Patienten auf einem chronischen Nervenschaden im Spinalkanal beruhen, der aufgrund der verstrichenen Zeit irreparabel ist.

Ist ein Patient aufgrund eines auf mehrere vorwerfbare Behandlungsfehler zurückzuführenden chronischen Nervenschadens im Spinalkanal wegen dauerhafter Schmerzen lebenslang auf eine operativ einzusetzende Schmerzpumpe angewiesen, die in regelmäßigen Abständen operativ gewartet werden muss, ist ein **Schmerzensgeld** von 100.000,00 Euro angemessen.

Wird eine unter der Bedingung der vorherigen Gewährung von Prozesskostenhilfe erhobene, final bereits ausformulierte Klage am 29.11. des Vorjahres beim Landgericht eingereicht, so erfolgt die **Bekanntgabe des Prozesskostenhilfeantrags** an den Antragsgegner auch dann noch „**dennächst**“ i.S.d. § 204 Abs. 1 Nr. 14 BGB, wenn die Akte dem Vorsitzenden der zuständigen Kammer aufgrund von den Parteien nicht bekannten, krankheitsbedingten Personalengpässen im Geschäftsstellenbereich erst am 06.01. des Folgejahres erstmals zur Bearbeitung vorgelegt werden konnte.

f) Behandlung einer Fraktur des Fußes als Verstauchung

LG Köln, Urteil v. 22.06.2022 - 25 O 9/22

RID 22-03-153

www.juris.de

BGB §§ 253, 630a, 823

Es liegt ein Behandlungsfehler vor, wenn ein tatsächlich vorhandener **Bruch des Fußes** trotz eindeutiger Röntgenaufnahmen und richtiger Diagnose durch die Röntgenabteilung nicht als solcher erkannt wird und die Diagnose in der Notaufnahme der Klinik auf **Distorsion**, nicht auf **Fraktur** lautet.

g) Brustvergrößerungsoperation: Bottoming-Out-Phänomen

LG Dortmund, Urteil v. 24.03.2022 - 4 O 280/20

RID 22-03-154

www.juris.de

BGB §§ 280, 630a, 823, 831

Tritt Das **Bottoming-Out-Phänomen** aufgrund einer **Bindegewebsschwäche** auf, liegt kein **Behandlungsfehler** vor. Bei einer solchen Bindegewebsschwäche sackt das Implantat über Monate, also einen längeren Zeitraum, immer ein Stück weiter nach unten. Dies stellt eine schicksalhafte Entwicklung dar und ist nicht auf einen Behandlungsfehler zurückzuführen. Der Operateur kann die Bindegewebeschwäche nicht kennen. Zur Bindegewebeschwäche passt auch der Umstand, dass nach Angaben der Kl. das rechte Implantat erst später abgesackt ist als das linke, da sich beide Seiten sich nicht immer eins zu eins entwickeln.

Dass die Kl. nicht ausdrücklich über das mögliche Auftreten eines Bottoming-Out-Syndroms hingewiesen hat, steht der Annahme einer ausreichenden **Aufklärung** nicht entgegen. Der Patient muss nur im „Großen und Ganzen“ über Chancen und Risiken der Behandlung aufgeklärt werden.

h) Zahnersatz: Gelegenheit zur Nachbesserung und Nachweis

OLG Dresden, Beschluss v. 16.06.2022 - 4 U 2562/21

RID 22-03-155

www.juris.de

BGB §§ 630a ff.

Leitsatz: 1. Bei einer zahnärztlichen Behandlung kann ein Behandlungsfehler nicht bereits dann angenommen werden, wenn **Zahnersatz** nicht auf Anhieb „sitzt“; dem Zahnarzt ist vielmehr im Rahmen des Zumutbaren **Gelegenheit zur Nachbesserung** zu geben.

2. Findet sich in den **Behandlungsunterlagen** kein Hinweis auf derartige Maßnahmen, ist der Patient für seine Behandlung, die Grenze des Zumutbaren sei nach zahlreichen Nachbesserungen überschritten, **beweisbelastet**.

3. Aufklärung

a) Nachweis einer ordnungsgemäßen Aufklärung

OLG Dresden, Urteil v. 05.07.2022 - 4 U 657/21

RID 22-03-156

www.juris.de

BGB § 630e

Leitsatz: Für den der Behandlungsseite obliegenden **Nachweis einer ordnungsgemäßen Aufklärung** des Patienten ist regelmäßig eine **Anhörung oder Zeugenvernehmung** erforderlich. Sofern ausreichende Indizien bestehen, dass überhaupt ein Aufklärungsgespräch stattgefunden hat, kann es aber zur Überzeugungsbildung im Einzelfall ausreichen, wenn die ständige Praxis einer ausreichenden Aufklärung bewiesen wird.

b) Weisheitszahnentfernung

OLG Brandenburg, Urteil v. 07.07.2022 - 12 U 8/22

RID 22-03-157

www.juris.de

BGB § 823

Ein Aufklärungsfehler hinsichtlich der Aufklärung über **Behandlungsalternativen** liegt nicht vor, wenn die Patientin über die Möglichkeit des Zuwartens mit der Weisheitszahnentfernung rechts informiert wird. Dies ist der Fall, wenn eine Zahnärztin mitteilt, dass es üblich sei, Weisheitszähne zeitnah herauszunehmen, bevor irgendwann mal Schmerzen auftreten könnten.

Bei einer Weisheitszahnentfernung ist eine Patientin darüber aufzuklären, dass sich die **Taubheit** insb. der Zunge und die Geschmacksbeeinträchtigungen verbunden mit Sprachschwierigkeiten nicht nur vorübergehend, sondern **dauerhaft** und irreparabel einstellen könnten.

4. Behandlungsvertrag: Stand der Wissenschaft

OLG Dresden, Beschluss v. 17.03.2022 - 4 U 2276/21

RID 22-03-158

www.juris.de
BGB §§ 630a, 823

Leitsatz: 1. Aus dem **Behandlungsvertrag** schuldet der Arzt nicht den „Goldstandard“, also dasjenige, was im Rückblick betrachtet die beste Versorgung des Patienten ist, sondern nur eine im Zeitpunkt der Behandlung ex ante dem anerkannten **Stand der Wissenschaft** entsprechende Behandlung.

2. In der Berufungsinstanz genügt es nicht, wenn der Patient die Ausführungen des erstinstanzlichen **Gutachters** lediglich mit einer eigenen abweichenden Meinung in Zweifel zieht. Erforderlich ist vielmehr, dass er entweder ein Privatgutachten vorlegt, zumindest aber selbst medizinische Fundstellen oder Leitlinien benennt, die für seine Behauptungen streiten (Festhaltung OLG Dresden, Beschl. v. 07.01.2021 - 4 U 1725/20 - RID 21-02-166, juris Rn. 10; OLG Dresden, Beschl. v. 10. 01.2018 - 4 U 750/19 -; OLG Dresden, Beschl. v. 04.11.2019 - 4 U 1388/19 - RID 20-02-158, juris; OLG Dresden, Beschl. v. 16.11.2021 - 4 U 719/21 - RID 22-01-192, juris)

5. Beginn der Verjährungsfrist

a) Kenntnis von postoperativen Komplikationen und starken Schmerzen

OLG Dresden, Beschluss v. 04.05.2022 - 4 W 251/22

RID 22-03-159

www.juris.de
BGB § 199

Leitsatz: Die für den Lauf der Verjährungsfrist erforderliche Kenntnis des Patienten in einer Arzthaftungssache ist nicht bereits dann gegeben, wenn ihm der negative **Ausgang einer Behandlung bekannt** ist. Auch die Kenntnis von postoperativen Komplikationen und starken Schmerzen reicht hierfür nicht aus.

b) Kenntnis aufgrund eines Privatgutachtens

OLG Dresden, Beschluss v. 09.05.2022 - 4 W 230/22

RID 22-03-160

www.juris.de
BGB § 199

Leitsatz: 1. Für den **Beginn der Verjährungsfrist** in einer Arzthaftungssache kommt es nur auf die **Kenntnis** der anspruchsbegründenden Tatsachen, nicht auf deren zutreffende rechtliche Würdigung und nur auf die Person des Patienten an.

2. Allerdings muss sich dieser auch das Wissen sowie die leichtfertige oder grob fahrlässige **Unkenntnis eines Bevollmächtigten** zurechnen lassen.

3. Eine solche Kenntnis wird regelmäßig durch ein **Privatgutachten** vermittelt, in dem ein Behandlungsfehler bejaht wird.

6. Befangenheit medizinischer Sachverständiger: Überschreitung eines Gutachtauftrags

OLG Frankfurt a. M., Beschluss v. 28.04.2022 - 17 W 3/22

RID 22-03-161

www.juris.de
ZPO §§ 46, 406

Leitsatz: Ob die **Überschreitung eines Gutachtauftrags** geeignet ist, bei einer Partei die Besorgnis der Befangenheit hervorzurufen, bedarf einer Betrachtung der Umstände des Einzelfalls, wobei es darauf ankommt, ob mit der Beantwortung der Beweisfragen aus Sicht einer verständigen Partei bereits eine offensichtliche und damit ohne Weiteres erkennbare Überschreitung des Beweisthemas durch den Sachverständigen einhergeht.

Anhang I: BSG - Anhängige Revisionen Vertragsarztrecht

Stand: 29.08.2022. 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				
Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie: RLV und Sozialpsychiatrie-Vereinbarung	B 6 KA 3/22 R	Ist der Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit verletzt, wenn in einem Honorarvertrag betreffend das Regelleistungsvolumen innerhalb der Arztgruppe der Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie nicht nach Ärzten differenziert wird, die an der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung (Anlage 11 BMV-Ä) teilnehmen und solchen, die nicht daran teilnehmen?	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 09.02.2022 - L 7 KA 10/18 -	22-03-01
Psychotherapeuten Rechtswidrige Quotierung innerhalb der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze Quartal II/10	B 6 KA 9/22 R B 6 KA 13/22 R	War es zulässig, dass ein Honorarverteilungsvertrag nicht antrags- und genehmigungspflichtige psychotherapeutische Leistungen im Quartal 2/2010 innerhalb der zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen nur quotiert vergütete?	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 17.11.2021 - L 7 KA 27/16 - - L 7 KA 28/16 -	22-01-7 22-01-10 NZB
Quartal IV/10	B 6 KA 10/22 R B 6 KA 12/22 R	War es zulässig, dass ein Honorarverteilungsvertrag nicht antrags- und genehmigungspflichtige psychotherapeutische Leistungen im Quartal 4/2010 innerhalb der zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen nur quotiert vergütete?	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 17.11.2021 - L 7 KA 3/18 - - L 7 KA 48/17 -	22-03-3 22-01-9 NZB
Quartal I/11	B 6 KA 11/22 R	War es zulässig, dass ein Honorarverteilungsvertrag nicht antrags- und genehmigungspflichtige psychotherapeutische Leistungen im Quartal 1/2011 innerhalb der zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen nur quotiert vergütete?	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 17.11.2021 - L 7 KA 2/18 -	22-01-8 NZB
Zeitgebundene neuropsychologische Leistungen und höhere Praxiskosten (Quartal II/13)	B 6 KA 1/22 R	Folgt aus dem Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 22.9.2015 zur Höherbewertung der antragspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen im Abschnitt 35.2 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM), dass neuropsychologische Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 30931 und 30932 EBM ebenfalls höher bewertet werden müssen?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 30.06.2021 - L 11 KA 69/18 -	22-01-11
Quotierung der innerhalb einer zeitbezogenen Kapazitätsgrenze erbrachten Psychotherapieleistungen	B 6 KA 8/22 R	War es zulässig, dass ein Honorarverteilungsvertrag nicht antrags- und genehmigungspflichtige psychotherapeutische Leistungen in den Quartalen 1/2011, 3/2011, 4/2011 innerhalb der zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen nur quotiert vergütete?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 28.04.2021 - L 5 KA 4152/18 -	21-03-3 NZB
Abschlagszahlungen: MVZ und selbstschuldnerische Bankbürgschaft	B 6 KA 10/21 R Termin: 07.09.2022	Darf eine Kassenärztliche Vereinigung die Gewährung von Abschlagszahlungen auf das Honorar eines MVZ von der Vorlage einer selbstschuldnerischen Bankbürgschaft abhängig machen, wenn die Gesellschafter der MVZ-Trägersgesellschaft nicht ausschließlich natürliche Personen sind?	<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				
Pädiater: Genehmigung für pädiatrisch-gastroenterologische Leistungen	B 6 KA 4/22 R	Bedarf eine Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzbezeichnung Kinder-Gastroenterologie zur Erbringung von pädiatrisch-gastroenterologischen Leistungen nach Kapitel III.a Abschnitt 4.5.1 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM-Ä) einer zusätzlichen zulassungsrechtlichen Befugnis nach § 73 Absatz 1a Satz 3 SGB V?	<i>SG Hamburg</i> , Urt. v. 28.07.2021 - S 27 KA 64/19 -	22-03-19

Teilnahmeberechtigung einer BAG an amb. spezialfachärztl. Versorgung	B 3 KR 9/22 R	Können Berufsausübungsgemeinschaften im Wege der institutionellen Benennung zur Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung berechtigt sein?	<i>LSG Bayern</i> , Ur. v. 08.04.2022 - L 12 KR 546/21 -	22-03-13
--	---------------	---	---	----------

Sachlich-rechnerische Berichtigung

Wirtschaftlichkeitsprüfung/Regress

Zulassung und Ermächtigung

MVZ-Nachrang bei Auswahl des Praxisnachfolgers	B 6 KA 2/22 R	Gilt die Nachrangregelung des § 103 Absatz 4c Satz 3 SGB V auch für ein Medizinisches Versorgungszentrum, bei dem die Mehrheit der Geschäftsanteile und der Stimmrechte von im Medizinischen Versorgungszentrum angestellten Ärzten gehalten wird, die zugunsten des Medizinischen Versorgungszentrums auf ihre Zulassung als Vertragsarzt verzichtet haben?	<i>SG Hamburg</i> , Ur. v. 28.09.2021 - S 3 KA 294/18 -	22-02-29
Zulassungsentziehung: Nichtausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit/Kein Ruhen der Zulassung	B 6 KA 5/22 R	Kann ein Wille zur kontinuierlichen Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung, der einer Zulassungsentziehung entgegensteht, auch dann angenommen werden, wenn der Arzt/das MVZ zwar nicht am bisherigen Standort weiter tätig sein will, aber einen Verlegungsantrag gestellt hat?	<i>LSG Mecklenburg-Vorpommern</i> , Ur. v. 18.11.2020 - L 1 KA 2/18 -	21-02-24 NZB
Qualifikation einer Fachabteilung einer Hochschulambulanz	B 6 KA 9/21 R	Zu den Voraussetzungen der Qualifikation einer Fachabteilung eines Krankenhauses (hier: Rheumatologie) als Hochschulambulanz im Sinne von § 117 Absatz 1 Satz 1 SGB V bei Vorliegen eines Kooperationsvertrages zwischen dem Krankenhaus und einer Universität	<i>LSG Bayern</i> , Ur. v. 21.04.2021 - L 12 KA 37/20 -	21-03-31
Psychiatrische Institutsambulanz: Kein gesonderter ärztlicher Leiter	B 6 KA 6/22 R	Besteht bei einem psychiatrischen Krankenhaus, das nach § 118 Absatz 1 SGB V zur ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung der Versicherten ermächtigt worden ist (psychiatrische Institutsambulanz), das Erfordernis, neben der geeigneten fachärztlich-psychiatrischen Leitung des gesamten Krankenhauses eine weitere Person als ärztliche Leitung für die psychiatrische Institutsambulanz zu bestimmen?	<i>LSG Bayern</i> , Ur. v. 19.01.2022 - L 12 KA 39/20 -	22-03-20
Psychiatrische Institutsambulanz: Fehlende Aufnahme in den Krankenhausplan	B 6 KA 7/22 R	Besteht ein Rechtsanspruch auf Erteilung einer Ermächtigung zum Betrieb einer psychiatrischen Institutsambulanz nach § 118 Absatz 1 SGB V auch dann, wenn sich am geplanten Standort nur eine als "Satellit" der Hauptklinik in den Krankenhausplan aufgenommene Tagesklinik befindet?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Ur. v. 23.11.2021 - L 5 KA 4205/18 -	22-02-35 NZB
Fiktion der Widerspruchsrücknahme bei nicht rechtzeitiger Entrichtung der Gebühr	B 6 KA 11/21 R Termin: 07.09.2022	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?	<i>SG Gotha</i> , Ur. v. 03.02.2021 - S 2 KA 2702/18 -	21-04-24

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

Schiedsspruch/Gesamtvergütung: Zuschläge für besonders förderungswürdige Leistungen	B 6 A 1/22 R Erledigt durch Rücknahme	Zu den Voraussetzungen einer Beanstandung eines Schiedsspruchs des Landesschiedsamtes über die Festsetzung des Vertragsinhaltes zur Vergütung der vertragsärztlichen Versorgung (hierbei insbesondere: Zuschläge für besonders förderungswürdige Leistungen nach § 87a Absatz 2 Satz 3 SGB V) durch das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) nach § 89 Absatz 10 Satz 7 SGB V.-	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Ur. v. 30.03.2022 - L 5 KA 1255/20 KL	22-03-22
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?	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Ur. 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: 29.08.2022. 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				
Kinderwunschbehandlung	B 1 KR 13/22 R	Hat eine Versicherte Anspruch auf Erstattung der Hälfte der Kosten einer Kinderwunschbehandlung, wenn bereits eine hälftige Kostenübernahme durch die private Krankenversicherung des Ehemannes erfolgt ist?	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , Urt. v. 24.05.2022 - L 5 KR 221/21 -	22-03-41
Kostenerstattung				
Genehmigungsfiktion: Mitarbeiterin der Krankenkasse/Liposuktion	B 1 KR 1/22 R	Zum Anspruch Versicherter auf Liposuktionsbehandlung als Potentialleistung nach § 137c Absatz 3 SGB V und nach § 13 Absatz 3a SGB V.	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 26.02.2021 - L 4 KR 675/19 -	21-02-70 NZB
Genehmigungsfiktion: Lauf der Entscheidungsfrist	B 1 KR 9/22 R	Beginnt die Entscheidungsfrist des § 13 Absatz 3a Satz 1 SGB V frühestens an dem Tag zu laufen, an dem die materiell-rechtliche Norm, auf die der Antragsteller sein Leistungsbegehren stützt, in Kraft tritt? Zu den Anspruchsvoraussetzungen einer Versorgung mit Arzneimitteln mit den Wirkstoffen Dronabinol oder Nabilon nach § 31 Absatz 6 SGB V.	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 17.03.2022 - L 4 KR 230/19 -	22-02-56
Satzungsregelung zur Kostenübernahme für nicht zugelassenes Krankenhaus	B 1 KR 8/22 R	Steht eine ärztliche Absicherung stationärer Patienten in der Nacht durch einen Dienstarzt einer Rehabilitationsklinik der von § 107 Absatz 1 SGB V geforderten jederzeitigen Verfügbarkeit von ärztlichem Personal und damit der Qualifizierung einer Einrichtung als Krankenhaus im Sinne von § 107 SGB V entgegen? Findet § 107 Absatz 1 SGB V auf nicht zugelassene Leistungserbringer Anwendung, die nach § 11 Absatz 6 SGB VI in Verbindung mit der Satzung der Krankenkasse "Satzungs-Leistungserbringer" sind? Liegt eine Trennung in Krankenhaus und stationäre Rehabilitationseinrichtung auch dann vor, wenn beide sich in einem Gebäude befinden und Funktionsräume gemeinsam genutzt werden?	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , Urt. v. 22.04.2021 - L 5 KR 226/20 -	22-02-59 NZB
Stationäre Behandlung				
Auslandskrankenbehandlung				
Arzneimittel				
Cannabinoide	B 1 KR 21/21 R	Zu den Anspruchsvoraussetzungen einer Versorgung mit Arzneimitteln mit den Wirkstoffen Dronabinol oder Nabilon nach § 31 Absatz 6 SGB V.	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Beschl. v. 18.12.2019 - L 11 KR 772/19 -	21-03-76 NZB
	B 1 KR 28/21 R		<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urt. v. 18.11.2020 - L 4 KR 490/19 -	21-03-79 NZB

Cannabis: Begründete Einschätzung	B 1 KR 19/22 R	Zu den Anforderungen an die begründete Einschätzung des Vertragsarztes bei der Cannabis-Verordnung nach § 31 Absatz 6 SGB V.	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urtr. v. 11.10.2021 - L 11 KR 494/21 -	22-01-102 NZB
Prophylaktische Anwendung zum Schutz des Ungeborenen (Cytotect CP Biotest)	B 1 KR 7/22 R	Hat eine schwangere Versicherte im Hinblick auf den Schutz ihres ungeborenen Kindes einen Anspruch auf Versorgung mit dem Fertigarzneimittel "Cytotect CP Biotest" zur prophylaktischen Anwendung nach primärer CMV-Infektion?	<i>LSG Bayern</i> , Urtr. v. 25.11.2021 - L 4 KR 318/18 -	22-02-68
§ 2 Ia SGB V/Studienlage: Translarna (Wirkstoff Ataluren) bei Duchenne-Muskeldystrophie	B 1 KR 35/21 R	Schließt die Ablehnung einer arzneimittelrechtlichen Zulassungserweiterung (hier: Translarna zur Behandlung einer Duchenne-Muskeldystrophie bei nicht mehr gehfähigen Patienten) einen Anspruch nach § 2 Absatz 1a SGB V auch dann aus, wenn die Zulassungserweiterung nicht aufgrund einer aussagekräftigen Studienlage abgelehnt wurde, sondern weil die vorgelegten Daten aus der Studie wegen methodischer Probleme der Datenauswahl und Datenanalyse den Nutzen nicht bestätigen konnten?	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , Urtr. 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> , Urtr. v. 27.02.2020 - L 5 KR 675/19 -	20-02-76
Geh- und Stehtrainer Innowalk®	B 3 KR 8/21 R B 3 KR 3/22 R	Zum Anspruch eines Versicherten auf Versorgung mit dem Steh- und Bewegungstrainer "Innowalk®".	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urtr. v. 10.08.2021 - L 11 KR 4247/19 <i>LSG Thüringen</i> , Urtr. v. 23.12.2021 - L 6 KR 1126/18	22-01-107 22-02-72

Häusliche Krankenpflege/Haushaltshilfe

Häusliche Krankenpflege während eines Krankenhausaufenthalts	B 3 KR 15/20 R	Sind die Kosten einer häuslichen Krankenpflege durch eigene Assistenzkräfte (Arbeitgebermodell) auch während eines Krankenhausaufenthalts zu übernehmen?	<i>LSG Schleswig-Holstein</i> , Urtr. v. 22.08.2019 - L 5 KR 140/16 -	21-01-03 NZB
Vorrangige Leistungspflichten der Einrichtung - Beiladung	B 3 KR 5/22 R B 3 KR 7/22 R	Ist in dem Rechtsstreit eines Klägers, der die Übernahme von Kosten für Leistungen der häuslichen Krankenpflege begehrt und in einer Einrichtung der Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten lebt, auch der Träger dieser Einrichtung notwendig beizuladen?	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urtr. v. 17.11.2021 - L 4 KR 336/19 - Beschl. v. 09.12.2021 - L 4 KR 316/19 -	22-03-65 NZB 22-03-66

Fahrkosten

Zuzahlung

Rehabilitationsmaßnahmen

Krankenhauskosten

Kündigung eines Versorgungsvertrags	B 1 KR 37/21 R	Handelt es sich bei der Kündigung eines Versorgungsvertrages gemäß § 110 SGB V um einen Verwaltungsakt? Unter welchen Voraussetzungen kann ein nach § 109 Absatz 1 SGB V geschlossener Versorgungsvertrag gekündigt werden, wenn das Krankenhaus zwischenzeitlich in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen wurde und die von dem Versorgungsvertrag erfassten Betten dabei berücksichtigt wurden?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urtr. v. 25.11.2020 - L 5 KR 3211/17 -	21-03-120 NZB
Zahlungspflicht der Krankenkasse auch bei Einwänden	B 1 KR 17/22 R	Kann eine nach dem Landesvertrag gemäß § 112 Absatz 1 SGB V zur unverzüglichen Zahlung der Krankenhausvergütung verpflichtete Krankenkasse die Zahlung mit der Begründung verweigern, eine noch nicht abgeschlossene Prüfung könnte ergeben, dass die erbrachte Leistung nicht erforderlich oder unwirtschaftlich gewesen sei? Erledigt sich der Rechtsstreit um die Vergütung eines Krankenhauses, wenn die	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urtr. v. 16.02.2022 - L 16 KR 251/21 -	22-04-

		Krankenkasse den strittigen Rechnungsbetrag im Laufe des gerichtlichen Verfahrens unter Vorbehalt zahlt und den Vergütungsanspruch nach wie vor bestreitet?		
Neue Behandlungsmethode: Coil-Implantationen	B 1 KR 33/21 R	Zur Auslegung des § 137c Absatz 3 SGB V und zum Vergütungsanspruch eines Krankenhauses für eine Lungenvolumenreduktion mittels Coils im Jahr 2016 als Potentialleistung.	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 16.06.2020 - L 5 KR 743/18 -	21-01-115 NZB
Abklärungsuntersuchung und stationäre Behandlung	B 1 KR 15/22 R	Ist ein Versicherter im erstbehandelnden Krankenhaus zur stationären Behandlung aufgenommen worden, wenn das Krankenhaus ihn nach Einweisung als Notfall in einer für sein Krankheitsbild spezialisierten, zertifizierten Abteilung kurzzeitig (eine Stunde) behandelt und gleichzeitig prüft, ob eine weitere Behandlung, die nur in einem anderen Krankenhaus möglich ist, medizinisch geboten ist, dies bejaht und ihn zur Weiterbehandlung in das andere Krankenhaus verbringt (hier: Lysebehandlung eines Schlaganfallpatienten im erstangegangenen Krankenhaus und Thrombektomie im zweitangegangenen Krankenhaus)?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 24.03.2022 - L 11 KR 542/18 -	22-03-85 NZB
Verlegung und Fallpauschale	B 1 KR 4/22	Hat eine medizinisch nicht notwendige Verlegung des Versicherten in ein anderes Krankenhaus Auswirkungen auf den Vergütungsanspruch des verlegenden Krankenhauses oder begründet sie einen Schadensersatzanspruch der Krankenkasse gegen das verlegende Krankenhaus?	<i>LSG Thüringen</i> , Urt. v. 07.10.2021 - L 6 KR 1278/18 -	22-02-99 NZB
Fallzusammenführung: Gesetzesänderung für Abrechnungszeitraum ab 01.01.2019	B 1 KR 10/22 R	Gelten die Grundsätze für eine Fallzusammenführung nach Maßgabe eines fiktiven wirtschaftlichen Alternativverhaltens bei möglicher Beurlaubung im Sinne von § 1 Absatz 7 Satz 5 Fallpauschalenvereinbarung auch für Behandlungsfälle nach Inkrafttreten des § 8 Absatz 5 Satz 3 KHEntgG am 1.1.2019?	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , Urt. v. 07.04.2022 - L 5 KR 212/21 -	22-03-80
Übermittlung falscher Daten an Vergabestelle für Organtransplantationen	B 1 KR 3/22 R	Besteht ein Anspruch auf Krankenhausvergütung für eine medizinisch erforderliche Organtransplantation, wenn diese nach Übermittlung falscher Daten zur Dringlichkeit einer Transplantation an die Vergabestelle für Organtransplantationen (Eurotransplant) durchgeführt wurde?	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urt. v. 18.01.2022 - L 16/4 KR 506/19	22-01-131
Aufrechnungsverbot in Landesvertrag	B 1 KR 32/21 R	Ist die Vereinbarung eines Aufrechnungsverbotes in einem Landesvertrag nach § 112 Abs 2 Satz 1 Nummer 1 SGB V (hier: § 11 Abs 5 des "Hamburger Vertrages über die allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung") - insbesondere in Bezug auf die Aufrechnung mit einer Aufwandspauschale - mit höherrangigem Recht vereinbar?	<i>LSG Hamburg</i> , Urt. v. 24.06.2021 - L 1 KR 2/21 -	21-04-92
Aufrechnungsverbot in Landesvertrag	B 1 KR 14/22 R	Ist die Vereinbarung eines Aufrechnungsverbotes in einem Landesvertrag nach § 112 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 SGB V (hier: § 15 Absatz 4 des Vertrages nach § 112 Absatz 2 Nummer 1 SGB V „Allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung“ - des Landes Nordrhein-Westfalen) mit höherrangigem Recht vereinbar?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 22.12.2021 - L 11 KR 637/20 -	22-03-68 NZB
Aufrechnungsmöglichkeit nach Landesvertrag	B 1 KR 5/22 R	Ist die Vereinbarung einer zeitlich begrenzten Aufrechnungsmöglichkeit in einem Landesvertrag nach § 112 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 SGB V (hier: § 14 Absatz 2 des Thüringer Vertrages über die allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung) mit höherrangigem Recht vereinbar?	<i>LSG Thüringen</i> , Urt. v. 19.08.2021 - L 2 KR 1354/18 -	22-02-95 NZB
Partielle Maxillektomie und Gebot der monokausalen Kodierung	B 1 KR 6/22 R	Zur Unterscheidung von (selbstständigen) Prozeduren und (unselbstständigen) Prozedurenkomponenten in Vergütungsregelungen für stationäre Krankenhausbehandlungen (hier: Kodierung einer partiellen Maxillektomie neben einer Nasenseptumkorrektur und Operationen an der unteren Nasenmuschel im Jahr 2016).	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 04.01.2022 - L 11 KR 597/21 -	22-02-110
„Andere Prozeduren“	B 1 KR 39/21 R B 1 KR 40/21 R	Was sind „andere Prozeduren“ im Sinne der DKR P001f?	<i>Sachsen-Anhalt</i> , Urt. v. 12.05.2021 - L 6 KR 94/18 -	22-03-82 22-03-83

			- L 6 KR 95/18 -	NZB
Weigerung zur Abgabe einer medizinischen Begründung für längere Behandlungsdauer	B 1 KR 11/22 R	Hat ein Krankenhaus einen Anspruch auf Zahlung der Aufwandspauschale nach § 275c Absatz 1 Satz 2 SGB V in der ab 1.1.2020 geltenden Fassung, wenn die Prüfung durch den MDK zwar nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages geführt hat, das Krankenhaus aber vor der Prüfung nicht - wie von § 301 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V vorgegeben - auf Verlangen der Krankenkasse eine medizinische Begründung dafür gegeben hat, dass die (ursprünglich angenommene) voraussichtliche Dauer der Krankenhausbehandlung überschritten wird?	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , Urt. v. 24.05.2022 - L 5 KR 177/21 -	22-03-95

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
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
Schiedsspruch zur frühen Nutzenbewertung: Patientengruppen/Verlust des Rügerechts	B 3 KR 6/21 R	Zur Rechtmäßigkeit eines Schiedsspruchs der Schiedsstelle nach § 130b Absatz 5 SGB V und des ihm zugrundeliegenden frühen Nutzenbewertungsbeschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses bezüglich des Arzneimittels Aubagio (Wirkstoff: Teriflunomid) zur Behandlung von schubförmig remittierender Multipler Sklerose (MS).	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 29.04.2021 - L 14 KR 218/18 KL -	21-03-123
AMNOG-Verfahren: Vergleichstherapie/Methodenbewertung/Solistenstatus	B 3 KR 14/21 R	Zur Rechtmäßigkeit eines Nutzenbewertungsbeschlusses im sogenannten AMNOG-Verfahren und eines darauf basierenden Schiedsspruchs, insb. unter dem Gesichtspunkt des Verhältnisses eines abgeschlossenen Methodenbewertungsverfahrens zum Nutzenbewertungsverfahren in Bezug auf ein im betreffenden Anwendungsgebiet neu zugelassenes Arzneimittel (hier: Fertigarzneimittel Rapiscan® mit dem Wirkstoff Regadenoson).	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 24.09.2021 - L 28 KR 329/20 KL -	22-01-154
Sprechstundenbedarf: Beschränkung auf Lieferanten von Exklusivverträgen	B 3 KR 4/22 R	Kann die Krankenkasse dem Vergütungsanspruch eines Großhändlers, der zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Radiologen mit Sprechstundenbedarf in Form von Röntgenkontrastmitteln direkt beliefert, die mit anderen Anbietern geschlossenen Exklusivverträge für die Lieferung von Röntgenkontrastmitteln entgegenhalten?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 09.12.2021 - L 16 KR 868/18 -	22-02-122
Keine Wirtschaftlichkeitsprüfung des Arzneimittelgroßhändlers (Kontrastmittel)	B 1 KR 36/21 R Neu: B 3 KR 6/22 R	Zu den Voraussetzungen eines Vergütungsanspruchs eines Arzneimittelgroßhändlers gegen die Krankenkasse aufgrund der Lieferung von Sprechstundenbedarf (hier: Kontrastmittel für radiologische Praxen) in Rheinland-Pfalz und im Saarland, insbesondere unter dem Aspekt der Garantiezusage der zwischen der Krankenkasse und der örtlich zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung geschlossenen	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 15.10.2021 - L 4 KR 3009/18 -	21-04-98

		Sprechstundenbedarfsvereinbarung bei möglicher Unwirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Verordnung.		
Rückerstattung von gezahlten Herstellerrabatten gegen niederländische Versandapotheke	B 3 KR 8/22 R	Hat eine Apotheke, die ihren Sitz in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union hat und die dem Rahmenvertrag nach § 129 SGB V beigetreten war, für den Zeitraum von Januar 2010 bis August 2016 einen Anspruch auf Erstattung des sogenannten Herstellerrabatts durch den pharmazeutischen Unternehmer?	LSG Saarland , Urt. v. 27.04.2022 - L 2 KR 22/19 -	22-03-105
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.	LSG Berlin-Brandenburg , Urt. v. 29.04.2021 - L 14 KR 48/18 -	21-04-100

Integrierte Versorgung

Krankenkassen

Erstattungsanspruch: Stationäre Behandlung eines Gefangenen nach Verlegung aus Justizkrankenhaus	B 1 KR 12/22 R	Zum Anspruch eines Bundeslandes gegen die Krankenkasse auf Erstattung der anteiligen Kosten für die stationäre Behandlung eines Inhaftierten, nachdem dieser aus dem Justizvollzugskrankenhaus in ein anderes Krankenhaus verlegt und die Haft wegen Haftunfähigkeit unterbrochen wurde.	LSG Berlin-Brandenburg , Urt. v. 07.04.2022 - L 28 KR 104/19 -	22-03-114
--	----------------	--	---	-----------

GBA

Sonstiges