

Rechtsprechungsinformationsdienst 22-04

REDAKTION	5
EDITORISCHE HINWEISE	5
A. VERTRAGS ARZTRECHT	6
I. Honorarverteilung	6
1. Regelleistungsvolumen	7
a) Fallzahl: Ermittlung des Kooperationsgrades bei Änderungen der Praxiskonstellation	7
b) Strafrechtliches vorläufiges Berufsverbot/MRT-Leistungen	7
c) Anfechtbarkeit eines RLV-/QVZ-Bescheids	8
2. Unzulässige Klage gegen Individualbudget nach Bestandskraft des Honorarbescheids	8
II. Sachlich-rechnerische Richtigstellung	9
1. Plausibilitätsprüfung	9
a) Prüfzeiten für nervenärztliche Grund- und Mitbetreuungspauschalen kein valides Beweismittel	9
b) Vorläufiges Berufsverbot/Vertrauensschutz/MRT-Leistungen	10
2. Vertretung wegen Abwesenheit aufgrund einer Krankentransportrückholtätigkeit	11
3. Abrechnung von „Neupatienten“ nach Neuniederlassung	11
4. Keine Abrechnung weiterer szintigraphischer Aufnahmen	11
5. Gesamtvertragspartner	12
a) Keine Bagatellgrenze durch gemeinsame Kommission der Gesamtvertragspartner	12
b) Fälschliche Einzelleistungsabrechnung bei Behandlung vermeintlicher Grenzgänger	12
6. Zahnärzte: Anlegen und Wiederherstellungen von Stützvorrichtungen	13
III. Genehmigung/Disziplinarrecht/Notdienst	13
1. Genehmigung zur Durchführung künstlicher Befruchtungen: Bedarf	14
2. Anrufung des Disziplinarausschusses nach vorausgegangener Entscheidung des Vorstands	14
3. Notdienst	15
a) Notdienst: Keine generelle Befreiung „therapieferner“ Arztgruppen	15
b) Heranziehung von Privatärzten zum Notdienst durch KV (Hessen)	15
c) Kostenerhebung gegenüber Nichtvertragsärzten	16
d) Kein Rechtsschutz gegen Informationsschreiben über Einbeziehung in Notdienst	16
IV. Wirtschaftlichkeitsprüfung/Arzneikostenregress	17
1. Arzneikostenregress	17
a) Verordnung eines (objektiv) nicht indizierten Arzneimittels	17
b) Vorrang der Richtgrößenprüfung vor Einzelfallprüfung	18
c) Ausstellung von onkologischen Verordnungen für bereits verstorbenen Versicherten	18
d) Differenzberechnung	19
AA) Differenzberechnung auch bei unzulässig verordneten Arzneimitteln	19
BB) Unzulässige Verordnungen/Differenzberechnung vor Änderung der Rahmenvorgaben	19
2. Gleichzeitige und isolierte Verordnung zweier ergänzender Heilmittel/Klarstellung des GBA	20
3. Sonstiger Schaden: Persönliche Unterzeichnung von Verordnungen	20
V. Zulassungsrecht	20
1. (Teil-)Entsperrung des Planungsbereichs	22
a) Bewerberauswahl: Geschlechterbezogene Benachteiligungen bzw. Abwägungskriterien	22
b) Keine defensive Konkurrentenschutzklage gegen Entsperrung eines Planungsbereichs	23
2. Praxisnachfolge	23
a) Nachbesetzungsverfahren und zwischenzeitliche Aufhebung der Zulassungssperre	23
b) Mitnahme einer dem ausscheidenden Gesellschafter erteilten Anstellungsgenehmigung	24
c) Anordnung des Sofortvollzugs in Drittanfechtungssituation	25
3. Sonderbedarfszulassung	25
a) Ermittlungsdefizit/Selektivverträge/Umfrage/Beweislast	25
b) Keine Berücksichtigung von in Selektivverträgen eingeschriebenen Patienten	26
4. Keine Anstellung zur hausärztlichen Versorgung neben Facharztzulassung	27
5. Irrtum über Antrag auf Reduzierung der Zulassung	27
6. Öffentliches Interesse an sofortiger Vollziehung einer SPZ-Ermächtigung	28
7. Fortsetzungsfeststellungsklage: Kein Feststellungsinteresse bei weiterem Klageverfahren	28

VI. Angelegenheiten der KBV und des GKV-Spitzenverbands	28
1. Keine einstweilige Anordnung für Vertragsarzt gegen Änderung der Mutterschaftsrichtlinie	29
VII. Bundessozialgericht (BSG)	29
1. Psychotherapeuten: Strukturzuschlag für ermächtigte Ausbildungsinstitute	29
2. Sachlich-rechnerische Richtigstellung	30
a) Plausibilitätsprüfung	30
AA) Normativer Charakter der Kalkulations- und Prüfzeiten	30
BB) Gemeinsame Behandlung von Patienten	30
b) Umfang der Dokumentationspflicht	30
c) Beiziehung der Honorarbescheide	31
d) Zuschläge für Simultaneingriffe mit Haupteingriff der Kategorie 7	32
3. Auslagerung von Praxisräumen: Merkmal der „räumlichen Nähe“	32
4. „Bedarfsgerechtigkeit“ i.S.d. § 121a Abs. 2 SGB V	32
5. Dialyseversorgungsauftrag: Berechtigtes Interesse für Feststellungsklage	32
6. Wirtschaftlichkeitsprüfung: Einzelleistungsvergleich/Kompensatorische Einsparungen	33
7. Anstellung der BAG-Gesellschafter durch BAG als MVZ-Träger	33
B. KRANKENVERSICHERUNGSRECHT	34
I. Vertrags(zahn)ärztliche Behandlung	34
1. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	34
a) LDL-Apheresetherapie: Indikationsbejahung durch Apheresetherapie-Kommission der KV	34
b) Analyse-Methode (sog. Liquid Biopsy)	34
c) Computertomographie bei prostataspezifischem Membranantigen (PSMA-PET-CT)	34
d) Antibiotika-augmentierte Thermoeradikation (ATT) bei Borreliose	35
2. Psychotherapeutensuche: Mitwirkungspflicht der Versicherten/Aufgabe der Krankenkasse	35
3. Kryokonservierung	35
a) Keine Kostenübernahme der Kryokonservierung imprägnierter Eizellen	35
b) Kostenübernahme erst nach Erlass der Richtlinie des GBA	35
4. Zahnärztliche Behandlung: Zahnlosigkeit infolge Kieferatrophie	36
II. Stationäre Behandlung	36
1. Mammaaugmentationsplastik	37
2. Liposuktion: QualitätssicherungsRL/Potentialeistung	37
3. Fehlende medizinische Erforderlichkeit und Nichterscheinen zur Begutachtung (Nasenkorrektur)	37
III. Kostenersatzung	38
1. Systemversagen: GOÄ-Rechnung einer Vertragsärztin für Nadelepilation	38
2. Glaubhaftmachung einer psychotherapeutischen Versorgungslücke	38
3. Psychotherapeutische Behandlung in Privatklinik in Ausnahmefall/Aufklärungs- und Beratungspflicht	39
4. Genehmigungsfiktion: Keine Erstattung für bereits vor Fristablauf beschaffte Leistung	39
5. Kosten für Maßnahmen der künstlichen Befruchtung im EU-Ausland (Tschechien)	39
6. Klima-Heilbehandlung in Israel am Toten Meer	40
7. Obliegenheit: Hinweis auf zeitliche Dringlichkeit der Behandlung	40
8. Bestandskräftige Ablehnung eines Leistungsanspruchs	40
IV. Arzneimittel	41
1. Cannabinoide	41
a) Fehlen einer vertragsärztlichen Verordnung	41
b) Zur Verfügung stehende Alternativtherapien	41
c) Keine Nachholbarkeit der begründeten Einschätzung des Vertragsarztes	42
2. Versorgung mit Cannabidiol (CBD)-Öl	42
3. Vitamin D bei schwerer Erkrankung	42
4. Biomo-Lipon (Lipon-Säure)	43
5. Nahrungsergänzungsmittel DAOSIN	43
V. Hilfsmittel	43
1. Rollstuhlzuggerät „Husk-E“	43
2. Hörgeräteversorgung: Identische Ergebnisse im Sprachverstehen/Freiburger Sprachtest	44
3. Echthaarperücke nur zum Vertragspreis	44
4. Versorgung mit Klimaanlage	44
VI. Häusliche Krankenpflege	44
VII. Beziehungen zu Krankenhäusern	45

1. Vergütungsanspruch/Fälligkeit	47
a) Zahlungspflicht der Krankenkasse auch bei Einwänden	47
b) Medizinische Notwendigkeit	48
AA) Obdachlosigkeit/Unterbringungsbeschluss	48
BB) Weitere Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit eines alkoholabhängigen Versicherten	48
CC) Beweislast für die Erforderlichkeit einer durchgeführten Krankenhausbehandlung	48
c) Vollstationäre Behandlung als ultima ratio	49
d) Fälligkeit und Begründung	49
AA) „Hilfsbedürftigkeit bei eingeschränkter Mobilität“ ausreichend für stationäre Behandlung	49
BB) Nicht im AOP-Katalog gelistete Operation	49
e) Begründung der gem. § 301 SGB V übermittelten Daten	49
f) Notwendige Einschaltung des Medizinischen Dienstes	50
AA) Allgemeine Strukturvoraussetzungen	50
BB) Nichteinhaltung der 6-Wochen-Frist zur Einschaltung des MDK: Partielles Beweisverwertungsverbot	50
CC) Neurologische Behandlung	50
g) Mitteilung des konkreten Erstattungsbetrags erforderlich	51
h) Aufrechnungsverbot durch Landesvertrag	51
i) Fehlerhafte Benennung des Krankenhausträgers als Beklagten	51
2. Prüfvereinbarung	52
a) Risiko der Nichterweislichkeit nach unterlassenem Prüfantrag	52
b) Aufrechnung nur nach Prüfverfahren	52
c) Prüfauftrag 2015 und Prüfverfahrensvereinbarung/Aufrechnungsverbot	52
3. Strukturprüfung	53
a) Prüfung der Strukturmerkmale durch Medizinischen Dienst/Leistungserbringung	53
b) Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	53
4. Aufschlagszahlung nach § 275c III SGB V	53
a) Anknüpfungspunkt für die Anwendung des § 275c Abs. 3 SGB V	53
b) Anknüpfungspunkt nicht im Jahr 2021	54
c) Rechnung muss dem Prüfregime ab dem Jahr 2022 unterfallen	54
d) Rechnungserstellung der Krankenhäuser im Jahr 2022	55
e) Datum der leistungsrechtlichen Entscheidung der Krankenkasse unerheblich	55
5. GBA-Beschluss zu Notfallstrukturen in Krankenhäusern	55
6. Fallpauschalen	55
a) Verlegung	55
AA) Vergütungsanspruch nach Verlegung	55
BB) Verlegung bei Überbelegung der eigenen Krankenhausabteilung	56
CC) Verlegungsabschlag: Stationäre Behandlungsbedürftigkeit zum Zeitpunkt der Entlassung	56
b) Vom Krankenhaus veranlasste Leistungen Dritter (Strahlentherapie)	56
c) Kodierung einer Sepsis als Hauptdiagnose	56
d) Wundinfektion/Keine Rückforderung bei vorzeitiger Erfüllung einer betagten Forderung	57
e) Unselbstständige Prozedurenkomponente: Narbenkorrektur n. Entfernung v. Osteosynthesematerial	57
f) Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung	58
g) Palliativmedizinisches Basisassessment	58
h) Revision einer Anastomose und eines vaskulären Implantats	58
i) Demenz bei primärem Parkinson-Syndrom und organische Halluzinose	58
j) Akutes Nierenversagen nach Kriterien der KDIGO-Leitlinien	59
k) Bariatrische Operation	59
AA) Primäre Indikation zur Durchführung der bariatrischen Operation nach Leitlinie	59
BB) Ausschöpfen konservativer Therapiebemühungen	59
l) Kathetergestützte transapikale Aortenklappenintervention (TAVI)	59
7. Aufwandspauschale	60
a) Verjährung/Anspruchsvoraussetzungen	60
b) Aufwandspauschale keine Vergütung	60
VIII. Beziehungen zu Leistungserbringern und Arzneimittelherstellern	60
1. Rabatt pharmazeutischer Unternehmer: Vergleichbarkeit einer Darreichungsform	62
2. Hilfsmittelerbringer: Beitritt zum Vertrag/Blutzuckermessgeräte und -teststreifen	62
3. Krankentransport an anderen Standort des Klinikums	63
IX. Angelegenheiten der Krankenkassen	63
1. Datenzusammenführung und -übermittlung	63
2. Amtsenthebung des Geschäftsführers eines MDK	64
X. Bundessozialgericht (BSG)	64
1. Mammaaufbauplastik bei Jugendlichen	64
2. Krankenhausbehandlung: Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative (Liposuktion)	65
3. Behandlungspflege neben Eingliederungshilfe (Betreutes Wohnen)	65
4. Beziehungen zu Krankenhäusern	66

a) Vergütung nach Maßgabe eines fiktiven wirtschaftlichen Alternativverhaltens	66
b) PrüfvV 2014: Materielle Präklusionsregelung	66
c) Materiell-rechtliche Ausschlussfrist (2015): Übersendung von Krankenakten	66
d) PrüfvV 2014 und Behandlungsfälle im Jahr 2016/Materielle Präklusionsregelung	66
e) PrüfvV 2014 und Behandlungsfälle im Jahr 2016/Erkenntnisse aus Strukturprüfungen	67
f) PrüfvV 2016: Materielle Präklusionsregelung/Angeforderte Unterlagen	67
g) Kodierung einer Aortenklappenstenose bei angeborener bikuspider Aortenklappe	67
5. Krankentransportunternehmen: Preisvereinbarung	67
6. Abgrenzung Klageschrift von bloßem Entwurf	68
C. ENTSCHEIDUNGEN ANDERER GERICHTE	69
I. Ärztliches Berufsrecht	69
1. Widerruf der Approbation: Sexueller Missbrauch durch psycholog. Psychotherapeuten	69
2. BerufsgERICHTLICHES Verfahren nach Freispruch/Abstinenzgebot	69
3. Strafrecht	70
a) Sexueller Missbrauch unter Ausnutzung eines Behandlungsverhältnisses	70
AA) Fehlende Ausnutzung der Autoritäts- und Vertrauensstellung	70
BB) Voraussetzungen für eine fehlende Ausnutzung der Autoritäts- und Vertrauensstellung	71
b) Lebenslanges Berufsverbot als Krankenhausarzt nach schwerer Vergewaltigung	71
4. Tätigkeitsverbot gegenüber Zahnarzt auf Grundlage des § 20a Abs. 5 Satz 3 IfSG	71
5. Notdienst	72
a) Bundesverwaltungsgericht (BVerwG)	72
AA) Rechtsweg: Heranziehung eines Privatarztes zur Finanzierung durch KV (Hessen)	72
BB) Rechtsweg/Weitere Beschwerde: Heranziehung eines Privatarztes zur Finanzierung durch KV	72
b) Befreiung vom ärztlichen Bereitschaftsdienst: Privatarzt und Krankenhausarzt in Luxemburg	73
6. Gleichwertigkeit einer Berufsqualifikation	74
a) Anerkennung einer Facharztbezeichnung: Vorangegangene ärztliche Grundausbildung	74
b) Anerkennung eines nordzypriotischen Ausbildungsnachweises als Arzt	74
c) Wiederaufgreifen des Verfahrens zur Feststellung der Gleichwertigkeit	74
II. Arzthaftung	74
1. Bundesgerichtshof (BGH)	74
a) Vernehmung des zum Beweis des intraoperativen klinischen Befundes benannten Operateurs	74
b) Unterbliebene ausdrückliche Auseinandersetzung mit zentralem Parteivortrag	75
c) Gehörsverletzung bei unterbliebener Auseinandersetzung mit zentralem Parteivortrag	75
2. Behandlungsfehler	75
a) Behandlungsdokumentation: Zeitpunkt der Indikation zu einer Operation	75
b) Voraussetzungen einer Behandlungsübernahme durch Belegarzt (Geburt)/Verjähmung	75
c) Feststellung eines Ductus Botalli	76
3. Durchgangsarzt: Heilbehandlung nach Amtshaftungsgrundsätzen zu beurteilende Erstversorgung	76
4. Aufklärung	76
a) Auswahl eines medizinischen Sachverständigen: Behandlungsstandard in Hausarztpraxis	76
b) Therapeutische Aufklärung und Dokumentation: Fachärztliche Behandlung	76
c) Aufklärung am Vortag vor einer risikobehafteten Operation	77
d) Aufklärung vor einer Kataraktoperation mit einer Multifokallinse	77
5. Streitgenossenschaft/Weiterer Erfolgsort	77
6. Maßvolle Substantiierungspflichten für Klage	77
7. Entgelt für Kopien der Behandlungsunterlagen	78
ANHANG I: BSG - ANHÄNGIGE REVISIONEN VERTRAGS ARZTRECHT	79
ANHANG II: BSG - ANHÄNGIGE REVISIONEN KRANKENVERSICHERUNG	81

Redaktion

Die Verantwortung für den Inhalt liegt ausschließlich bei der Redaktion.

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

e-mail: pawlita@web.de;

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

Telefax: 0641/250 2801.

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

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

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

www.dg-kassenarztrecht.de.

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

Editorische Hinweise

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

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

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

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

Die Datenbank www.sozialgerichtsbarkeit.de wird hinsichtlich der Abteilungen Vertragsarztrecht und Krankenversicherung (Leistungsrecht) ausgewertet. Diese Ausgabe berücksichtigt die bis zum 13.11.2022 eingestellten Entscheidungen.

A. VERTRAGSARZTRECHT

I. Honorarverteilung

Nach BSG, Urt. v. 07.09.2022 - **B 6 KA 10/21 R** - darf eine KV die Gewährung von **Abschlagszahlungen** an ein MVZ nicht von der Vorlage einer das Risiko vollständig absichernden **Bankbürgschaft** abhängig machen. Darin liegt eine ungerechtfertigte **Ungleichbehandlung**. Die geänderten Abrechnungsbestimmungen der Bekl. **unterscheiden** hinsichtlich der Sicherung von Abschlagszahlungen zwischen **MVZ-Trägergesellschaften**, deren **Gesellschafter** ausschließlich **natürliche Personen** sind, auf der einen Seite und (privatrechtlich organisierten) MVZ-Trägergesellschaften, bei denen das nicht der Fall ist, auf der anderen Seite. Mit dieser Differenzierung überschreitet die Beklagte ihren grundsätzlich bestehenden weiten Spielraum bei der Ausgestaltung ihrer Abrechnungsbestimmungen. Es fehlt an den nach Art. 3 Abs. 1 GG erforderlichen **Sachgründen für die Ungleichbehandlung**. Soweit die Beklagte nach dem Inhalt der Materialien aus dem untergesetzlichen Normsetzungsverfahren daran anknüpft, dass die Haftung einer GmbH auf das Stammkapital von (mindestens) 25 000 Euro begrenzt sei, während eine natürliche Person unbegrenzt hafte, trifft das nicht zu, weil auch die GmbH mit ihrem gesamten Gesellschaftsvermögen haftet. Richtig ist, dass die Gesellschafter einer GmbH grundsätzlich nicht für Verbindlichkeiten der GmbH haften. Die Beklagte macht aber nicht geltend, dass Rückforderungen gegenüber MVZ-Trägergesellschaften, deren Gesellschafter wiederum GmbHs sind, aus diesem Grunde besonders häufig ins Leere gehen würden, sondern ist der Auffassung, dass es für die Rechtmäßigkeit der getroffenen Regelung darauf nicht ankomme. Mit der vorgenommenen Differenzierung knüpft sie auch nicht an die bundesgesetzlichen Zulassungsvoraussetzungen für MVZ in der Rechtsform einer GmbH an, sondern schafft davon abweichende untergesetzliche Vorgaben im Abrechnungsverhältnis. Die in **§ 95 Abs. 2 Satz 6 SGB V** getroffene Regelung, nach der die in der Rechtsform einer GmbH geführten MVZ nur zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen werden können, wenn die Gesellschafter selbstschuldnerische Bürgschaften oder gleichwertige andere Sicherheitsleistungen nach **§ 232 BGB** abgeben, verlangt gerade nicht die Vorlage einer Bankbürgschaft und differenziert auch nicht danach, ob die Gesellschafter einer MVZ-Träger-GmbH natürliche oder juristische Personen sind.

Nach BSG, Urt. v. 26.01.2022 - **B 6 KA 4/21 R** - SozR 4-2500 § 117 Nr 8 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 Vollaustlastung überschreiten, **ist nicht auf Ausbildungsstätten für Psychotherapie zu übertragen**. BSG, Urt. v. 12.12.2018 - B 6 KA 41/17 R - SozR 4-2500 § 117 Nr. 7 hat bereits ausgeschlossen, dass die psychotherapeutischen Ausbildungsinstitute, die regelmäßig mehr Leistungen erbringen, als dem vollen Versorgungsauftrag eines zugelassenen Psychotherapeuten entspricht, in wörtlicher Anwendung der Regelungen des Beschlusses vom 22.09.2015 eine höhere Kompensation als die (in der Kalkulation der psychotherapeutischen GOP nicht mehr enthaltenen) „fiktiven“ Personalkosten erhalten. Die vom Bewertungsausschuss mit Beschluss vom 11.03.2016 eingeführte Begrenzung des Strukturzuschlages sollte eine Überkompensation bezogen auf die zu berücksichtigenden fiktiven Personalkosten bei zugelassenen Psychotherapeuten verhindern, die ihren vollen oder anteiligen Versorgungsauftrag übererfüllen. Mangels eines zugewiesenen Versorgungsauftrages ist diese Regelung nicht auf Ausbildungsinstitute übertragbar. Die aus dem Senatsurteil vom 12.12.2018 folgende Beschränkung des Strukturzuschlags auf den Berechnungsfaktor 0,5 für Ausbildungsinstitute gilt bei der gebotenen entsprechenden Anwendung des EBM auch ab dem Quartal II/16 weiter. **§ 7 Nr. 5** der Vergütungsvereinbarung zur Geltendmachung der Nachvergütungsansprüche steht nicht entgegen. Diese Ansprüche sind auch **nicht verwirkt**. Der vom LSG befürworteten Übertragung der Rechtsprechung des 1. Senats des BSG zur Verwirkung von Ansprüchen auf Vergütung stationärer Krankenhausbehandlung nach Erteilung einer vorbehaltlosen Schlussrechnung ist für die vorliegende Konstellation nicht zu folgen. Es **fehlt an der Schaffung eines Vertrauensstatbestandes** durch den Kl. Zum Zeitpunkt der Abrechnung, die der Kl. innerhalb der vier auf das Leistungsquartal folgenden Quartale vorzunehmen hatte, war ihm nicht bekannt, ob überhaupt, ggf. in welcher Höhe und nach welchen Kriterien die Vergütung rückwirkend erhöht werden würde. Eine erste Ankündigung des Erweiterten Bewertungsausschusses datiert aus Dezember 2013, und auch dieser war nur ganz allgemein zu entnehmen, dass die seit 2009 gültige Bewertung ambulanter psychotherapeutischer Leistungen einer Überprüfung unterzogen werde. Insofern hatte der Kl. - wie auch der Bekl. bewusst war - keine Möglichkeit, die Klageforderung bereits im Rahmen der ersten Abrechnung geltend zu machen. Auch der Umstand, dass niedergelassene Psychotherapeuten in der Regel nur dann einen Anspruch auf Nachvergütung haben, wenn sie den Eintritt der Bestandskraft des Honorarbescheides durch die Einlegung von Rechtsbehelfen verhindert haben, steht dem nicht entgegen, weil hier im Verhältnis Krankenkasse - Ausbildungsstätte keine Honorarbescheide ergehen.

1. Regelleistungsvolumen

a) Fallzahl: Ermittlung des Kooperationsgrades bei Änderungen der Praxis konst ellation

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 27.04.2022 - L 11 KA 61/18

RID 22-04-1

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 87b

Aus dem **RLV-Zuweisungsbescheid** folgt keine **Bindungswirkung**, wenn die KV den Hinweis aufnimmt, dass ein gesonderter Widerspruch entbehrlich sei und Einwände zusammen mit Einwänden gegen den Honorarabrechnungsbescheid geltend gemacht werden können, wobei ein Widerspruch gegen den Honorarbescheid auch als Widerspruch gegen den RLV-Zuweisungsbescheid aufgefasst würde.

Der kl. Einwand zur Berechnung der RLV, die EDV der KV sei „falsch programmiert“, ist unzureichend, wenn hierfür jeder Anhalt fehlt und zudem keine substantiierten abweichenden Zahlen geltend gemacht werden können. Nicht ausreichend ist dafür der Verweis auf eine von der Kl. verwendete Abrechnungssoftware, von der zudem nicht bekannt ist, nach welchen Vorgaben sie operiert und welche Daten ihren Berechnungen zugrunde gelegt wurden.

Grundsätzlich ist zwar die **in der Vergangenheit abgerechnete Fallzahl** maßgeblicher Anknüpfungspunkt für die Bemessung eines RLV; **Modifizierungen** dieses Grundsatzes können aber bei einem sachlich legitimierenden Grund vorgenommen werden (BSG, Urt. v. 24.10.2018 - B 6 KA 28/17 R - SozR 4-2500 § 87b Nr. 18, juris Rn. 22). Von einem solchen legitimierenden Grund ist bei der Ermittlung des Kooperationsgrades unter Berücksichtigung des Förderzwecks des BAG-Zuschlags im Fall von **Änderungen der Praxiskonstellat ion** auszugehen. Mit diesem wird eine Förderung entsprechender Kooperationsformen verfolgt, die sich nicht darauf beschränkt, „Fallzahlungsverluste“ auszugleichen. Vielmehr soll damit der interkollegiale Aufwand abgegolten und generell die Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit in einer Gemeinschaftspraxis bzw. die kooperative Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit gefördert werden, etwa weil diese Tätigkeitsform Vorteile hinsichtlich der Auslastung teurer Geräte, die bessere Realisierbarkeit ambulanter Operationen, der belegärztlichen Tätigkeiten usw. bietet (vgl. dazu BSG, Urt. v. 16.05.2018 - B 6 KA 17/17 R - MedR 2019, 497, juris Rn. 27 m.w.N.). Diese Überlegungen lassen sich auf MVZen übertragen und sprechen dafür, auf die **Zusammensetzung des MVZ** im Zeitpunkt der Leistungserbringung abzustellen (vgl. für die BAG BSG, Urt. v. 16.05.2018 - B 6 KA 17/17 R - MedR 2019, 497, juris Rn. 17).

Umstritten ist die Höhe des vertragsärztlichen Honorars im Quartal I/12des kl. MVZ, bei dem seinerzeit elf Ärzte verschiedener Fachgebiete tätig waren. **SG Düsseldorf**, Urt. v. 23.05.2018 - S 2 KA 699/12 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

b) Strafrechtliches vorläufiges Berufsverbot/MRT-Leistungen

SG München, Urteil v. 20.09.2022 - S 38 KA 114/18

RID 22-04-2

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 87b

Leitsatz: I. Das **vorläufige Berufsverbot**, das von Strafgerichten verhängt wurde, ist auch für die Sozialgerichte im Zusammenhang mit der Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen **bindend**. Denn die Honorierung vertragsärztlicher Leistungen setzt voraus, dass diese entsprechend Gesetz und Recht erbracht wurden und der Kläger zur Erbringung und Abrechnung materiell berechtigt war (BSG, Urt. v. 23.06.2010 - B 6 KA 7/09 R - BSGE 106, 222 = SozR 4-5520 § 32 Nr. 4 Rn. 55).

II. Die Vorschriften der **Röntgenverordnung** finden auf **MRT-Leistungen** keine Anwendung, auch wenn die Präambel zu Kapitel 34 EBM darauf verweist. Denn nach § 1 der Röntgenverordnung ist deren Anwendungsbereich nur für Röntgeneinrichtungen und Störstrahler eröffnet, in denen die Röntgenstrahlung mit einer Grenzenergie von mindestens fünf Kiloelektronvolt durch beschleunigte Elektronen erzeugt werden kann und bei denen die Beschleunigung der Elektronen auf eine Energie von einem Megaelektronvolt begrenzt ist.

III. Auch für MRT-Leistungen bedarf es der rechtfertigenden **Indikation** des ausführenden Arztes als demjenigen, der für die Erbringung der Leistungen letztverantwortlich ist unter dem Gesichtspunkt der

Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit der Untersuchungen im Sinne von § 12 Abs. 1 SGB V. Es genügt nicht, auf die rechtfertigende Indikation des überweisenden Arztes zu verweisen.

IV. Für die Berechnung des **Regelleistungsvolumens** ist die Fallzahl im **Aufsatzquartal** maßgeblich, von der nicht beliebig abgewichen werden kann (vgl. BSG, Urt. v. 24.10.2018 - B 6 KA 28/17 R - SozR 4-2500 § 87b Nr. 18).

V. Teil D Nummer 1 des Honorarvertrages (Bayern) sieht in Einzelfällen eine **Korrekturmöglichkeit** auch in Bezug auf die **Fallzahl** vor. Es handelt sich hierbei um eine Ausnahmeregelung, die im Ermessen der Beklagten steht. Voraussetzung ist neben der niedrigen Fallzahl im Aufsatzquartal, dass es im aktuellen Quartal zu einem erheblichen Fallzahlenanstieg gegenüber dem Aufsatzquartal gekommen ist und die damit verbundenen Leistungen rechtmäßig erbringbar waren.

Das **SG** gab dem Antrag, die mündliche Verhandlung zu vertagen und weitere Ermittlungen anzustellen, insb. bei der Staatsanwaltschaft anzufragen, nicht statt und wies den hilfsweise gestellte Antrag, die angefochtenen Bescheide, betreffend das RLV für das Quartal II/09 aufzuheben und das RLV in Bezug auf die Fallzahl anzupassen, ab.

c) Anfechtbarkeit eines RLV-/QVZ-Bescheids

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 06.04.2022 - L 7 KA 43/20

RID 22-04-3

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 18/22 B
www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 87b; ZPO § 227 I

Leitsatz: 1. Im Falle eines erst kurzfristig vor dem anberaumten **Verhandlungstermin** gestellten Aufhebungsantrags müssen die **Verhinderungsgründe** zusätzlich so dargelegt und untermauert werden, dass das Gericht ohne weitere Nachforschungen selbst beurteilen kann, ob Verhandlungs- bzw. Reiseunfähigkeit besteht (Anschluss an BSG, Beschl. v. 13.10.2010 - B 6 KA 2/10 B - juris Rn. 12, RID 11-01-105; v. 07.11.2017 - B 13 R 153/17 B - juris Rn. 9).

2. Ein **RLV-/QVZ-Bescheid** ist als Vorfrage zur Bestimmung des vertragsärztlichen Honorars nur solange **anfechtbar**, wie der Quartalshonorarbescheid noch nicht bestandskräftig ist (Anschluss an BSG, Urt. v. 15.08.2012 - B 6 KA 38/11 R - SozR 4-2500 § 87b Nr. 1).

Im Streit steht ein höheres Honorar allein für das Quartal IV/16, wobei der kl. Allgemeinmediziner der Meinung ist, das zugewiesene RLV als auch QZV seien wie schon in den vorangegangenen Quartalen aufgrund rechtswillkürlicher Manipulationen des Vorstands der Bekl. zu niedrig angesetzt. **SG Berlin**, Gerichtsbb. v. 16.11.2020 - S 87 KA 55/18 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

2. Unzulässige Klage gegen Individualbudget nach Bestandskraft des Honorarbescheids

SG Hannover, Urteil v. 12.10.2022 - S 20 KA 187/20

RID 22-04-4

www.juris.de

SGB V § 87b; SGG § 77; SGB X § 44

Leitsatz: Die **Bestandskraft eines Honorarbescheides** wird grundsätzlich nicht durch eine behördliche **Sachentscheidung über eine honorarrechtliche Vorfrage** beseitigt.

Die Beteiligten streiten um die vollständige Übertragung eines Laborindividualbudgets (LIB) im Fall eines Arztwechsels im MVZ zum Quartal III/19. Die kl. GmbH ist Trägerin eines MVZ. Sie beschäftigt u.a. Fachärzte für Laboratoriumsmedizin sowie Fachärzte für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie. Die Bekl. bewilligte die Übertragung des LIB des ausgeschiedenen T auf Frau O insofern, als dass Frau O. bei der Berechnung der LIB ab dem Quartal III/19 der auf Herrn T entfallene Leistungsbedarf, der der Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie zuzurechnen ist, übertragen wird. Gegen diese Entscheidung erhob die Kl. erfolglos Widerspruch. Der Leistungsbedarf müsse ohne Einschränkungen auf Frau O, hilfsweise anteilig auf die übrigen Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, übertragen werden. Frau O. sei zwar Fachärztin für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie. Ihre Anstellung sei jedoch für den Bereich der Laboratoriumsmedizin erfolgt. Sie erbringe nicht nur den auf Herrn T entfallenen Leistungsbedarf der Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, sondern auch, soweit zulässig, den Leistungsbedarf des Kapitel 32 EBM. Die übrigen Leistungen des Kapitels 32 würden von anderen Laborärzten am Standort übernommen. Der bisherige Leistungsbedarf für Herrn T liege bei 601.026,25 € (III/2018) bzw. 640.796,15 € (IV/18), die jetzt erfolgte Zuweisung für dessen Nachfolgerin bei lediglich 295.849,35 €. Im Januar 2010 erging der Honorarbescheid, der Widerspruch wurde mit Widerspruchsbescheid vom 16.07.2020 als unbegründet zurückgewiesen. Die Bekl. lehnte mit Bescheid vom 12.06.2020 den Hilfsantrag der Verteilung des Laborindividualbudgets auf die anderen

Ärzte ab, den hiergegen eingelegten Widerspruch wies sie mit Widerspruchsbescheid vom 23.09.2020 als unbegründet zurück. Gegen letzteren Widerspruchsbescheid erhob die Kl. Klage. Das **SG** wies die Klage als unzulässig ab, weil der betreffende Quartalshonorarbescheid bestandskräftig sei.

II. Sachlich-rechnerische Richtigstellung

Nach BSG, Urt. v. 26.01.2022 - **B 6 KA 8/21 R** - SozR 4-5531 Nr. 31148 Nr. 1 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. Plausibilitätsprüfung

a) Prüfzeiten für nervenärztliche Grund- und Mitbetreuungen pauschalen kein valides Beweismittel

SG Dresden, Urteil v. 07.09.2022 - S 25 KA 173/17

RID 22-04-5

Berufung anhängig: LSG Sachsen L 1 KA 14/22
www.juris.de

SGB V a.F. §§ 87 II 1, 106a II

Die je Leistungsansatz kumulierten **Prüfzeiten des Anhangs 3** zum EBM allein bilden ohne Hinzuziehung weiterer - hier nicht ersichtlicher - konkreter Indizien für eine Falschabrechnung keine geeignete Grundlage für den **Vollbeweis der Abrechnungsunrichtigkeit**.

Die fiktive Überlegung der KV, dass die Ärztin mehrfach den **Tageszeitfonds** überschritten hätte, wenn die **Prüfzeiten für die Grundpauschalen** - entgegen dem Anhang 3 zum EBM - in das Tageszeitprofil eingehen würden, bedeutet, dass die Ärztin mit den zeitgebundenen Leistungen auch bei tageweiser Betrachtung unter der Auffälligkeitsgrenze verblieben ist.

Es reicht zur Feststellung einer im Wege der Schätzung zu berichtigenden Falschabrechnung nicht aus, pauschal anzunehmen, dass angesichts der **hohen Zeitprofile** irgendwelche Leistungen irgendwie falsch sein müssen. Denn schon denkgesetzlich lassen sich an Hand von Zeitprofilen nur Abrechnungsfehler beim Ansatz **normativ zeitgebundener oder wenigstens faktisch Zeit bindender Leistungen** nachweisen. **Fehler anderer Art** können zwar anlässlich einer Plausibilitätsprüfung aufgespürt, damit allein aber nicht bewiesen werden. Die Prüfzeiten müssen deshalb zur Beweisführung geeignet sein, insbesondere valide Aussagen über den für die Erbringung des obligaten Leistungsinhalts mindestens erforderlichen Zeitbedarf zulassen.

Die **Prüfzeiten** für die **nervenärztlichen Grundpauschalen** (GOP 21213, 21214, 21215) wie auch für die **Mitbetreuungenpauschalen** (GOP 16230/21230, 16231/21231, 16233/21233) stellen **kein valides Beweismittel** zur Bestimmung des im **Quartalschnitt** bei vollständiger Leistungserbringung mindestens erforderlichen Zeitbedarfs dar. Ihr Beweiswert ergibt sich auch nicht aus dem normativen Geltungsanspruch der Prüfzeiten als auf gesetzlicher Grundlage geregelter Prüfinstrumente. Es existieren weder ein **nachprüfbar gesichertes Erfahrungswissen** noch **belastbare empirische Daten**, die den Schluss tragen, dass ein erfahrener, geübter und zügig arbeitender Arzt Prüfzeiten für die nervenärztlichen Grund- und Mitbetreuungenpauschalen im Durchschnitt seines quartalsweisen Leistungsaufkommens schlechterdings nicht in kürzerer Zeit als den in Anhang 3 zum EBM hinterlegten Prüfzeiten ordnungsgemäß und vollständig erbringen kann.

An die Legitimation der Prüfzeitbemessung sind wegen der potentiellen Eingriffsqualität der darauf beruhenden Prüffeststellungen deutlich strengere Anforderungen zu stellen als an die Herleitung und Begründung der kalkulatorischen Leistungsbewertungen.

Die Prüfzeiten sind vom **Bewertungsausschuss** beschlossen worden, ohne dass der **Normsetzung** insoweit ein **transparentes Verfahren** zu Grunde gelegen hätte, in dem das Erfahrungswissen eines nachprüfbar als sachkundig ausgewiesenen Personenkreises systematisch erfasst und einem kritischen Diskurs zugänglich gemacht worden wäre, der die materielle Richtigkeit der so gewonnenen Erkenntnisse als belastbare Grundlage für Honorarkorrekturen prozedural garantieren würde.

Eine KV ist verpflichtet, auf die **Argumentation einer Ärztin** einzugehen, dass sie insb. den obligaten Inhalt der von den GOP 16230, 21230, 16231, 21231, 16233 und 21233 abgeholzten Mitbetreuungsleistungen bei den meist langfristig bekannten Patienten unter Ausnutzung der Delegationsmöglichkeiten und guter Zuarbeit des Pflegepersonals **im Schnitt in deutlich kürzerer als der Prüfzeit** vollständig habe erbringen können.

Die K. nimmt als Fachärztin für Neurologie sowie als Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Die Beteiligten streiten über die Rückforderung vertragsärztlichen Honorars in Höhe von 211.934,37 € für die Quartale III/12 bis IV/14 aufgrund sachlich-rechnerischer Richtigstellung im Ergebnis einer Plausibilitätsprüfung. Das **SG** hob den angefochtenen Bescheid auf.

Parallelverfahren:

SG Dresden, Urteil v. 07.09.2022 - S 25 KA 56/20

RID 22-04-6

Berufung anhängig: LSG Sachsen L 1 KA 15/22
www.juris.de

b) Vorläufiges Berufsverbot/Vertrauensschutz/MRT-Leistungen

SG München, Urteil v. 20.09.2022 - S 38 KA 176/20

RID 22-04-7

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 87b

Leitsatz: I. Zur rechtlichen Bedeutung von **nachfolgenden mündlichen Äußerungen/Stellungnahmen des Gerichts** im Anschluss an getroffene schriftliche Entscheidungen durch daran mitwirkende Personen zum Zwecke der Erläuterung und Interpretation (vgl. auch BayVGh, Beschluss vom 23.02.1990, Az 22 B 89.3787; OVG Lüneburg, Beschluss vom 13.05.2003, Az 7 LA 140/02).

II. Das **vorläufige Berufsverbot**, das von Strafgerichten verhängt wurde, ist auch für die Sozialgerichte im Zusammenhang mit der Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen bindend. Denn die Honorierung vertragsärztlicher Leistungen setzt voraus, dass diese entsprechend Gesetz und Recht erbracht wurden und der Kläger zur Erbringung und Abrechnung materiell berechtigt war (BSG, Urt. v. 23.06.2010 - B 6 KA 7/09 - BSGE 106, 222 = SozR 4-5520 § 32 Nr. 4 Rn. 55).

III. Die Duldung der Abrechnung durch die Kassenärztliche Vereinigung kann dazu führen, dass eine **Korrektur der Abrechnung** nicht mehr möglich ist. Dies setzt jedoch voraus, dass das Vertrauen des Klägers, die Abrechnungsfähigkeit der von ihm erbrachten und abgerechneten Leistungen werde von der Beklagten nicht in Frage gestellt, schutzwürdig ist.

IV. Die Vorschriften der **Röntgenverordnung** finden auf **MRT-Leistungen** keine Anwendung, auch wenn die Präambel zu Kapitel 34 EBM darauf verweist. Denn nach § 1 der Röntgenverordnung ist deren Anwendungsbereich nur für Röntgeneinrichtungen und Störstrahler eröffnet, in denen die Röntgenstrahlung mit einer Grenzenergie von mindestens fünf Kiloelektronvolt durch beschleunigte Elektronen erzeugt werden kann und bei denen die Beschleunigung der Elektronen auf eine Energie von einem Megaelektronvolt begrenzt ist.

V. Auch für **MRT-Leistungen** bedarf es der rechtfertigenden **Indikation** des ausführenden Arztes als demjenigen der für die Erbringung der Leistungen letztverantwortlich ist unter dem Gesichtspunkt der Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit der Untersuchungen im Sinne von § 12 Abs. 1 SGB V. Es genügt nicht, auf die rechtfertigende Indikation des überweisenden Arztes zu verweisen.

Das **SG** gab dem Antrag, die mündliche Verhandlung zu vertagen und weitere Ermittlungen anzustellen, insb. bei der Staatsanwaltschaft anzufragen, nicht statt und wies den hilfsweise gestellten Antrag, die angefochtenen Bescheide, betreffend die Plausibilitätsprüfung für die Quartale II/08 bis II/09, aufzuheben, ab.

2. Vertretung wegen Abwesenheit aufgrund einer Krankentransportrückholtätigkeit

SG München, Urteil v. 02.06.2022 - S 38 KA 125/19

RID 22-04-8

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 106a II; Ärzte-ZV § 32

Leitsatz: I. Die Aufzählung der **Vertretungsgründe** in § 32 **Ärzte-ZV** ist nicht abschließend, jedoch vor dem Hintergrund des im Vertragsarztrecht geltenden elementaren Grundsatzes der persönlichen Leistungserbringung können weitere Gründe nur in Ausnahmefällen eine Durchbrechung des Grundsatzes rechtfertigen. Es kann daher lediglich eine restriktive Erweiterung der Vertretungsgründe in Betracht kommen.

II. Ein solcher rechtfertigender Vertretungsgrund ist anzunehmen, wenn es sich um eine rein **ehrenamtliche Tätigkeit** (z.B. ehrenamtliche Tätigkeit eines Arztes in Entwicklungsländern bei Ärzte ohne Grenzen) handelt, bei der finanzielle Interessen nicht im Vordergrund stehen.

III. Eine **Krankentransportrückholtätigkeit** (ärztliche Begleitung von Patienten in Linien- bzw. Chartermaschinen Business Class im Auftrag des DRK, des ADAC und Medical Berlin), die pauschal und relativ niedrig (hier: von ca. 18 € bis 90 €) neben einer Aufwandsentschädigung vergütet wird, steht einer ehrenamtlichen Tätigkeit nahe.

IV. Der Begriff des **Urlaubs** (§ 32 Abs. 1 **Ärzte-ZV**) ist in der **Ärzte-ZV** nicht definiert. Er ist wesentlich weiter als in §§ 1 ff. Bundesurlaubsgesetz (BurlG) und abhängig von der individuellen Einstellung und dem individuellen Empfinden des Vertragsarztes. Es kann dem Vertragsarzt nicht vorgeschrieben werden, wie er seinen Urlaub zu gestalten gedenkt. Die Grenze der Auslegung des Begriffs Urlaub in § 32 **Ärzte-ZV** findet sich aber in dem Grundsatz der Pflicht zur persönlichen Leistungserbringung.

V. Zur allgemeinen **Dokumentationspflicht** nach § 57 **BMV-Ä** und zur besonderen Dokumentationspflicht bei der Erbringung der Leistung nach der **GOP 35100 EBM**.

Der Kl. wandte sich gegen eine Plausibilitätsprüfung für die Quartale IV/12 bis I/16, verbunden mit einer Rückforderung von ursprünglich 215.326,28 €, zwischenzeitlich reduziert auf 170.496,40 €. Das **SG** hob den Bescheid insofern auf, als die Rückforderung auf die Implausibilität eigener Leistungen des Kl. im Zusammenhang mit Abflug- und Ankunftstagen sowie auf die Vertretertätigkeit von Herrn Q. gestützt wird, ausgehend von einer von der Prozessbevollmächtigten geltend gemachten Rückforderungssumme in Höhe von 158.168,55 €, und wies im Übrigen die Klage ab.

3. Abrechnung von „Neupatienten“ nach Neuniederlassung

SG München, Urteil v. 20.07.2022 - S 49 KA 68/21

RID 22-04-9

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 106d II

Einem Anspruch auf extrabudgetäre Vergütung der Leistungen, die von einer Ärztin für „**Neupatienten**“ in den Quartalen III u. IV/19 abgerechnet wurden, steht nicht entgegen, dass die Ärztin die **Praxis** ihres Vorgängers **erst zum 01.01.2018** übernommen hat und erst seit diesem Zeitpunkt als Vertragsärztin dort tätig ist.

Das **SG** hob die Honorarbescheide für die Quartale III u. IV/19 insoweit auf, als die von der Kl., einer Fachärztin für Neurologie und Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, abgerechnete Ziffer 99873E bei Neupatienten abgesetzt wurde, und verpflichtete die Bkl., die von der Kl. für die betroffenen Patienten abgerechneten Leistungen gem. §87a Abs. 3 S. 5 Nr. 5 **SGB V** extrabudgetär zu vergüten.

4. Keine Abrechnung weiterer szintigraphischer Aufnahmen

SG München, Urteil v. 20.07.2022 - S 49 KA 97/21

RID 22-04-10

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 106d II

Neben **Knochenszintigraphien** können auch aus medizinischen Gründen mit ggf. mehrstündigem zeitlichem Abstand durchgeführte **weitere szintigraphische Aufnahmen** nicht gesondert vergütet werden.

Die Kl. ist Trägerin eines MVZ, in welchem radiologische und nuklearmedizinische Leistungen erbracht werden. Sie wehrt sich gegen die im Honorarbescheid für das Quartal I/20 enthaltene Streichung von Leistungen nach Nr. 17310, 17311 und 17312 EBM bei 105 Patienten in Höhe von 18.200,13 €. Das **SG** wies die Klage ab.

5. Gesamtvertragspartner

a) Keine Bagatellgrenze durch gemeinsame Kommission der Gesamtvertragspartner

SG München, Urteil v. 09.05.2022 - S 28 KA 240/20

RID 22-04-11

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V a.F. § 106a IV

Eine von den Gesamtvertragspartnern auf der Grundlage einer Vereinbarung zur Abrechnungsprüfung nach § 106a Abs. 5 SGB V gebildete **gemeinsame Kommission** verfügt nicht über die Befugnis, eine sog. **Bagatellgrenze** von 500 € pro Quartal für Plausibilitätsprüfungen verbindlich zu beschließen sowie verbindlich zu entscheiden, dass das Prüfhema postoperative Überwachung weiterhin (ausschließlich) im Rahmen einer Plausibilitätsprüfung bearbeitet wird.

Das **SG** verurteilte die Bekl., über den Berichtigungsantrag der kl. Krankenkasse betreffend den Abrechnungsfall der Patientin K. (GOP 31504 EBM) unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts zu entscheiden.

Parallelverfahren:

SG München, Urteil v. 09.05.2022 - S 28 KA 243/20

RID 22-04-12

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

b) Fälschliche Einzelleistungsabrechnung bei Behandlung vermeintlicher Grenzgänger

LSG Schleswig-Holstein, Urteil v. 29.03.2022 - L 4 KA 42/19

RID 22-04-13

Revision anhängig: B 6 KA 14/22 R

www.juris.de

SGB V §§ 106a, 106d, 291 IV; EGV 883/2004 Art. 17

Das Verfahren nach der **VO (EG) 883/2004** gilt nur für **echte bzw. tatsächliche Grenzgänger**, mithin für Personen, die in einem anderen Staat der EU als dem Staat, dessen sozialrechtlichen Bestimmungen sie nach der VO (EG) 883/2004 unterfallen, wohnen und in diesem Wohnsitzstaat Leistungen der dortigen Krankenversicherung in Anspruch nehmen (müssen). Beruht die Leistungspflicht der Krankenkasse auf einem Versicherungsverhältnis mit dem Patienten, erfolgt die Abrechnung der Behandlung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung über die KV grundsätzlich zu Lasten der Gesamtvergütung.

Nach BSG, Urt. v. 26.05.2021 - B 6 KA 10/20 R - SozR 4-2500 § 106a Nr. 28 ist für den Fall der **fälschlichen Abrechnung einer Grenzgängerbehandlung** bei einem tatsächlich originär in der GKV Versicherten anerkannt, dass der Krankenkasse gegen die KV ein grundsätzlicher Anspruch auf sachlich-rechnerische Richtigstellung einer solchen Abrechnung zusteht. Aus den Ausführungen des BSG folgt, dass aus fälschlich abgerechneten Grenzgänger-Behandlungen folgende Abrechnungsstörungen im Verhältnis von KV und Krankenkasse im Wege der Korrektur dieser Abrechnungen gegenüber den Vertragsärzten durch die KV auf Veranlassung der Krankenkasse zu begegnen ist.

Erfüllt die Krankenkasse die ihr mit Blick auf die Status 7-Gesundheitskarten der vormaligen Grenzgänger obliegende **Einziehungspflicht** gegenüber den Personen, die anlässlich ihrer Behandlungen diese mittlerweile falsch gewordenen Versichertenkarten den Vertragsärzten vorgelegt haben, nicht, begründet dies keinen **Zahlungsanspruch der KV** gegenüber der Krankenkasse. An die Verletzung der aus § 291 Abs. 4 Satz 1 SGB V a.F. folgenden Karteneinziehungspflicht knüpft das Gesetz keine Sanktion gegenüber der pflichtwidrig handelnden Krankenkasse. Es besteht keine nicht kodifizierte Rechtsscheinhaftung der Krankenkasse. Die Partner der Gesamtverträge haben durchaus gesehen, dass aus der Verwendung einer einen unzutreffenden Versichertenstatus ausweisenden Versichertenkarte Probleme erwachsen können. Die im BMV-Ä getroffenen Regelungen erfassen nicht die hier vorliegende Fallkonstellation.

Die Beteiligten streiten um die Verpflichtung der bekl. Krankenkasse, der kl. KV die in den Quartalen I/09 bis II/16 an Vertragsärzte im Wege der Einzelleistungsabrechnung für die Behandlung von im Ausland krankenversicherten Personen gezahlte Vergütung zu erstatten. Die Vertragsärzte behandelten u.a. Patienten, die

aufgrund des Umstandes, dass sie in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union - in den allermeisten Fällen: in Dänemark - erwerbstätig und Mitglied des Krankenversicherungssystems dieses Mitgliedstaates waren, aber als sog. Grenzgänger ihren Wohnsitz in Schleswig-Holstein behalten und die Bekl. als sog. aushelfende Krankenkasse gewählt hatten (regelmäßig, weil die Grenzgänger zuvor in Zeiten, in denen sie keiner Erwerbstätigkeit in dem anderen EU-Staat nachgegangen waren, bereits bei der Bekl. in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert gewesen waren). Die aushelfende Krankenkasse stellte für diese Grenzgänger sicher, dass diese in der Bundesrepublik Deutschland Krankenversicherungsleistungen, insb. in Gestalt ärztlicher Behandlung, erhielten. Die tatsächliche Abwicklung erfolgte in der Weise, dass diese Grenzgänger anlässlich des Arztbesuches eine ihnen von der Bekl. ausgestellte besondere Krankenversicherungskarte vorlegten, auf deren Chip der Status der Karteninhaber als Grenzgänger - sog. Status 7 - gespeichert und für die Ärzte somit kenntlich gemacht war. Im Falle der bei Grenzgängern typischen zeitnahen Änderung ihres Versichertenstatus - die z.B. durch Beendigung der Saisonarbeit oder projektbezogenen Tätigkeit im Ausland eintreten kann - erhalten die Grenzgänger, die dadurch wieder als Mitglied der Bekl. in der GKV versichert sind, eine „reguläre“ elektronische Gesundheitskarte, auf der insb. die in § 291 Abs. 2 Satz 1 SGB V genannten Daten gespeichert sind. Die behandelnden Ärzte rechneten ihre für Grenzgänger erbrachten Leistungen gegenüber der Kl. im Wege des Einzelleistungsnachweises ab und diese zahlte den Ärzten das für diese Behandlungen ausgelöste Honorar aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV). Die Bekl. verweigerte nach Meldung der Zahlungen seitens der Kl. eine Erstattung für die Versicherten, die im Zeitpunkt der Behandlung als originäre Mitglieder in der deutschen GKV versichert gewesen waren - in der Regel 6 bis 7 % -, obgleich sie bei den in Anspruch genommenen Vertragsärzten die besondere, ihren Grenzgängerstatus ausweisende Gesundheitskarte (Status 7-Karte) vorgelegt hatten. **SG Kiel**, Urt. v. 21.08.2019 - S 2 KA 73/17 - verurteilte die bekl. Krankenkasse antragsgemäß zur Zahlung von 230.021,32 € nebst Zinsen an die kl. KV, das **LSG** wies die Klage ab.

6. Zahnärzte: Anlegen und Wiederherstellungen von Stützvorrichtungen

SG München, Urteil v. 28.09.2022 - S 38 KA 5094/20

RID 22-04-14

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 106d

Leitsatz: I. Der Wortlaut der GOÄ 2701 bezieht sich auf das Anlegen von extraoralen Stütz-, Halte- oder Hilfsvorrichtungen, das Anlegen einer Verschlussplatte, einer Pelotte oder dergleichen. Erfasst von der Gebührenordnungsposition sind somit zunächst **extraorale Maßnahmen**, aber im Übrigen auch **intraorale Maßnahmen** (z.B. Umarbeiten einer Prothese zu einer Wundverbandsplatte).

II. Aus der Aufzählung bei der GOÄ 2701 ist zu schließen, dass der Ansatz der GOÄ 2701 einen deutlichen **Mehraufwand gegenüber der GOÄ 2700** voraussetzt. Eine Maßnahme, subsumiert unter die Begrifflichkeit dergleichen, muss sich daher, was den Aufwand betrifft, in die Aufzählung von Verschlussplatte und Pelotte einreihen.

III. Ob ein **Aufwand** vorliegt, der den Ansatz der GOÄ 2701 rechtfertigt, ist wenn **Zweifel** bestehen, vom Vertrags(zahn)arzt **nachzuweisen** (vgl. BSG, Urt. v. 13.05.2020 - B 6 KA 6/19 R - SozR 4-2500 § 106d Nr. 8; LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 22.02.2022 - L 4 KA 77/18 - RID 22-03-9).

IV. Nicht der Vertrags(zahn)arzt, sondern die überprüfende Stelle bestimmt und legt fest, welche **Unterlagen** für eine sachlich-rechnerische Prüfung als **notwendig** erachtet werden.

V. Die **Karteikartendokumentation** gehört zu den am aussagekräftigsten und essenziellen Unterlagen, die zu einer Prüfung auf sachlich-rechnerische Richtigkeit neben anderen Unterlagen (z.B. Op-Berichte und Röntgenaufnahmen) herangezogen werden können.

Der Kl. ist Fachzahnarzt für Oralchirurgie. Strittig ist der Ansatz der GOÄ 2701 im Quartal I/14 im Behandlungsfall F. Das **SG** wies die Klage ab.

III. Genehmigung/Disziplinarrecht/Notdienst

Nach BSG, Urt. v. 06.04.2022 - **B 6 KA 12/21 R** - SozR 4-5520 § 24 Nr. 15 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. Genehmigung zur Durchführung künstlicher Befruchtungen: Bedarf

LSG Bayern, Urteil v. 03.03.2022 - L 12 KA 70/19

RID 22-04-15

www.juris.de

SGB V § 121a

Es ist nicht zu beanstanden, wenn die nach § 121a Abs. 2 SGB V zuständige Behörde gesetzesauslegende bzw. norminterpretierende Verwaltungsvorschriften erlässt, wonach **80-km-Regelkreise** um die IVF-Zentren (zumutbare Fahrstrecke von bis zu einer Stunde) als geeignete **Planungsbereiche** anzusehen sind und innerhalb der 80-km-Regelreise auf die jeweiligen örtlichen Einwohnerzahlen und die Zahl der Zentren abzustellen ist (vgl. hierzu bereits LSG Bayern, Urt. v. 25.06.2014 - L 12 KA 48/14 - RID 14-04-40; BSG, Beschl. v. 11.02.2015 - B 6 KA 43/14 B - RID 15-02-98). Die Kriterien stellen gerade im Hinblick auf die Gewährleistung der **Bedarfsgerechtigkeit** sicher, eine Überversorgung von IVF-Zentren in einzelnen Regionen zu verhindern, während andere Gebiete unterversorgt bleiben.

Die **Übertragung einer Genehmigung** nach § 121a SGB V von einem Rechtsträger auf einen anderen ist unzulässig. Es muss eine neue Genehmigung beantragt werden.

Zu einer **Auswahl** im Sinne von § 121a Abs. 2 SGB V kommt es nur dann, wenn diese „notwendig“ ist. „**Notwendigkeit**“ i.S.v. § 121a Abs. 2 SGB V besteht nur dann, wenn ein Bedarf für eine weitere Genehmigung zur künstlichen Befruchtung besteht, für die sich mehrere Antragsteller beworben haben, die - abgesehen vom Vorliegen eines Bedarfes - alle persönlichen und technischen Voraussetzungen für die Genehmigung gemäß § 121a SGB V erfüllen.

Die Kl. zu 1) ist als Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Die Kl. zu 2) ist beim K angestellt. Die Kl. betreuen als ärztliches Fachpersonal die medizinischen Aspekte der Reproduktionsmedizin. Die Kl. stellten im November 2013 beim bekl. Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege erfolglos einen Antrag auf Genehmigung zur Durchführung künstlicher Befruchtungen nach § 121a SGB V. Ein Folgeantrag vom November 2016 blieb ebf. erfolglos. **SG München**, Urt. v. 21.05.2019 - S 43 KA 37/17 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück. **BSG**, Beschl. v. 29.06.2022 - B 6 KA 19/21 B - RID 22-04-47 wies die Nichtzulassungsbeschwerde zurück.

2. Anrufung des Disziplinausschusses nach vorausgegangener Entscheidung des Vorstands

SG München, Urteil v. 28.09.2022 - S 38 KA 5112/21

RID 22-04-16

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 81 IV

Leitsatz: I. Es ist zwar systemfremd, aber rechtlich nicht zu beanstanden und mit § 81 Abs. 5 SGB V zu vereinbaren, wenn in der Disziplinarordnung (hier § 9 Abs. 1 Disziplinarordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns) dem **Vorstand** eine **partielle Kompetenz** (bei geringfügigen Pflichtverletzungen) neben dem Disziplinausschuss zugewiesen wird. Vorstand und Disziplinausschuss sind selbstständig und unabhängig.

II. Die **Anrufung des Disziplinausschusses** nach vorausgegangener Entscheidung des Vorstands stellt kein **Vorverfahren** dar (vgl. § 81 Abs. 5 S. 4 SGB V i.V.m. § 78 SGG).

III. Das **Verbot der reformatio in peius**, wie dies grundsätzlich bei zweistufigen Verwaltungsverfahren angenommen wird, gilt für den Disziplinausschuss nicht.

IV. Die Entscheidung, ob eine **Disziplinarmaßnahme** verhängt wird und wenn ja, welche, in welchem Umfang steht im **Ermessen** des Disziplinausschusses (§ 1 DO).

V. Von stattgefundenen und **abgeschlossenen Wirtschaftlichkeitsprüfungen**, weil rechtskräftig, geht eine Bindungswirkung im Sinne einer **Feststellungswirkung** aus (vgl. BSG, Urt. v. 27.06.2007 - B 6 KA 27/06 R - SozR 4-1500 § 141 Nr. 1).

Die Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassen regte die Einleitung eines Disziplinarverfahrens an. Dem Kl. wurde Unwirtschaftlichkeit vorgeworfen. Die für die Quartale III/12 bis III/16 vorgenommenen Wirtschaftlichkeitsprüfungen führten zu einem Gesamtberichtigungsvolumen in Höhe von 78.024,71 €. Die hierzu ergangenen Bescheide wurden bestandskräftig. Für die nachfolgenden Quartale ab IV/16 gab es ebf. Wirtschaftlichkeitsprüfungen, die jedoch noch nicht bestandskräftig sind. Zunächst erging eine Vorstandsentscheidung der KZV. Die dem Kl. vorgeworfene Verfehlung wurde als geringfügige Verletzung vertragsärztlicher Pflichten eingestuft und hierfür eine Geldbuße in Höhe von 5.000 € verhängt. Der vom Kl. angerufene Disziplinausschuss verhängte eine Geldbuße in Höhe von 7.500 €. Er führte aus, er habe die bestandskräftigen Bescheide der Wirtschaftlichkeitsgremien zu berücksichtigen. Es handle sich nicht um eine Verböserung. Denn die Entscheidung des Disziplinausschusses nach § 9 Abs. 2 DO sei eine eigene originäre Entscheidung. Das **SG** hob den Bescheid des Disziplinausschusses insoweit auf, als dieser verpflichtet wird, über den Antrag des Kl. nach § 9 Abs. 2 DO erneut unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts zu entscheiden, und wies im Übrigen die Klage ab. Das SG stellte einen Anhörungsfehler nach § 24 SGB X und einen Verstoß gegen die Begründungspflicht fest (§ 35 SGB X).

3. Notdienst

a) Notdienst: Keine generelle Befreiung „therapieferner“ Arztgruppen

LSG Rheinland-Pfalz, Urteil v. 23.08.2022 - L 5 KA 1/21

RID 22-04-17

www.juris.de

GG Art. 3 I, 12 I

Eine generelle **Befreiung „therapieferner“ Arztgruppen** ist rechtlich nicht erforderlich. Es kommt daher nicht darauf an, ob der Bereitschaftsdienst auch ohne Einbeziehung „therapieferner“ Arztgruppen praktisch sichergestellt und finanziell tragbar wäre. Auch Fachärzte verfügen, soweit sie ihrer Fortbildungspflicht genügen, über die notwendigen **Kenntnisse und Fähigkeiten**, den auf die Akutversorgung ausgerichteten Anforderungen des Bereitschaftsdienstes - auch von nicht als Bagatellfall zu qualifizierenden Krankheitsbildern - zu entsprechen. Ein Wertungswiderspruch zum zivilrechtlich in der Bereitschaftssituation geschuldeten **Behandlungsstandard** sowie zum sozialrechtlichen Qualitätsgebot besteht daher nicht. Es wird auf BSG, Beschl. v. 17.03.2021 - B 6 KA 15/20 B - juris Rn. 10 bis 15, bestätigt durch BSG, Urt. v. 04.11.2021 - B 6 KA 9/20 R - SozR 4-2500 § 95d Nr. 4 Rn. 35, verwiesen.

Der Kl. ist seit 2011 als Facharzt für Diagnostische Radiologie in einer BAG für Radiologie und Nuklearmedizin zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Er beehrte die Befreiung von der Pflicht zur persönlichen Teilnahme am allgemeinen vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst. **SG Mainz**, Urt. v. 25.11.2020 - S 3 KA 34/19 - juris wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

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

LSG Hessen, Urteil v. 27.07.2022 - L 4 KA 16/22

RID 22-04-18

Revision anhängig: B 6 KA 17/22 R

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 75 Ib; KARG Art. 4 § 1; HeilBerG Hessen §§ 23, 24

Leitsatz: 1. Weder §§ 23, 24 des Hessischen Heilberufsgesetzes i.V.m. § 26 der Berufsordnung für die Ärztinnen und Ärzte in Hessen noch § 75 Abs. 1b SGB V **ermächtigen** die Kassenärztliche Vereinigung Hessen (KVH) zur Normierung eines **Beitrages zu Lasten von Privatärzten** im Rahmen einer verpflichtenden Teilnahme von Privatärzten am Bereitschaftsdienst der KVH.

2. Das **SGB V** regelt Aufgaben und Befugnisse der Kassenärztlichen Vereinigungen mit Ausnahme des von Art. 4 § 1 Abs. 2 des Gesetzes über Kassenarztrecht (GKAR) vom 17. August 1955 (BGBl I 513) erfassten Bereichs **abschließend**. Für die verpflichtende Einbeziehung von Privatärzten in einen allein von der Kassenärztlichen Vereinigung durch eine Bereitschaftsdienstordnung geregelten Bereitschaftsdienst im Wege einer landesrechtlichen Delegation o.ä. bedürfte es einer **bundesrechtlichen Öffnungsklausel**.

SG Marburg, Gerichtsbb. v. 28.01.2022 - S 11 KA 465/20 - RID 22-01-21 hob auf Klage eines Privatärztes die angefochtenen Beitragsbescheide der bekl. KV auf, das **LSG** wies die Berufung der Bekl. zurück.

c) Kostenerhebung gegenüber Nichtvertragsärzten

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 27.04.2022 - L 11 KA 65/19

RID 22-04-19

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 75 I, Ib, 76 I, 81 I; HeilBerG NRW § 31

KV und Ärztekammer können in einer Gemeinsamen Notdienstordnung die **Kompetenz** zur Kostenerhebung allein auf die **KV verlagern**. Dies ist angesichts des den Normgebern zugestandenen weiten Gestaltungsermessens nicht zu beanstanden. Die konkrete Ausgestaltung der Erhebung kann durch die Satzung der KV geregelt werden. Es kann eine Pauschale neben einer prozentualen Umlage erhoben werden. Die KV ist berechtigt, die Kosten auch gegenüber Nichtvertragsärzten durch Verwaltungsakt zu erheben.

Soweit der Senat aus der Verwendung des **Begriffs „Kosten“** in der Vergangenheit strengere Anforderungen abgeleitet hat, nämlich dass sich der Begriff nur auf tatsächlich entstandene „Kosten der Organisation und Durchführung des Notfalldienstes“ bezieht, die erst durch die Gegenüberstellung tatsächlich angefallener Ausgaben und Einnahmen ermittelt werden können (SG Düsseldorf, Urt. v. 24.10.2007 - S 2 KA 128/06 - RID 07-04-36, juris Rn. 16; LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 09.09.2009 - L 11 (10) KA 62/07 - RID 10-01-40, juris, Rn. 29, nachgehend BSG, Beschl. v. 23.06.2010 - B 6 KA 50/09 B - RID 10-03-90, beckonline.de), hält er daran nicht mehr fest. Weder dem Wortlaut noch der Systematik oder dem Sinn und Zweck der Regelung kann zwingend entnommen werden, dass es sich nicht um **prognostizierte Kosten** handeln kann, sondern um tatsächliche Kosten der öffentlichen Leistung handeln muss, die stets zeitlich verzögert, nämlich nach der Abrechnung, auf den die Leistung in Anspruch Nehmenden verlagert werden, wodurch die öffentliche Leistung zunächst durch die beklagte KV vorzufinanzieren wäre (ähnlich BSG, Beschl. v. 23.06.2010, aaO.).

Die Notfalleleistungen von nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten sind dem Grunde und der Höhe nach gemäß den Rechtsvorschriften zu vergüten, die für die Honorierung vertragsärztlicher Notfallbehandlungen gelten. Hieraus ist unmittelbar abzuleiten, dass die **KV** berechtigt ist, die Zahlungen an **Nichtvertragsärzte** ebenso wie die Zahlungen an Vertragsärzte um einen angemessenen Betrag für **Verwaltungskosten** zu kürzen.

Die Festlegung eines **erhöhten Verwaltungskostensatzes für nicht IT-basierte Abrechnungen** ist zulässig.

Streitig sind die Erhebung pauschaler Kosten für die Finanzierung der Notfallpraxis in G sowie der Regelverwaltungskostenansatz in Höhe von 3,5 % statt 2,8 % für nicht IT-gestützte Abrechnung in den Quartalen II/14 bis III/15. Die Kl. ist Fachärztin für Allgemeinmedizin und in eigener Praxis niedergelassen. Sie ist ausschließlich privatärztlich tätig und nimmt nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Nach eigenem Vortrag behandelt sie ihren Patientenstamm schwerpunktmäßig (98%) homöopathisch und nur ca. 2% schulmedizinisch. *SG Düsseldorf*, Urt. v. 25.09.2019 - S 2 KA 1258/16 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

d) Kein Rechtsschutz gegen Informationsschreiben über Einbeziehung in Notdienst

SG Marburg, Gerichtsbescheid v. 06.09.2022 - S 18 KA 137/20

RID 22-04-20

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB X § 31 S. 1; SGG § 55 I

Leitsatz: Enthält ein an alle Privatärzte gerichtetes **Informationsschreiben** über die Einbeziehung in den Ärztlichen Bereitschaftsdienst (ÄBD) der Beklagten nur allgemeine Ausführungen zur Rechtslage

und zum Procedere der Teilnahme, handelt es sich bei dem Schreiben nicht um einen **Verwaltungsakt** im Sinne von § 31 Satz 1 SGB X.

Für eine **Feststellungsklage** im Sinne von § 55 Abs. 1 SGG gerichtet auf die Feststellung, dass die Einbeziehung in den ÄBD rechtswidrig ist, fehlt es an einem Feststellungsinteresse, da es der Klägerin zugemutet werden kann, zunächst einen **Heranziehungsbescheid abzuwarten** und gegen diesen dann vorzugehen.

Die Beteiligten streiten um die Zulässigkeit eines Widerspruchs im Rahmen der Frage, ob die Kl. als Privatärztin zum ÄBD der bekl. KV herangezogen werden kann. Die Kl. ist als Ärztin für Urologie niedergelassen. Sie ist ausschließlich privatärztlich tätig. Das **SG** wies die Klage 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 eines (objektiv) nicht indizierten Arzneimittels

SG Hannover, Urteil v. 14.09.2022 - S 20 KA 56/20

RID 22-04-21

www.juris.de

SGB V § 106b; BMV-Ä §§ 15 II, 48 I

Leitsatz: Die Verordnung eines (objektiv) **nicht indizierten Arzneimittels** kann als Verstoß gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot die Festsetzung eines **Verordnungsregresses** rechtfertigen.

Es liegt kein Fall des **sonstigen Schadens** im Sinne des § 48 BMV-Ä vor, wenn dem Vertragsarzt eine fehlerhafte Indikationsstellung und eine darauf aufbauend unzulässige Verordnung vorgeworfen wird.

Die beigel. Krankenkasse beantragte erfolgreich gegenüber dem kl. Facharzt für Allgemeinmedizin die Festsetzung eines Regresses in Höhe von 20.470,08 € wegen eines sonstigen Schadens aufgrund mehrerer Verordnungen von Palbociclib (Ibrance®) für ihren Versicherten. Die Verordnungen seien offenbar auf Bitten des Versicherten ausgestellt worden. Es handele sich bei Ibrance um ein hochpreisiges Arzneimittel gegen Krebs. Dieses werde vorrangig von erfahrenen Gynäkologen, Onkologen und Fachkliniken verordnet. Der Leistungserbringer habe angegeben, dass

sich der Patient mit der Behauptung vorgestellt habe, er habe männlichen Brustkrebs und würde einen entsprechenden Arztbericht nachreichen. Dies sei jedoch nie erfolgt. Der Versicherte sei langjähriger Patient des Kl. Eine passende Krebsdiagnose finde sich jedoch nicht im Versicherungsverlauf. Lediglich im Zusammenhang mit den hier streitigen Verordnungen habe der Kl. „C50.9 Bösartige Neubildung: Brustdrüse nicht näher bezeichnet“ angegeben. Die in den Fachinformationen empfohlene Blutbildkontrolle habe der Kl. nicht abgerechnet. Ihm sei vorzuwerfen, dass er Verordnungen ausgestellt habe, ohne sich zuvor vom Krankheitszustand überzeugt zu haben. Das **SG** wies die Klage ab.

b) Vorrang der Richtgrößenprüfung vor Einzelfallprüfung

LSG Rheinland-Pfalz, Urteil v. 23.08.2022 - L 5 KA 15/21

RID 22-04-22

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 30/22 B

www.juris.de

SGB V §§ 12 I, 84 VI, 106

Leitsatz: Einer **Einzelfallprüfung** der Wirtschaftlichkeit der Verordnung von in das Richtgrößenvolumen des Vertragsarztes fallenden Verbandmitteln steht der **Vorrang der Richtgrößenprüfung** auch dann entgegen, wenn bei dem betroffenen Vertragsarzt keine Richtgrößenprüfung durchgeführt wurde.

Die Beteiligten streiten über eine Wirtschaftlichkeitsprüfung im Einzelfall betreffend die Verordnung von Verbandmitteln in den Quartalen III/12 bis I/16. Die Ärzte der Beigel. zu 1) bilden im Bezirk der Beigel. zu 2) eine BAG. Frau K ist Ärztin für Innere Medizin mit Schwerpunkt Phlebologie, Dr. B ist Arzt für Chirurgie, Gefäßchirurgie mit Schwerpunkt Phlebologie. Die kl. Krankenkasse stellte im Jahr 2016 einen Antrag auf Überprüfung der Wirtschaftlichkeit der Verordnungen von Verbandmitteln betreffend die streitigen Quartale im Falle ihres Versicherten S. Die verordneten Mengen an Verbandmitteln seien nicht nachvollziehbar. Die Prüfungsstelle setzte einen Regress in Höhe von 28.511,74 € (netto) fest. Der Bekl. gab dem Widerspruch der Beigel. zu 1) statt und ordnete keine Maßnahme an. **SG Mainz**, Ur. v. 14.07.2021 - S 2 KA 28/19 - verpflichtete den Bekl., über den Widerspruch der Beigel. zu 1) unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts erneut zu entscheiden. Das **LSG** wies die Berufung der Kl. zurück.

c) Ausstellung von onkologischen Verordnungen für bereits verstorbenen Versicherten

SG Hannover, Urteil v. 14.09.2022 - S 20 KA 85/20

RID 22-04-23

www.juris.de

SGB V §§ 19 I, 190 I, 192 Nr. 1; BMV-Ä § 15 II

Leitsatz: Die Berechtigung zur Festsetzung von Arzneikostenregressen knüpft daran an, dass Vertragsärzte Arzneimittel verordnet haben, die nicht Gegenstand der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung sind. Durch den **Tod** endet die **Mitgliedschaft** des Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 190 Abs. 1, § 191 Nr. 1, § 189 Abs. 1 Satz 2 SGB V). Mit dem Ende der Mitgliedschaft besteht auch **kein Leistungsanspruch** des Versicherten gegenüber seiner Krankenversicherung mehr.

Zwar enthält § 19 SGB V kein absolutes Verbot der Vergütung von erbrachten Leistungen nach Ende der Mitgliedschaft. Allerdings existiert umgekehrt auch keine Regelung im Vertragsarztrecht, die die **Ausstellung von Verordnungen** für einen **bereits verstorbenen Versicherten** für einen Übergangszeitraum als zulässig anerkennt oder die Krankenkassen in diesen Fällen zur (abschließenden) Kostentragung verpflichtet.

Der kl. Facharzt für Onkologie verordnete zugunsten des Versicherten der beigel. Krankenkasse am 20.08.2018 verschiedene Arzneimittel. Der Versicherte war bereits zuvor am 15.08.2018 verstorben. Die Beigel. beantragte die Festsetzung eines Regresses. Der **Kl. machte geltend**, dass ihm die Ausstellung der Verordnung nicht vorzuwerfen sei. Der Patient habe sich in regelmäßiger Behandlung aufgrund eines Pankreaskarzinoms befunden. Die hier betroffene Verordnung sei im Rahmen eines festen Infusions-Therapieplans mit einer geplanten Behandlung am 21.08.2018 ausgestellt worden. Der Termin am 21.08.2018 sei mit dem Patienten am 09.08.2018 vereinbart worden. Dabei hätte die Infusionszubereitung jeweils am Vortag angefordert werden müssen. In J. und Umgebung biete keine Apotheke die Herstellung von Chemotherapeutika an, so dass eine ad hoc-Bestellung und Lieferung nicht möglich gewesen sei. Zum Zeitpunkt der Ausstellung der Verordnungen habe er keine Kenntnis vom Versterben gehabt. Im Rahmen des Erstgesprächs würden Patienten und - soweit

dort anwesend - deren Angehörige ausdrücklich darauf hingewiesen, dass Umstände, die die geplante Chemotherapie-Applikation unmöglich machten, unverzüglich anzuzeigen seien. Zudem habe der Versicherte in der Vergangenheit zuverlässig die vereinbarten Infusionstermine wahrgenommen. Auch habe es keine Hinweise auf ein plötzliches Versterben gegeben. Eine Kontaktaufnahme vor Ausstellung der Verordnung könne von ihm nicht verlangt werden. Es sei organisatorisch nicht umsetzbar und zudem unklar, welche Schlüsse er aus einer Nichterreichbarkeit des Versicherten ziehen könne. Die **Prüfungsstelle** setzte einen Regress in Höhe von 3.102,66 € fest. Der Widerspruch blieb erfolglos. Das **SG** wies die Klage ab.

d) Differenzberechnung

aa) Differenzberechnung auch bei unzulässig verordneten Arzneimitteln

SG München, Urteil v. 05.05.2022 - S 49 KA 139/21

RID 22-04-24

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 106b IIa

Leitsatz: Die in § 106b Abs. 2a SGB V vorgesehene **Differenzberechnung** findet auf sämtliche Nachforderungen wegen unwirtschaftlicher Verordnungsweise und damit auch auf solche wegen unzulässig verordneter Arzneimittel Anwendung.

Im Rahmen einer auf Antrag der kl. Krankenkasse beim Beigel. zu 2) für das Quartal III/19 durchgeführten Prüfung wegen unzulässig verordneter Arzneimittel setzte die Bekl. einen Nachforderungsbetrag in Höhe von 59,28 € fest. Ein Teil der Nachforderung, 38,31 €, entfiel davon auf die Verordnung des Präparates Arthotec forte. Die Kl. hatte insoweit die Festsetzung einer Nachforderung in Höhe von 83,55 € beantragt. Die Bekl. vertrat unter Verweis auf §106b Abs. 2a SGB V die Auffassung, dass bei der Rückforderung betreffend Arthotec forte der Höhe nach eine Kostendifferenz zu berücksichtigen sei. Da die Kl. im Prüfantrag die wirtschaftliche Leistung bzw. die durchschnittlichen wirtschaftlichen Verordnungs-kosten nicht benannt habe, stellte die Beklagte auf das Präparat VIMOVO zum Preis von insg. 45,24 € ab. Das **SG** wies die Klage ab.

bb) Unzulässige Verordnungen/Differenzberechnung vor Änderung der Rahmenvorgaben

SG München, Urteil v. 23.06.2022 - S 38 KA 145/21

RID 22-04-25

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 106b IIa

Leitsatz: I. Die **Differenzberechnung** nach § 106b Abs. 2a SGB V (Nachforderungen nach Abs. 1 Satz 2 sind auf die Differenz der Kosten zwischen der wirtschaftlichen und der tatsächlich ärztlich verordneten Leistung zu begrenzen.) ist für die Quartale vor der Änderung der Rahmenvorgaben (Beschluss des Bundesschiedsamtes vom 10.05.2022) auch auf die **unzulässige Verordnung von Arzneimitteln** anzuwenden (SG München, Ur. v. 05.05.2022 - S 49 KA 139/21 - RID 22-04-24; a.A. SG Stuttgart, Gerichtsbb. v. 06.2021 - S 4 KA 3885/20 - RID 21-03-23).

II. **Unzulässige Verordnungen** sind im weitesten Sinne **unwirtschaftlich** (BSG, Ur. v. 11.12.2019 - B 6 KA 23/18 R - SozR 4-2500 § 106 Nr. 62). Maßgeblich ist der Wortlaut von § 106b Abs. 2a SGB V.

III. Der **normative Schadensbegriff**, der auch im Vertragsarztrecht gilt (BSG, Ur. v. 21.06.1995 - 6 RKa 60/94 - BSGE 76, 153, 155 f. = SozR 3-2500 § 95 Nr. 5 m.w.N.; LSG Nordrhein-Westfalen, Ur. v. 30.07.2003 - L 11 KA 116/01- juris) wird verdrängt von der gesetzlichen Regelung des § 106b Abs. 2 S. 1 SGB V und den für die Quartale III/19 und IV/19 geltenden Rahmenvorgaben.

Die Beigeladene verordnete im Quartal III/19 Spasmo Mucosolvan Saft über 265,68 € und im Quartal IV/19 über 675,24 €. Die Prüfungsstelle lehnte insoweit den Antrag der kl. Krankenkasse auf volle Regressfestsetzung ab. Das Medikament sei nicht zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung verordnungsfähig. Allerdings sei die Kostendifferenz nach § 106b Abs. 2a SGB V zu berücksichtigen (anzurechnender Anteil des Wirkstoffs im Durchschnitt der vier günstigsten Arzneimittel Ambroxol 30 mg/5 ml Saft bzw. Ambroxol 100 mg/200 mg). Die Differenz betrage 68,04 € im Quartal III/19 und im Quartal IV/19 115,63 €. Das **SG** wies die Klage der Krankenkasse ab.

2. Gleichzeitige und isolierte Verordnung zweier ergänzender Heilmittel/Klarstellung des GBA

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 18.05.2022 - L 7 KA 27/19

RID 22-04-26

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 21/22 B
juris = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 106

Die zum 30.06.2011 außer Kraft getretene Fassung der **Heilmittel-Richtlinie** (§ 24) v. 02.04.2005 enthält keine dem **Bestimmtheitserfordernis** genügende Regelung, die die **gleichzeitige und isolierte Verordnung zweier ergänzender Heilmittel** ausschloss. Der Wortlaut der Richtlinie ließ lediglich vage vermuten, dass die isolierte Verordnung zweier ergänzender Heilmittel verboten sein könnte; zugleich war auch die gegenteilige Schlussfolgerung nicht von der Hand zu weisen. Der GBA selbst sah in der Heilmittel-Richtlinie alter Fassung in Bezug auf die Verordnungsfähigkeit ergänzender Heilmittel zumindest „Auslegungsschwierigkeiten“ und wollte eine „notwendige Klarstellung“ vornehmen. Daraus dass der GBA selbst eine **Klarstellung** für „notwendig“ hielt, kann unschwer geschlossen werden, dass die Rechtslage zuvor hinreichend unklar war. Zugleich verbietet sich ein Rückschluss dergestalt, dass aus der vorgenommenen „Klarstellung“ auf die vorher geltende Rechtslage geschlossen werden könnte, die denselben Inhalt gehabt habe, der nun eben nur klargestellt sei.

Der kl. Facharzt für Orthopädie wandte sich gegen einen Heilmittelregress in Höhe von 19.988,89 € für das Jahr 2011. **SG Berlin**, Urt. v. 13.03.2019 - S 83 KA 153/17 - hob den Beschluss des Bekl. auf, soweit darin hinsichtlich der Quartale I/11 und II/11 eine Ersatzverpflichtung für die Verordnung zweier ergänzender Heilmittel, von denen eines isoliert und eines nicht isoliert verordnet werden darf, festgesetzt wurde, und wies im Übrigen die Klage ab. Das **LSG** wies die Berufung des Bekl. zurück.

3. Sonstiger Schaden: Persönliche Unterzeichnung von Verordnungen

SG Marburg, Gerichtsbescheid v. 29.09.2022 - S 17 KA 282/19, S 17 KA 391/19
ER

RID 22-04-27

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
BMV-Ä § 48

Leitsatz: Der Verstoß gegen die vertragsärztliche **Pflicht zur persönlichen Unterzeichnung** von Verordnungen begründet die Festsetzung eines **sonstigen Schadens**.

Der Kl. war vom Dezember 1991 bis zum Dezember 2020 in einer Einzelpraxis als Facharzt für Urologie vertragsärztlich zugelassen. In der Zeit vom September 1999 bis zum August 2001 war Frau D. L. als Ärztin in Weiterbildung in der Praxis tätig. Danach arbeitete sie weiter für den Kl. Dies wurde jedoch den Zulassungsgremien nicht gemeldet. Im März 2017 beantragte die AOK die Festsetzung eines sonstigen Schadens, weil ein beträchtlicher Umfang Verordnungen vom Januar 2013 bis laufend mit einer Unterschrift versehen sei, die nicht der Unterschrift des Kl. entspreche. Der Kl. sei seiner Verpflichtung, die vertragsärztlichen Verordnungen persönlich zu unterschreiben, nicht nachgekommen. Man gehe davon aus, dass die Verordnungen von einer dritten Person ausgestellt worden seien, die in der Praxis nicht vertragsärztlich hätte tätig sein dürfen. Auf der Homepage der Praxis werde eine Frau D. L. als Mitglied des Praxisteam vorgestellt. Ihre Funktion werde dort als Assistenzärztin beschrieben. Der Bekl. setzte für die Quartale I/13 bis IV/16 einen Regress in Höhe von 453.418,99 € fest. Das **SG** lehnte den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab und wies die Klage ab.

V. Zulassungsrecht

Nach BSG, Urt. v. 07.09.2022 - B 6 KA 11/21 R - ist die Fiktion des § 45 Abs. 1 S. 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 nicht vereinbar. Die **Ärzte-ZV** steht im Rang einer **Rechtsverordnung**. Daher bedarf es einer den Anforderungen des Art. 80 GG entsprechenden hinreichend bestimmten **Ermächtigungsgrundlage**. Hieran fehlt es für die in § 45 Abs. 1 S. 1 Ärzte-ZV getroffene Regelung der Rücknahmefiktion eines Widerspruchs bei nicht fristgerechter Zahlung der Widerspruchsgebühr. Der gesetzliche Rahmen der allein als relevant in Betracht kommenden Ermächtigungsgrundlage des § 98 Abs. 2 Nr. 3 SGB V wird überschritten. Danach müssen die Zulassungsverordnungen Vorschriften über das Verfahren der Ausschüsse entsprechend den Grundsätzen des Vorverfahrens in der Sozialgerichtsbarkeit enthalten. Die Rechtsfolge der fingierten Widerspruchsrücknahme entspricht diesen Grundsätzen gerade nicht. Die Vorschrift des § 45 Abs. 1 S. 1 Ärzte-ZV berechtigt den Berufungsausschuss **über die im SGG geregelten Vorgaben für das Widerspruchsverfahren hinaus**, bei nicht fristgerechter Einzahlung der Widerspruchsgebühr den

Widerspruch als fingiert zurückgenommen zu behandeln, selbst wenn es um grundrechtsintensive Entscheidungen in Zulassungssachen geht. Regelungen, die den effektiven Rechtsschutz derart gravierend beschränken, bedürfen einer klaren und bestimmten gesetzlichen Grundlage, an der es nach derzeitiger Rechtslage fehlt. Zwar sieht das SGG eine fiktive Klage- bzw. Berufungsrücknahme vor, wenn Kläger das Verfahren trotz gerichtlicher Aufforderung länger als drei Monate nicht betreiben. Bei diesen Rücknahmefiktionen handelt es sich aber um eng begrenzte gesetzlich geregelte Ausnahmefälle, die nicht auf das Widerspruchsverfahren übertragen werden können. Etwas anderes folgt auch nicht aus den Besonderheiten des Verfahrens vor dem Berufungsausschuss. Auch wenn das Vorverfahren in Angelegenheiten des Vertragsarztrechts ein **besonderes Verwaltungsverfahren** ist und nach § 97 Abs. 3 SGB V gegenüber dem Vorverfahren des SGG Besonderheiten aufweist, schafft § 98 Abs. 2 Nr. 3 SGB V **keine umfassende Kompetenz zur Regelung vom sozialgerichtlichen Vorverfahren abweichender Vorschriften** und erlaubt insbesondere keine Regelung, durch die die Gewährleistung umfassenden Rechtsschutzes i.S. des Art 19 Abs. 4 GG erheblich eingeschränkt wird.

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 angebundener 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 angebundener **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 angebundener ambulanten psychiatrischer 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 krankenhaushausplanungsrechtliche Anforderungen in die Norm hineinzuzaubern, 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** - BSGE 133, 220 = SozR 4-2500 § 103 Nr. 33 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. (Teil-)Entsperrung des Planungsbereichs

a) Bewerberauswahl: Geschlechterbezogene Benachteiligungen bzw. Abwägungskriterien

SG Nürnberg, Urteil v. 05.10.2022 - S 13 KA 6/21
SGB V §§ 95, 103

RID 22-04-28

Für eine **Bewerberauswahl** nach **(Teil-)Entsperrung** gelten grundsätzlich die gleichen Kriterien wie bei der Nachfolgezulassung (abgesehen von den besonderen – finanziellen – Interessen des Praxisabgebers), wobei eine ergänzende Harmonisierung durch Auslegung stattfindet.

Geht es um eine **Anstellungsgenehmigung**, so beziehen sich die persönlichen Auswahlkriterien auf den anzustellenden Arzt, da es auf dessen Eignung ankommt.

Es ist rechtlich nicht zu beanstanden, wenn **zusätzliche Qualifikationen** (hier: fakultative Weiterbildung spezielle urologische Chirurgie sowie Fachkunde Rettungsdienst) zu Gunsten eines Bewerbers berücksichtigt werden.

Nur aufgrund des **Alters** bzw. Altersunterschieds darf aus Diskriminierungsgesichtspunkten nicht auf eine schlechtere Versorgungskontinuität eines älteren Bewerbers geschlossen werden.

Die **Wartezeit** ist unter Versorgungsaspekten ohne Bedeutung. Es ist daher rechtlich nicht zu beanstanden, der Wartezeit eine nur untergeordnete bzw. nachrangige Bedeutung im Rahmen der Ermessensabwägung einzuräumen und hinter anderen Gesichtspunkten zurücktreten zu lassen.

Bei der Auswahl unter mehreren geeigneten Bewerbern ist ein Bewerber, der in seinem Antrag als Vertragsarztsitz einen **Ort mit lokaler Unterversorgung** angegeben hat, gegenüber einem Bewerber, der die Zulassung für einen schon gut versorgten Teil des Planungsbereichs beantragt hat, zu bevorzugen. Das Kriterium bestmögliche Versorgung der Versicherten im Hinblick auf die räumliche Wahl des Vertragsarztsitzes nimmt gerade das Konzept der wohnortnahen Versorgung auch hinsichtlich der fachärztlichen Versorgung auf. Dabei genügt eine allgemeine, jedoch nachvollziehbare Einschätzung des Bedarfs verbunden mit einer Gegenüberstellung des Bedarfs an den einzelnen anvisierten Standorten.

Es besteht keine Verpflichtung der Zulassungsgremien, geschlechterbezogene Aspekte in einer Auswahlentscheidung zu berücksichtigen. Für **geschlechterbezogene Benachteiligungen** bzw. Abwägungskriterien bedürfte es aufgrund ihrer **Grundrechtsrelevanz** einer ausdrücklichen **gesetzlichen Grundlage**, die derzeit nicht besteht.

Die Beteiligten streiten im Rahmen einer aktiven Konkurrentenklage um die Vergabe eines hälftigen Vertragsarztsitzes für die Arztgruppe der Urologen nach Teilentsperrung. Neben der Kl., einer üBAG in der Rechtsform einer GbR zur Anstellung der Beigel. zu 8), bewarb sich der Beigel. zu 9), der zugelassen wurde. Das **SG** wies die Klage ab.

b) Keine defensive Konkurrentenschutzklage gegen Entsperrung eines Planungsbereichs

LSG Schleswig-Holstein, Urteil v. 29.03.2022 - L 4 KA 24/18

RID 22-04-29

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 29/22 B
www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 103 III; Ärzte-ZV § 16 III 2

Leitsatz: 1. Ein Beschluss des Landesausschusses über die **teilweise Entsperrung eines Planungsbereichs** kann bei der defensiven **Konkurrentenschutzklage** eines Vertragsarztes gegen die auf die Entsperrung beruhende Entscheidung der Zulassungsgremien über die Zulassung eines anderen Vertragsarztes grundsätzlich nicht (inzident) mit überprüft werden. Die Regelung in § 103 Abs. 3 SGB V vermittelt insoweit keinen **Drittenschutz**. Etwas anderes kann allenfalls dann gelten, wenn der Landesausschuss bei der Entsperrung willkürlich auf eine fehlerhafte Datengrundlage abgestellt hat.

2. Die (Vor-)Entscheidung des Landesausschusses, einen Planungsbereich im Umfang eines halben oder ganzen Versorgungsauftrags bzw. mehrerer Versorgungsaufträge zu entsperren, ist für die **Zulassungsgremien** nach § 16b Abs. 3 Satz 2 Ärzte-ZV bindend. Wegen dieser **Bindungswirkung** können die Zulassungsgremien auch dann keinen Bewerber von der Auswahlentscheidung für einen ausgeschriebenen Vertragsarztsitz ausschließen, wenn der Planungsbereich in einem zu großen Umfang entsperrt worden ist.

Die Kl. zu 1) ist eine aus drei fachärztlichen Mitgliedern bestehende BAG. Mit Beschl. v. 04.06.2013 änderte der Landesausschuss für die Gruppe der Orthopäden die bestehenden Zulassungsbeschränkungen mit der Maßgabe ab, dass ein weiterer Arzt dieser Fachgruppe im Umfang eines ganzen Versorgungsauftrags zugelassen werden kann. Hierauf bewarben sich u.a. der Beigel. zu 7), Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, und die kl. BAG mit jeweils einem Antrag auf Genehmigung zur Beschäftigung des Facharztes für Chirurgie und Unfallchirurgie W und des Facharztes für Chirurgie, Orthopädie und Unfallchirurgie B für jeweils 13 Wochenstunden. Der Zulassungsausschuss ließ den Kl. zu 2) für den Standort S zu, die beiden anderen Anträge lehnte er ab. Der bekl. Berufungsausschuss ließ den Beigel. zu 7) für den Standort L zu und wies u.a. den Widerspruch der Kl. zu 1) zurück. Außerdem wies der Bekl. in einem gesonderten Beschluss den weiteren Widerspruch der Kl. zu 1) als unzulässig zurück, soweit sie sich gegen die Öffnung des Planungsbereichs für einen weiteren Arzt aus der Gruppe der Orthopäden gewandt hatte. **SG Kiel**, Urt. v. 12.12.2017 - S 2 KA 349/14 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

2. Praxisnachfolge

a) Nachbesetzungsverfahren und zwischenzeitliche Aufhebung der Zulassungssperre

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 11.05.2022 - L 11 KA 17/20

RID 22-04-30

Revision zugelassen
www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 95 IXb, 101 I 1 Nr. 3; BedarfspIRL § 36 VII 1

Die Durchführung eines **Nachbesetzungsverfahrens** nach § 103 Abs. 3a SGB V setzt voraus, dass **Zulassungsbeschränkungen** bestehen. Mit einer Aufhebung unter Auflagen gem. § 26 Abs. 1 BedarfspIRL durch den Landesausschuss bestehen in einem Planungsbereich keine Zulassungsbeschränkungen mehr. Werden Zulassungsbeschränkungen erst nach Antragstellung angeordnet, ist für das Fortbestehen einer Praxis auf den Zeitpunkt der (neuerlichen) Anordnung abzustellen.

Ändert sich die Versorgungssituation im laufenden Nachbesetzungsverfahren nach § 103 Abs. 3a, 4 SGB V derart, dass der Planungsbereich in der Arztgruppe des abgegebenen Vertragsarztes partiell entsperrt wird, kann die Vertragsarztpraxis ohne Fortgang des Nachbesetzungsverfahrens im Zeitraum der partiellen Entsperrung **auf den gewünschten Praxisnachfolger übergehen**. In einem partiell wie vollständig entsperrten Gebiet geht es mithin nicht um die Verwertung von Vertragsarztsitz und/oder Anstellungsgenehmigung, also die Verwertung eines behördlich bewilligten Rechts, dem dazu in einem besonderen Verfahren Verkehrsfähigkeit verliehen wird, sondern um die **Veräußerungs- und Wettbewerbsfähigkeit der Praxis im allgemeinen Wirtschaftsverkehr**. Die Frage der Werthaltigkeit des (Praxis-)Betriebs und dessen Nachfrage durch Interessenten (potentielle Käufer/Bewerber auf die Anstellung, etc.) ist wie die der Werthaltigkeit im Rahmen anderer

Unternehmensveräußerungen oder ausgeschriebener Anstellungen keine, die das Vertragsarztrecht zu klären hat.

Für die Frage der Nachbesetzungsfähigkeit genehmigter Anstellungen im Rahmen einer Umwandlung nach § 95 Abs. 9b SGB V ist nicht auf eine „Praxis“ der Angestellten, sondern auf die Praxis des anstellenden Vertragsarztes abzustellen. Ferner kommt es maßgeblich auf die **Dauer der Vakanz der Anstellung** an.

Genehmigte **Anstellungen erledigen** sich (spätestens) mit **Ende der Arbeitsverhältnisse** „auf andere Weise“ i.S.d. § 39 Abs. 2 SGB X, denn sie sind streng personengebunden. Ein entsprechender Beschluss des Zulassungsausschusses ist dazu nicht erforderlich und hat lediglich deklaratorischen Charakter.

Ein **Nachbesetzungsrecht** besteht auch im Falle eines **anstellenden Vertragsarztes** grundsätzlich nur für die **Dauer von sechs Monaten**. Auch auf diese Fälle sind die Überlegungen des BSG zur Bevorratung von Arztstellen übertragbar. **Normativer Anknüpfungspunkt** für die Frist ist in diesem Fall § 32b Abs. 6 Satz 2 Ärzte-ZV. Danach ist die Beschäftigung eines Vertreters für einen angestellten Arzt für die Dauer von sechs Monaten zulässig, wenn der angestellte Arzt freigestellt oder das Anstellungsverhältnis durch Tod, Kündigung oder andere Gründe beendet ist. Demgemäß rechtfertigt allein das Vorhandensein der Arztstelle eine (befristete) Vertretung, auch wenn ein vertretungsfähiger angestellter Arzt in der Variante des § 32b Abs. 6 Satz 2 Alt. 2 Ärzte-ZV eigentlich nicht existiert. Daraus folgt zudem im Umkehrschluss, dass nach Ablauf von sechs Monaten dort eine vertretungsfähige Angestelltenstelle im Grundsatz als nicht mehr existent angesehen wird.

Die **Sechs-Monats-Frist** gilt sowohl, wenn sie vollständig in einen Zeitraum fällt, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, als auch, wenn der Planungsbereich in diesem Zeitraum (**zeitweise**) **entsperrt** wird. Im letztgenannten Fall verlängert sie sich nicht um Zeiten der Entsperrung. Sie beginnt unabhängig davon, ob Zulassungsbeschränkungen bestehen, zu laufen.

Die **Frist** von sechs Monaten beginnt mit Beendigung des Anstellungsverhältnis oder der **Freistellung von einem Arbeitsverhältnis**.

Der bekl. Zulassungsausschuss genehmigte der Kl., einer Kinder- und Jugendpsychotherapeutin, T und R im Sonderbedarf jeweils mit dem Faktor 0,5 anzustellen. Es wurde über das Vermögen der Kl. das Insolvenzverfahren eröffnet. Die Arbeitsverhältnisse von T und R wurden durch den Insolvenzverwalter zum 31.07.2018 gekündigt und die Arbeitnehmerinnen ab 01.04.2018 von der Arbeitsleistung freigestellt. Mit gesonderten Beschlüssen vom 16.05.2018 stellte der Bekl. fest, dass die für T und R erteilten Anstellungsgenehmigungen mit Ablauf des 31.07.2018 endeten. Der Landesausschuss stellte mit Beschluss v. 15.05.2018 eine Vakanz von 2,0 Zulassungen/Anstellungen bis zur Überversorgung fest. Am 14.06.2018 beantragte die Kl. erfolglos, die Anstellungsgenehmigungen für T und R als Zulassungen zur Nachbesetzung auszuschreiben. Der Bekl. erteilte mit Beschlüssen v. 12.10.2018 im Umfang von 2,0 Zulassungen bzw. Anstellungen. Der Landesausschuss stellte mit Beschluss v. 30.11.2018 erneut eine Überversorgung fest. **SG Dortmund**, Urt. v. 04.03.2020 - S 16 KA 72/19 - RID 20-04-23 wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

b) Mitnahme einer dem ausscheidenden Gesellschafter erteilten Anstellungsgenehmigung

LSG Bayern, Urteil v. 30.03.2022 - L 12 KA 14/19

RID 22-04-31

Revision zugelassen
SGB V §§ 95 IXb, 103 IV

Wird nach dem klaren Wortlaut eines bestandskräftig gewordenen Genehmigungsbescheides des Zulassungsausschusses der **Gesellschafter einer BAG** Inhaber einer streitigen **Anstellungsgenehmigung**, so steht mit Ausscheiden des Gesellschafter die Anstellungsgenehmigung diesem und nicht der BAG zu. Auf etwaige zivilrechtliche Vereinbarungen der BAG-Partner, einen Arbeitsvertrag oder auch auf eine die Zulassung des ausscheidenden Gesellschafter „überlagernde BAG-Genehmigung“ kommt es nicht an. Da die BAG zu keinem Zeitpunkt Inhaberin der Anstellungsgenehmigung war, kann die Anstellungsgenehmigung beim Ausscheiden des Gesellschafter auch nicht in der BAG „verbleiben“.

Wird dem **Praxisnachfolger** die Genehmigung zur Beschäftigung des ausgeschiedenen Gesellschafter erteilt, hat der Praxisnachfolger auch **Anspruch auf Erteilung der Genehmigungen** zur Beschäftigung eines angestellten Arztes. Die Anstellungsgenehmigung wird zusammen mit dem Vertragsarztsitz im Rahmen des nach § 103 Abs. 4 SGB V erfolgten Nachbesetzungsverfahrens

übertragen. Durch die Weiterführung der ursprünglichen Zulassung als Anstellung bei dem Praxisnachfolger geht die damit verbundene Anstellung nicht unter.

§ 95 Abs. 9b SGB V ist nicht zu entnehmen, dass eine Anstellungsgenehmigung ausschließlich im Rahmen eines „zweistufigen **Verwaltungsverfahrens**“ auf einen Nachfolger übertragbar ist. Aus der Regelung ergibt sich nicht, dass dies die einzige Möglichkeit der Übertragung einer Anstellungsgenehmigung ist. Der Gesetzesbegründung hierzu ist zu entnehmen, dass das Verfahren als Gegenstück der Einbringung der Zulassung in ein MVZ konzipiert worden ist. Sinn und Zweck der Regelung ist u.a., dem Vertragsarzt die Möglichkeit zu geben, eine nicht mehr benötigte Arztstelle im Zuge des Nachbesetzungsverfahrens nach § 103 Abs. 4 SGB V wirtschaftlich zu verwerten. Davon zu unterscheiden ist die Nachbesetzung des Vertragsarztsitzes einschl. einer Anstellungsgenehmigung und damit die wirtschaftliche Verwertung der gesamten Praxis.

Der Kl. zu 2), ein Pathologe und Mitglied einer BAG (Beigel. zu 3), erhielt im Mai 2015 im Rahmen einer Nachbesetzung die Genehmigung zur Beschäftigung der Beigel. zu 4), einer Fachärztin für Pathologie, mit einer Arbeitszeit von 40 Wochenstunden. Im Mai 2016 beantragte er erfolgreich die Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens. Diesbezüglich ist eine von der BAG erhobene Klage anhängig (S 49 KA 97/17). Für die Nachbesetzung incl. der Anstellungsgenehmigung bewarb sich die Kl. zu 1), ein MVZ, zur Anstellung u.a. des Kl. zu 2) (31 Wochenstunden) - was der Zulassungsausschuss bestandskräftig genehmigte - und der Beigel. zu 1) und 2) (jeweils 11 Wochenstunden), was der Zulassungsausschuss ablehnte. Ferner stellte der Zulassungsausschuss fest, dass die Genehmigung zur Anstellung der Beigel. zu 4) tatsächlich der Beigel. zu 3) (BAG) zuzuordnen sei und unverändert fortbestehe. Der Widerspruch der Kl. blieb erfolglos. **SG München**, Urt. v. 20.02.2019 - S 49 KA 508/17 - RID 19-02-36 verpflichtete auf die Klage der Kl. zu 1) hin den Bekl., den Anträgen der Kl. zu 1) auf Genehmigung zur Beschäftigung der Beigel. zu 1) und 2) zur Fortführung der ausgeschriebenen Praxis des Kl. zu 2) stattzugeben, und wies die Klage des Kl. zu 2) ab. Das **LSG** wies die Berufung des Bekl. zurück.

c) Anordnung des Sofortvollzugs in Drittanfechtungssituation

SG Marburg, Beschluss v. 19.08.2022 - S 17 KA 344/22 ER

RID 22-04-32

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 103 IV; SGG § 86b I 1 Nr. 1

Leitsatz: Für die **Anordnung des Sofortvollzugs** genügt in Drittanfechtungssituationen gemäß § 86a Abs. 2 Nr. 5 SGG das **überwiegende Interesse** eines Beteiligten, wenn der in der Hauptsache angefochtene Verwaltungsakt offensichtlich rechtmäßig ist.

Die Ast. gab im Jahr 2020 einen halben Vertragsarztsitz an die Beigel. zu 8) kostenfrei ab, um dieser die Gründung der gemeinsamen BAG wirtschaftlich zu ermöglichen. Die gemeinsame BAG bestand bis zur außerordentlichen Kündigung der Ast. zum 22.02.2022. Die Beigel. zu 8) verzichtete zum 31.03.2022 auf ihre $\frac{3}{4}$ -Zulassung als Vertragsärztin am Praxisstandort der Ast. und übernahm einen vollen Versorgungsauftrag von Dr. E. K. zum 01.04.2022. Auf die Ausschreibung des $\frac{3}{4}$ -Versorgungsauftrags bewarben sich neben der Ast. die Beigel. zu 8), die Dr. E. K. mit 75% anstellen wollte. Dr. E. K. teilte mit, dass es Probleme mit der Beigel. zu 8) gebe, die - trotz entsprechender Verträge - nicht mit ihr kommuniziere, so dass sie gar nicht wisse, ob sie überhaupt in der Praxis arbeiten werde. Der Zulassungsausschuss (Ag.) genehmigte die Anstellung der Dr. E. K. zu einem $\frac{1}{4}$ -Versorgungsauftrag und sprach den verbleibenden halben Versorgungsauftrag der Ast. zu, die damit an dem bisherigen Praxisstandort ihren bereits vorhandenen hälftigen Versorgungsauftrag auf einen vollen Versorgungsauftrag aufstocken konnte. Die Beigel. zu 8) verlangte von der Ast. nach Rückübertragung des halben Arztsitzes die Zahlung von 60.000 €, gegen die Entscheidung der Ag. legte sie Widerspruch ein. Das **SG** ordnete die sofortige Vollziehung des Beschlusses des Ag. v. 10.05.2022 bis zu einer Entscheidung des Berufungsausschusses an und lehnte im Übrigen den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab.

3. Sonderbedarfszulassung

a) Ermittlung des Defizit/Selektivverträge/Umfraße/Beweislast

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 18.05.2022 - L 7 KA 12/20

RID 22-04-33

Revision zugelassen

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 101 I 1 Nr. 3; BedarfspIRL §§ 36, 37; SGB X § 21

Unter Berücksichtigung des städtisch verdichteten Raums allgemein und speziell der Großstadtlage im Planungsbereich Berlin ist der **maßgebliche Einzugsbereich** auch durch einen Versorgungsbedarf

konkret für Versicherte geprägt, die mit ihren Postleitzahlen nicht nur in einem bzw. dem Verwaltungsbezirk der Praxis angesiedelt sind, sondern in **Bezirken, die an ihn angrenzen**.

Es besteht ein **Ermittlungsdefizit**, wenn die Krankenkassen nur unvollständige oder gar keine **Zahlen für das Kostenerstattungsverfahren** melden, obwohl diese offensichtlich für die Frage des Sonderbedarfs von besonderer Bedeutung sind.

Eine Abdeckung des **Versorgungsbedarfs** durch bestehende **Selektivverträge** ist für die Beurteilung der Versorgungslage grundsätzlich relevant. Dafür bedarf es aber der Nennung der Behandlungszahlen und der an der Versorgung teilnehmenden Vertragspartner.

Geben nur 7,1 % der befragten Leistungserbringer Antworten, so ist dies keine Grundlage für die Bewertung der Versorgungslage, konkret der **Ermittlung von freien Kapazitäten**. Die **Zahl der Antwortenden** muss zumindest groß genug sein, um noch als repräsentativ gelten zu können. Um die **Repräsentativität der Umfrage** bewerten zu können, ist es notwendig zu wissen, welche Psychotherapeuten auf die Sonderbedarfsumfrage geantwortet haben (solche mit vollem oder hälftigem Versorgungsauftrag) und ob die Gruppe der Antwortenden der Grundgesamtheit entspricht.

Ein anhaltendes **Ermittlungsdefizit** des Berufungsausschusses und die fehlende Zuarbeit von Seiten der Krankenkassen führen in der Gesamtwürdigung zu einer eingeschränkten **Umkehr der Beweislast** zugunsten des Kl. Von einer solchen ist allgemein im Fall einer unverschuldeten Beweisnot auszugehen. Eine solche liegt u.a. bei einer Beweisvereitelung vor. LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 27.04. 2016 - L 7 KA 48/14 - RID 16-04-46 als auch BSG, Urt. v. 28.06.2017 - B 6 KA 28/16 R - BSGE 123, 243 = SozR 4-2500 § 101 Nr. 19 haben hinreichend verdeutlicht, dass die **Kostenerstattungsanträge der Krankenkassen** einen wesentlichen, wenn nicht sogar zentralen Hinweis auf einen bestehenden Bedarf liefern können. Daraus ergibt sich in aller Klarheit, dass nur eine ausreichende Anzahl von aussagekräftigen Kassenmeldungen zu den Zahlen der Kostenerstattungen eine reale Versorgungslage bzw. einen Mangel an Versorgung darstellen können und der Berufungsausschuss sich nicht allein mit deren pauschalen Einschätzungen zur Sonderbedarfslage zufrieden geben darf. Der Berufungsausschuss darf sich daher auch z.B. mit einer Nichtmeldung oder einer reinen „Fehlmeldung“ nicht einfach abfinden. Der Berufungsausschuss kann die Aufsichtsbehörden nach § 90 SGB IV einschalten, um seinen Ermittlungen zu den Kostenerstattungsanträgen Nachdruck zu verleihen.

Kostenerstattungen der Krankenkassen können auf einen **ungedeckten Bedarf** an Therapeuten hindeuten (hier: mindestens im oberen einstelligen Bereich).

SG Berlin, Urt. v. 19.02.2020 - S 83 KA 90/19 - verurteilte den Bekl., über den Antrag des Kl. auf eine Sonderbedarfszulassung unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden. Das **LSG** verpflichtete auf Berufung des Kl. den Bekl., dem Kl. eine Sonderbedarfszulassung zur vertragspsychotherapeutischen Versorgung mit Schwerpunkt Verhaltenstherapie im Umfange eines hälftigen Versorgungsauftrags in Berlin Friedrichshain-Kreuzberg am Praxissitz G Straße zu erteilen.

b) Keine Berücksichtigung von in Selektivverträgen eingeschriebenen Patienten

SG Stuttgart, Urteil v. 25.01.2022 - S 4 KA 1744/18

RID 22-04-34

www.juris.de

SGB V § 101 I 1 Nr. 3

Liegt die Auslastung eines MVZ in der vertragsärztlichen Regelversorgung im **Durchschnitt der fachärztlichen Tätigkeit** für die betroffenen Leistungen und ergibt eine Befragung der niedergelassenen Vertragsärzte keinen Anhaltspunkt für einen weiteren Bedarf, muss sich der Berufungsausschuss nicht zu weiteren Ermittlungen veranlasst sehen.

In **Selektivverträgen eingeschriebene Patienten** sind bei der Ermittlung von Sonderbedarf nicht zu berücksichtigen. Dem gesteigerten Bedarf im Rahmen der Selektivverträge kann durch die Anstellung von Ärzten ohne deren eigene Teilnahme am Selektivvertrag im Rahmen des Jobsharings nach § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V hinreichend begegnet werden.

Das **SG** wies die Klage ab.

4. Keine Anstellung zur hausärztlichen Versorgung neben Facharztzulassung

SG Nürnberg, Urteil v. 05.07.2022 - S 13 KA 4/20

RID 22-04-35

SGB V §§ 73 Ia, 95 II 7

Eine **Anstellung** im Rahmen der **hausärztlichen Versorgung** neben einer bereits bestehenden **Zulassung** im Rahmen der **fachärztlichen Versorgung** ist unzulässig. Ein Arzt kann jedenfalls innerhalb eines KV-Bezirks nicht gleichzeitig an der hausärztlichen und an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen. Dies ergibt sich aus BSG, Urt. v. 13.02.2019 - B 6 KA 62/17 R - BSGE 127, 223 = SozR 4-2500 § 73 Nr. 6.

Der Beigel. zu 8), der auch Facharzt für Innere Medizin ist, ist als Facharzt für Innere Medizin und Pneumologie mit vollem Versorgungsauftrag (40 Wochenstunden) zugelassen und in einer überörtlichen BAG tätig. Im Sept. 2019 beantragte die Kl. erfolgreich die Genehmigung zur Anstellung des Beigel. zu 8) als hausärztlich tätigen Internisten im Umfang von 13 Wochenstunden (Bedarfsplanungsanrechnungsfaktor 0,5) zur Nachbesetzung einer Angestelltenstelle eines Facharztes für Allgemeinmedizin. Auf Widerspruch der KV lehnte der Bekl. den Antrag ab. Das **SG** wies die Klage ab.

5. Irrtum über Antrag auf Reduzierung der Zulassung

SG München, Urteil v. 23.06.2022 - S 38 KA 111/20

RID 22-04-36

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 95; Ärzte-ZV § 19a III; SGB X § 40

Leitsatz: I. Bei dem Antrag nach § 19a Abs. 3 Ärzte-ZV (**Reduzierung der Zulassung**) handelt es sich um eine **Willenserklärung**, die der Auslegung zugänglich ist. Für deren Auslegung findet § 133 BGB entsprechend Anwendung, der auch im öffentlichen Recht heranzuziehen ist.

II. Voraussetzung ist aber eine **Auslegungsbedürftigkeit**, die bei einer eindeutigen Willenserklärung zu verneinen ist (Grüneberg, vormals Palandt, Kommentar zum Bürgerlichen Gesetzbuch, Rn. 5 zu § 133).

III. Wird die **Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses** anstelle des Gremiums (Zulassungsausschuss) in unzuständiger Weise tätig und erlässt diese einen **Verwaltungsakt**, ist dieser zwar rechtswidrig. Eine **Nichtigkeit** im Sinne von § 40 SGB X ergibt sich hieraus jedoch nicht (Kopp/Ramsauer, Kommentar zum VwVfG, Rn. 16 zu § 44).

IV. Ein Antrag auf Reduzierung der Zulassung nach § 19a Abs. 3 Ärzte-ZV kann grundsätzlich nach §§ 119 ff BGB **angefochten** werden.

V. **Anfechtungsgrund** nach § 119 Abs. 1 BGB (**Inhaltsirrtum**) ist auch, wenn die Willenserklärung nicht die erstrebten, sondern davon wesentlich verschiedene Rechtsfolgen erzeugt. Allerdings ist der Anwendungsbereich von § 119 Abs. 1 BGB nicht eröffnet, wenn die Willenserklärung außer der erstrebten Wirkung nicht erkannte und nicht gewollte Nebenwirkungen hat (Grüneberg, vormals Palandt, Kommentar zum Bürgerlichen Gesetzbuch, Rn. 15 zu § 119).

Die Kl. wurde im Januar 2011 als Fachärztin für physikalische und rehabilitative Medizin zugelassen. Im Zeitraum vom 01.04.2011 bis 30.06.2012 wurde die Zulassung auf Antrag der Kl. auf die Hälfte beschränkt. Danach wurde die Beschränkung wieder aufgehoben und der Kl. abermals die Vollzulassung erteilt. Die Kl. beantragte im Januar 2018, ab dem 01.02.2019 den Versorgungsauftrag auf die Hälfte eines vollzeitigen Versorgungsauftrages zu beschränken. Dem Antrag gab der Zulassungsausschuss am 27.02.2019 statt. Mit Schreiben vom 23.07.2019 beantragte die Kl. unter der Wohnanschrift die Aufhebung des Beschlusses, ggf. Abänderung in ein „Ruhe“ der hälftigen Zulassung. Denn sie habe keine Beschränkung gewollt, sondern nur ein hälftiges „Ruhe“ wegen der Ausübung einer Teilzeitstelle. Die Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses teilte mit Schreiben vom 10.09.2019 mit, der Zulassungsausschuss könne eine Beschränkung nach § 19a Abs. 3 Ärzte-ZV nicht aufheben, da mittlerweile vom Landesausschuss am 05.02.2019 Zulassungsbeschränkungen angeordnet worden seien. Gegen das Schreiben legte die Kl. erfolglos Widerspruch ein. Das **SG** wies die Klage ab.

6. Öffentliches Interesse an sofortiger Vollziehung einer SPZ-Ermächtigung

LSG Bayern, Beschluss v. 08.11.2022 - L 12 KA 17/22 B ER
SGB V § 119; SGG § 86b

RID 22-04-37

Ein **ungedeckter Bedarf** an sozialpädiatrischen Leistungen und die dringende Notwendigkeit eines weiteren Sozialpädiatrischen Zentrums (SPZ) begründen das Vorliegen eines **öffentlichen Interesses** i.S.d. § 97 Abs. 4 SGB V, weil ohne Sofortvollzugsanordnung bis zur rechtskräftigen Entscheidung über eine offensive und defensive Konkurrentenklage der große Bedarf an sozialpädiatrischen Leistungen weiterhin in ganz erheblichem Ausmaß ungedeckt bleibt.

Der Ast zu 1), ein stationär tätiges Universitätsklinikum mit einem SPZ, wurde erneut befristet bis zum 30.06.2026 ermächtigt. Dagegen legte die Ast zu 2), ein Klinikum, sowie die Beigel. zu 8), Trägerin zweier Kinderkliniken, die selbst die Erteilung einer SPZ-Ermächtigung begehren, Widerspruch zum Berufungsausschuss ein. Der Ag. ermächtigte den Ast zu 1) zum Betrieb eines SPZ mit drei sozialpädiatrischen Teams (befristet bis zum 30.06.2026) und ordnete die sofortige Vollziehung der Entscheidung an, ferner ermächtigte er die Beigel. zu 8) zum Betrieb eines SPZ mit zwei sozialpädiatrischen Teams befristet bis zum 30.06.2026 und ordnete ebf. die sofortige Vollziehung der Entscheidung an. **SG Nürnberg**, Beschl. v. 01.07.2022 - S 13 KA 2/22 ER - lehnte den Antrag des Ast. zu 1) auf Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung seiner Klage gegen den angefochtenen Beschluss ab und stellte auf den Antrag der Ast. zu 2) die aufschiebende Wirkung deren Klage gegen den Beschluss wieder her unter der Auflage, dass bis 31.12.2022 Patienten im SPZ der Beigel. zu 8) erstmals und fortlaufend behandelt werden dürfen, mit denen bis zur Zustellung dieses Beschlusses bereits ein Ersttermin vereinbart worden war, sowie unter der weiteren Auflage, dass keine Werbung für das SPZ betrieben wird. Im Übrigen lehnte es den Antrag der Ast. zu 2) ab. Das **LSG** lehnte auf Beschwerde des Ag. und der Beigel. zu 8) den Antrag der Ast. zu 2) auf Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung ihrer Klage insgesamt ab.

7. Fortsetzungsfeststellungsklage: Kein Feststellungsinteresse bei weiterem Klageverfahren

SG Hannover, Urteil v. 14.09.2022 - S 24 KA 164/20

RID 22-04-38

www.juris.de

SGG §§ 96, 131 I 3

Leitsatz: Das Feststellungsinteresse für eine **Fortsetzungsfeststellungsklage** unter dem Gesichtspunkt der Wiederholungsgefahr besteht nicht (mehr), wenn der Kläger in einem **weiteren Klageverfahren** die Klärung der streitigen Rechtsfrage im Wege der (vorrangigen) Leistungs- bzw. Bescheidungsklage verfolgt und beide Klagen entscheidungsreif sind.

Der Kl. ist Facharzt für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Pneumologie und der Weiterbildung Schlafmedizin. Er ist zudem Chefarzt der Abteilung Pneumologie, Schlaf- und Beatmungsmedizin. Die Beteiligten streiten um den notwendigen Umfang einer Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung für den Bereich der Polysomnographie im Rahmen der Differentialdiagnostik und Therapie der schlafbezogenen Atmungsstörung. Das **SG** wies die Klage als unzulässig ab.

VI. Angelegenheiten der KBV und des GKV-Spitzenverbands

Nach BSG, Urt. v. 17.11.2022 - B 6 KA 9/21 R - kommt die Vereinbarung einer Vergütung nach § 120 Abs. 2 SGB V von vorneherein nur in Betracht, wenn es sich bei der Orthopädieambulanz der Kl. um eine **Hochschulambulanz** im Sinne des § 117 Abs. 1 Satz 1 SGB V handelt. Dies ist im Rahmen der Überprüfung der Rechtmäßigkeit des Schiedsspruchs der Beklagten inzident zu prüfen. Für die Annahme einer gesetzlich ermächtigten Hochschulambulanz genügt es insb. nicht, dass der Landeskrankenhausplan 2018 in Bezug auf das Klinikum auf eine Nutzungsvereinbarung mit der Kl. verweist. Die zwischen dem Träger eines Krankenhauses und einer Hochschule bzw. einer Hochschulklinik geschlossene Kooperation muss gewisse **Mindestanforderungen** erfüllen, insb. muss die wissenschaftlich-medizinische Leitung der Einrichtung durch den **Lehrstuhlinhaber** des jeweiligen Fachbereiches sichergestellt sein, der in seiner Funktion als Lehrstuhlinhaber die Leitungskompetenz und in fachlich-medizinischer Hinsicht die Gesamtverantwortung in der Hochschulambulanz trägt. Unschädlich ist es dagegen, wenn der kooperierende Träger daneben ein Krankenhaus der allgemeinen Krankenversorgung betreibt. Sollte das LSG die vorgenannten Vorgaben für eine Hochschulambulanz feststellen und bejahen können, stellt sich die teilweise Aufhebung des Schiedsspruchs mit der Verpflichtung der bekl. Schiedsstelle zur Neubescheidung allerdings als rechtmäßig dar. Das LSG ist zutreffend davon ausgegangen, dass der **Grundsatz der Beitragssatzstabilität** (§ 71 Abs. 1 SGB V) auch im Bereich der **Leistungsvergütungen von Hochschulambulanzen** Anwendung findet. Ausnahmen von diesem Grundsatz sind abschließend gesetzlich geregelt. Entgegen der Ansicht des LSG existiert aber kein Ausnahmetatbestand „einer signifikanten Änderung der Sach- oder Rechtslage“. Grund für ein Überschreiten der

Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 SGB V können daher nicht allein die gesetzlichen Änderungen durch das GKV-VSG oder die nachgehende Umsetzung durch das untergesetzliche Regelwerk sein. Es kommt vielmehr darauf an, ob und inwieweit sich diese normativen Veränderungen tatsächlich auf die wirtschaftliche Betriebsführung der Hochschulambulanz ausgewirkt haben. Die **Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung** als Grundlage für plausible Vergütungsverhandlungen ist anhand des im Leistungserbringerrechts angewandten **zweistufigen Prüfschemas des BSG** zu beurteilen. Soweit dabei auf der ersten Prüfstufe zunächst die prognostischen voraussichtlichen Gestehungskosten plausibel und nachvollziehbar zu kalkulieren und darzulegen sind, geht es, wenn - wie hier - an vorangegangene Vergütungen angeknüpft wird, nur um die Frage, ob **Veränderungen eingetreten sind, die eine Erhöhung der zuvor vereinbarten Vergütung rechtfertigen**. Insofern hat das LSG die Aufhebung des Schiedsspruches zu Recht damit begründet, dass die Beklagte verpflichtet gewesen wäre, den Sachverhalt im Rahmen der Amtsermittlung weiter aufzuklären. Sie hätte die Prüfung der Wirtschaftlichkeit der streitigen Vergütungshöhe nicht schon wegen fehlender Darlegungen der Klägerin auf der ersten Prüfstufe einstellen dürfen, ohne die Klägerin darauf hinzuweisen, welche weiteren Angaben oder Berechnungen zu der geltend gemachten Kostensteigerung gegenüber der Vereinbarung für das Jahr 2017 fehlten. Anlass hierfür bestand auch deshalb, weil nach den von den Beigeladenen vorgelegten Daten zweier Vergleichshäuser ersichtlich auch höhere Fallpauschalen, als von der Beklagten festgesetzt, für die hier streitigen Jahre vereinbart worden sind.

1. Keine einstweilige Anordnung für Vertragsarzt gegen Änderung der Mutterschaftsrichtlinie

LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 30.06.2022 - L 7 KA 8/22 ER

RID 22-04-39

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGG §§ 10 II 2 Nr. 1, 29 IV Nr. 3, 86b;

Für eine **Regelungsanordnung** muss zumindest **glaubhaft** sein, dass dem Ast. ohne die begehrte einstweilige Anordnung bei Abwarten eines Hauptsacheverfahrens wesentliche, i.d.R. unzumutbare Nachteile entstehen. Ein solcher wesentlicher Nachteil liegt insb. vor, wenn der Ast. konkret in seiner wirtschaftlichen Existenz bedroht ist oder ihm sogar die Vernichtung der Lebensgrundlage droht. Auch erhebliche wirtschaftliche Nachteile, die entstehen, wenn das Ergebnis eines langwierigen Verfahrens abgewartet werden müsste, können ausreichen.

Ein Vertragsarzt kann sich auf die **Rechte und Interessen seiner Patientinnen** von vornherein nicht berufen, denn darin läge eine unstatthafte Popularklage.

Einem Vertragsarzt ist es zuzumuten, sich gegen einen möglichen, aber nicht ansatzweise absehbaren **Regress**, der wegen der etwaigen Nichtbeachtung der Anwendungsregelung der Mu-RL bei der Behandlung Versicherter erfolgt, ggf. auch mittels einstweiligen Rechtsschutzes, zur Wehr zu setzen. Dies gilt entsprechend für etwaige **Disziplinarmaßnahmen**.

Das Verfahren einstweiligen Rechtsschutzes kann nicht primär dazu dienen, etwaige **Normenunklarheiten** durch gerichtliche Auslegung zu beseitigen; umgekehrt kann es nur um die Abwehr zu befürchtender individueller Nachteile gehen.

Das **LSG** lehnte den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung - Es wird angeordnet, dass die Beschlüsse des Ag. v. 19.09.2019 und v. 19.08.2021 zur Änderung der Mutterschaftsrichtlinie in der Zusammenschau gegenüber dem Ast. bis zur Entscheidung in der Hauptsache insoweit nicht zur Anwendung kommen, als dass der Ast. die Abrechnung von NIPT-Testungen ab dem 01.07.2022 zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) über den EBM vornehmen kann, so lange aus medizinischer Sicht ein Risiko für Schwangere besteht, dass bei ihrem Kind Trisomie 21, 18 oder 13 vorliegt - ab.

VII. Bundessozialgericht (BSG)

1. Psychotherapeuten: Strukturzuschlag für ermächtigte Ausbildungsinstitute

BSG, Urteil v. 26.01.2022 - B 6 KA 4/21 R

RID 22-04-40

SozR 4-2500 § 117 Nr. 8 = GesR 2022, 456 = MedR 2022, 761

Leitsatz: 1. Die Regelung, wonach **Strukturzuschläge** in Abhängigkeit vom Versorgungsauftrag und dem Auslastungsgrad des einzelnen **Psychotherapeuten** nur bis zu einer definierten Maximalpunktzahl berechnungsfähig sind, findet auf staatlich anerkannte **Ausbildungsstätten** für Psychotherapie mangels zugewiesenen Versorgungsauftrags keine unmittelbare Anwendung.

2. Konnte eine staatlich anerkannte Ausbildungsstätte für Psychotherapie zum Zeitpunkt der Quartalsabrechnung keine Vergütungsansprüche gegenüber der Krankenkasse geltend machen, weil die Rechtsgrundlage hierfür erst zu einem späteren Zeitpunkt durch rückwirkende Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen geschaffen wurde, ist ein **Nachvergütungsverlangen** nicht allein deshalb verwirkt, weil sich das Ausbildungsinstitut eine Nachvergütung nicht vorbehalten hat.

2. Sachlich-rechnerische Richtigstellung

a) Plausibilitätsprüfung

aa) Normativer Charakter der Kalkulations- und Prüfzeiten

BSG, Beschluss v. 07.09.2022 - B 6 KA 30/21 B

RID 22-04-41

www.juris.de

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Thüringen*, Urt. v. 16.06.2021 - L 11 KA 1236/17 - wird zurückgewiesen.

Der Senat hat bereits entschieden, dass diese **Kalkulations- und Prüfzeiten normativen Charakter** haben und so bemessen sein müssen, dass sie auch von erfahrenen und zügig arbeitenden Ärzten für eine ordnungsgemäße Leistungserbringung benötigt werden (BSG, Urt. v. 15.07.2020 - B 6 KA 15/19 R - SozR 4-5531 Nr. 31822 Nr. 1 Rn. 24). Auch hat der Senat den „gleichen normativen Rang“ von Leistungslegende und Prüfzeit betont (BSG aaO. Rn. 24). Zudem ist geklärt, dass auch bei der Festlegung der Zeitvorgaben im EBM nach § 87 Abs. 2 Satz 1 SGB V die Gerichte den dem Bewertungsausschuss in seiner Funktion als Normgeber zukommenden **Gestaltungsspielraum** zu respektieren haben (BSG, Urt. v. 24.10.2018 - B 6 KA 42/17 R - BSGE 127, 43 = SozR 4-2500 § 106a Nr. 19 Rn. 13; BSG, Urt. v. 24.10.2018 - B 6 KA 43/17 R - juris Rn. 14 = MedR 2019, 598).

Es ist in der Senatsrspr. geklärt, dass es in erster Linie Sache des Arztes ist, begründete **Zweifel an der Richtigkeit der Abrechnung** auszuräumen. Diese **Obliegenheit** ist umso ausgeprägter, je gravierender die Hinweise auf Abrechnungsfehler sind. Als Anspruchsteller trifft den Arzt grundsätzlich die Feststellungslast hinsichtlich der Voraussetzungen für seinen Vergütungsanspruch (BSG, Beschl. v. 06.09.2000 - B 6 KA 17/00 B - juris Rn. 8; BSG, Beschl. v. 17.03.2016 - B 6 KA 60/15 B - juris Rn. 11; BSG, Urt. v. 13.05.2020 - B 6 KA 6/19 R - SozR 4-2500 § 106d Nr. 8 Rn. 2).

bb) Gemeinsame Behandlung von Patienten

BSG, Beschluss v. 07.09.2022 - B 6 KA 37/21 B

RID 22-04-42

www.juris.de

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Rheinland-Pfalz*, Urt. v. 04.11.2021 - L 5 KA 5/17 - wird zurückgewiesen.

Der Senat ist in seiner Rspr. stets von einer **hohen Quote der gemeinsamen Behandlung von Patienten** ausgegangen, die grundsätzlich die Annahme eines Rechtsformmissbrauchs trägt. Weitere Umstände, die auf einen Missbrauch hindeuten, hat der Senat mehrfach angesprochen, aber nicht gefordert, dass neben einer auffälligen Patientenidentität stets zusätzliche Sachverhalte eines Formenmissbrauchs gegeben sein müssen. Vielmehr hat er betont, dass es sich einer generellen Festlegung entzieht, ob bei einer nur in geringem Maße auffälligen Patientenidentität und plausiblen Erklärungen dafür die Feststellung eines Formenmissbrauchs das Vorliegen weiterer Anhaltspunkte erfordert. Lediglich bei einem Vom-Hundert-Satz gemeinsam behandelter Patienten von über 50 % in einem Quartal ist im Regelfall „ohne Weiteres ein Missbrauch der Rechtsform der „Praxisgemeinschaft“ anzunehmen.

Lässt die **Verteilung der unterdurchschnittlichen Quartale** im Zeitablauf **nur einzelne Ausreißer**, nicht aber eine Entwicklung hin zu einer geringeren Patientenidentität erkennen, kann dies für eine zufällige Verschiebung innerhalb der Quartale sprechen, nicht aber für geänderte Praxisabläufe.

b) Umfang der Dokumentationspflicht

BSG, Beschluss v. 07.09.2022 - B 6 KA 8/22 B

RID 22-04-43

www.juris.de

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Bayern*, Urt. v. 20.10.2021 - L 12 KA 4/20 - wird zurückgewiesen.

Nach der Rspr. des Senats ist der Arzt seit jeher verpflichtet, die bei der Behandlung eines Patienten gemachten Feststellungen und durchgeführten Behandlungsmaßnahmen zu **dokumentieren**. Bereits nach § 57 Abs. 1 BMV-Ä hat der Vertragsarzt die Befunde, die Behandlungsmaßnahmen sowie die

veranlassten Leistungen einschließlich des Tages der Behandlung „in geeigneter Weise zu dokumentieren“. Wenn dazu keine weitergehenden Anforderungen z.B. in der Leistungslegende formuliert werden, ist bereits geklärt, dass sich Inhalt und Umfang der erforderlichen Dokumentation grundsätzlich nach den **medizinischen Erfordernissen** richten. Welche Dokumentationserfordernisse hieraus konkret folgen, richtet sich nach der jeweiligen medizinischen Behandlung. Aus den medizinischen Erfordernissen kann damit die Notwendigkeit einer Dokumentationspflicht für die jeweilige Behandlung folgen, auch wenn die einschlägige Leistungslegende des EBM-Ä selbst keine weitergehenden Anforderungen diesbezüglich enthält.

In der Rspr. des Senats ist geklärt, dass sich im Regelfall aus der Anwendung der Grundsätze zur **Auslegung der Leistungslegende** der Bewertungsmaßstäbe im ärztlichen und zahnärztlichen Bereich auf eine konkrete Gebührensatznummer eine **grundsätzliche Bedeutung der Rechtssache** auch dann nicht ergibt, wenn sich das BSG mit dieser konkreten Position noch nicht ausdrücklich befasst hat.

Der Kl., ein hausärztlicher Internist, wandte sich erfolglos gegen eine Gesamtrückforderung von (zunächst) 55.375 € für die Quartale I/12 bis I/15. Dabei kürzte die bekl. KV die vom Kl. abgerechneten Leistungen nach den GOP 35100 (Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände), 35110 (Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen), 03360 (Hausärztlich-geriatriches Basisassessment) und 03362 (Hausärztlich-geriatricher Betreuungskomplex) des EBM. **SG München**, Urt. v. 23.10.2019 - S 49 KA 59/18 - juris hob hinsichtlich der GOP 03360 und 03362 EBM die angefochtenen Bescheide auf und verurteilte die Bekl., über die Rückforderung erneut zu entscheiden. Im Übrigen wies es die Klage ab. Während des Berufungsverfahrens änderte die Bekl. die angefochtenen Bescheide ab, soweit bei der Rückforderungsberechnung die Honorarkürzungen wegen Verletzung der Pflicht zur fachlichen Fortbildung nach § 95d SGB V in den Quartalen III/14 bis I/15 nicht berücksichtigt wurden, und reduzierte die Rückforderungssumme auf 53.085,75 €. Das **LSG** wies auf die Berufung der Bekl. die Klage in vollem Umfang ab und wies die Berufung des Kl. zurück.

c) Beziehung der Honorarbescheide

BSG, Beschluss v. 29.06.2022 - B 6 KA 7/21 B

RID 22-04-44

www.juris.de

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen **LSG Mecklenburg-Vorpommern**, Urt. v. 18.11.2020 - L 1 KA 3/15 - juris wird zurückgewiesen.

Allein aus dem Umstand, dass die **Honorarbescheide** weder vom SG noch vom LSG beigezogen worden sind, kann nicht gefolgert werden, dass diese nicht mehr vorliegen. Es existiert im Übrigen auch keine generelle Verpflichtung im gerichtlichen Verfahren um die **Rechtmäßigkeit von sachlich-rechnerischen Richtigstellungen**, die berichtigten Honorarbescheide beizuziehen, zumal wenn - wie hier - die den maßgeblichen Zeitraum betreffenden Auszüge aus dem Honorarkonto der Kl. vorliegen. Zwar wird die Beziehung auch der Honorarbescheide regelmäßig sinnvoll sein. Wenn dies in der Tatsacheninstanz nicht geschieht, kann die Kl. einen **Verfahrensmangel** darauf jedoch nur stützen, wenn sie zuvor einen entsprechenden **Beweisantrag** gestellt hat.

SG Schwerin, Urt. v. 17.09.2014 - S 3 KA 23/10 - RID 15-02-20 hob den Berichtigungsbescheid v. 24.03.2004 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides v. 02.03.2010 für die Quartale III/92 bis II/99 mit einer Honorarrückforderung in Höhe von insgesamt 12.682.158,28 € gegen eine Laborärztin auf. Die KV warf der Kl. vor, sie sei im Zulassungsverfahren als selbständig in freier Praxis tätige Ärztin aufgetreten, habe tatsächlich aber in einem arbeitnehmerähnlichen Verhältnis zu Dr. K gestanden. Das SG hatte die Bescheide mit der Begründung aufgehoben, dass die Richtigstellung aufgrund des Ablaufs der vierjährigen Ausschlussfrist nur bei Vorliegen eines Vertrauensausschlussstatbestands nach § 45 Abs. 2 Satz 3, Abs. 4 Satz 1 SGB X zulässig sei. Auf die Berufung der Kl. hat das **LSG** das Urt. des SG geändert und die angefochtenen Bescheide insoweit aufgehoben, als sie Honorarrückforderungen für die Quartale III/92 bis II/96 zum Gegenstand hatten.

d) Zuschläge für Simultaneingriffe mit Haupteingriff der Kategorie 7

BSG, Urteil v. 26.01.2022 - B 6 KA 8/21 R

RID 22-04-45

SozR 4-5531 Nr 31148 Nr. 1 = ZMGR 2022, 164 = SGB 2022, 617

Leitsatz: Die Abrechnung von **Zuschlägen für ambulante Operationen** setzt bei einem **Haupteingriff der Kategorie 7** auch dann die Überschreitung einer Schnitt-Naht-Zeit von 120 Minuten voraus, wenn zusätzlich ein Simultaneingriff durchgeführt wird.

3. Auslagerung von Praxisräumen: Merkmal der „räumlichen Nähe“

BSG, Urteil v. 06.04.2022 - B 6 KA 12/21 R

RID 22-04-46

SozR 4-5520 § 24 Nr. 15 = GesR 2022, 648 = KrV 2022, 202

Leitsatz: Die **räumliche Nähe von ausgelagerten Praxisräumen** zum Vertragsarztsitz ist gewahrt, wenn der Vertragsarzt den Vertragsarztsitz innerhalb eines Zeitraums von maximal 30 Minuten aufsuchen kann.

4. „Bedarfsgerechtigkeit“ i.S.d. § 121a Abs. 2 SGB V

BSG, Beschluss v. 29.06.2022 - B 6 KA 19/21 B

RID 22-04-47

www.juris.de

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen **LSG Bayern**, Urt. v. 03.03.2021 - L 12 KA 70/19 - RID 22-04-15 wird zurückgewiesen.

Das BSG hat den Begriff der „**Bedarfsgerechtigkeit**“ i.S.d. **§ 121a Abs. 2 SGB V** schon hinreichend konkretisiert. Danach schließt das Merkmal „bedarfsgerecht“ die Prüfung ein, ob andere Leistungserbringer schon in ausreichendem Maße die infrage stehenden Leistungen erbringen. Der Genehmigungsbehörde steht dabei ein der gerichtlichen Überprüfung nur eingeschränkt zugänglicher **Beurteilungsspielraum** zu. Es hält sich im Rahmen dieser Maßstäbe, wenn die **Genehmigungsbehörde generelle Prüfkriterien bestimmt**, welche sie ihrer nach § 121a SGB V zu treffenden Entscheidung zugrunde legt. Es ist nicht zu beanstanden, wenn die Genehmigungsbehörde zur Bestimmung der Bedarfsgerechtigkeit **Planungsbereiche** festlegt und allgemeine und örtliche **Verhältniszahlen** bestimmt und diese in ein Verhältnis zueinander setzt. Für die Ermittlung der bundesweiten Verhältniszahl kann als Stichtag der Stand der Versorgung am 31.12.1998 festgelegt werden.

Es ist hinreichend geklärt, dass im Rahmen der sog. **offensiven Konkurrentenklage** Mitbewerber um eine nur einmal zu vergebende Berechtigung berechtigt sind, den dazu erlassenen Verwaltungsakt anzufechten. Es liegt auf der Hand, dass dies auch bei erteilten Genehmigungen zur Durchführung künstlicher Befruchtungen nach § 121a SGB V gilt. Der Senat hat in diesem Bereich sogar die Zulässigkeit von defensiven Konkurrentenklagen bejaht (BSG, Urt. v. 30.10.2013 - B 6 KA 5/13 R - SozR 4-2500 § 121a Nr. 4).

5. Dialyseversorgungsauftrag: Berechtigtes Interesse für Feststellungsklage

BSG, Urteil v. 04.11.2021 - B 6 KA 13/20 R

RID 22-04-48

SozR 4-5540 Anl 9.1 Nr. 15

Leitsatz: 1. Ein Erbringer von **Dialyseleistungen**, der berechtigt wäre, die Genehmigung eines weiteren Dialyseversorgungsauftrags durch die Kassenärztliche Vereinigung (KÄV) an einen Konkurrenten anzufechten, hat ein **berechtigtes Interesse** an der **Feststellung**, ob die Auffassung der KÄV zutrifft, nach der der Dialyseversorgungsauftrag des Konkurrenten bereits besteht.

2. Ein Erbringer von Dialyseleistungen hat kein **berechtigtes Interesse an der Feststellung**, ob die KÄV zur **Entziehung eines Dialyseversorgungsauftrags** gegenüber einem Konkurrenten wegen der Verletzung von Qualitätsvorgaben verpflichtet ist.

6. Wirtschaftlichkeitsprüfung: Einzelleistungsvergleich/Kompensatorische Einsparungen

BSG, Beschluss v. 14.09.2022 - B 6 KA 14/22 B

RID 22-04-49

www.juris.de

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Bayern*, Urt. v. 03.11.2021 - L 12 KA 5009/20 - wird als unzulässig verworfen.

Es ist in der Rspr. des Senats bereits geklärt, dass eine Wirtschaftlichkeitsprüfung nach Durchschnittswerten auch auf **Einzelleistungswerte** - also auf einzelne Gebührenordnungsziffern des EBM bzw. des BEMA-Z - bezogen werden kann. Eine derartige, auf Teilbereiche der ärztlichen Tätigkeit beschränkte Gegenüberstellung von Fallkosten ist - unter der Voraussetzung einer hinreichenden Vergleichbarkeit - zulässig, da der Vertragsarzt verpflichtet ist, in dem Sinne umfassend wirtschaftlich zu behandeln, dass das Wirtschaftlichkeitsgebot auch in jedem Teilbereich seiner Tätigkeit gewahrt ist. Der Senat hat es zudem als zulässig erachtet, bei Einzelleistungsprüfungen die **Grenze zum offensichtlichen Missverhältnis** typisierend beim Doppelten des Fachgruppendurchschnitts zu ziehen, allerdings hat der Senat auch betont, dass dieser Wert keine absolute Untergrenze darstellt, sondern unterschritten werden kann.

Die Anerkennung **kompensierender Einsparungen** setzt voraus, dass zwischen dem Mehraufwand auf der einen und den Kostenunterschreitungen auf der anderen Seite ein kausaler Zusammenhang besteht. Die Darlegungs- und Beweislast für die Einwendungen liegt beim Vertrags(zahn)arzt. Macht er kompensatorische Einsparungen geltend, so muss er das Vorliegen der Einsparungen, den methodischen Zusammenhang mit dem Mehraufwand, die medizinische Gleichwertigkeit und die kostenmäßigen Einsparungen darlegen und ggf. nachweisen. Wenn der erforderliche Nachweis nicht gelingt, so geht das nach dem Grundsatz der objektiven Beweislast zu Lasten des Arztes.

7. Anstellung der BAG-Gesellschafter durch BAG als MVZ-Träger

BSG, Urteil v. 26.01.2022 - B 6 KA 2/21 R

RID 22-04-50

BSGE 133, 220 = SozR 4-2500 § 103 Nr. 33 = GesR 2022, 518 = ZMGR 2022, 211

Leitsatz: Die **Anstellung eines Arztes** in einem **Medizinischen Versorgungszentrum** kann nur genehmigt werden, wenn der Arzt dort eine **abhängige Beschäftigung** und keine selbstständige Tätigkeit ausübt.

B. KRANKENVERSICHERUNGSRECHT

I. Vertrags(zahn)ärztliche Behandlung

1. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

a) LDL-Apheresetherapie: Indikationsbejahung durch Apheresetherapie-Kommission der KV

SG Hannover, Urteil v. 23.02.2022 - S 19 KR 969/18

RID 22-04-51

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 27 I 1, 92 I 2 Nr. 5, 135 I 1

Wird von der **Apheresetherapie-Kommission der KV** die Indikation der Voraussetzungen des § 3 der Nr. 1 der Anlage I der Methoden-Richtlinie bejaht, so ist die **Krankenkasse** an dieses Votum grundsätzlich **gebunden**, was bedeutet, dass die Kommission hinsichtlich der medizinischen Voraussetzungen der Apheresetherapie eine Letztentscheidungskompetenz hat; dies ergibt sich anhand der Auslegung der Richtlinie nach deren Wortlaut, dem Sinn und Zweck der Regelungen und der Systematik in der Richtlinie. Allenfalls in besonders krassen Ausnahmefällen, insb. bei offensichtlichen Fehlern lässt sich eine Ausnahme von der Verbindlichkeit der Entscheidung begründen.

Das **SG** verurteilte die Bekl., den Kl. für die Zeit vom 02.07.2018 bis 22.04.2019 mit der Lipidapheresetherapie als Sachleistung zu versorgen.

b) Analyse-Methode (sog. Liquid Biopsy)

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 02.08.2022 - L 11 KR 2496/20

RID 22-04-52

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 13 III, 27, 92 I 2 Nr. 5, 135 I

Leitsatz: Bei einem **Ovarialkarzinom** gehört die **Tumordiagnostik** mittels einer **Liquid Biopsy** nicht zum Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung.

SG Reutlingen, Urt. v. 25.06.2020 - S 9 KR 3268/18 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

c) Computertomographie bei prostataspezifischem Membranantigen (PSMA-PET-CT)

SG Hamburg, Urteil v. 15.08.2022 - S 56 KR 3173/19

RID 22-04-53

www.juris.de

SGB V §§ 2 Ia, 13 III, 27 I, 135 I 1

Bei einer Positronen-Emissions-Tomographie in Kombination mit einer Computertomographie bei prostataspezifischem Membranantigen (PSMA-PET-CT) handelt es sich um eine **neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode**. Für diese Indikation hat der GBA keine Empfehlung ausgesprochen.

Soll eine PSMA-PET-CT aufklären, ob ein lokales **Tumorrezidiv** oder bereits Metastasen vorliegen, steht eine Erkrankung mit **tödlichem Verlauf** im Raume.

Die PET-CT ist die **geeignetste und sicherste Methode** zur Feststellung einer Metastasierung, wenn eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung nicht zur Verfügung steht.

Versäumt es die Krankenkasse, den Versicherten über den spätestmöglichen Zeitpunkt ihrer Entscheidung zu informieren und ihm so eine zeitliche Vorstellung über seine Behandlungsplanung zu eröffnen, so kann er jedenfalls nach Ablauf von vier Wochen nach Antragstellung wegen **Unaufschiebbarkeit** eine PET-CT durchführen lassen, wenn der PSA-Wert die Schwelle zur Feststellung eines Rezidivs überschreitet.

Das **SG** verurteilte die Bekl., dem Kl. die Kosten für die durchgeführte Positronen-Emissions-Tomographie in Kombination mit einer Computertomographie in Höhe von 1.808,26 € nebst Zinsen zu erstatten.

d) Antibiotika-augmentierte Thermoeradikation (ATT) bei Borreliose

SG München, Urteil v. 26.10.2022 - S 59 KR 650/22

RID 22-04-54

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 135 I 1

Leitsatz: Die **Antibiotika-augmentierte Thermoeradikation (ATT)** bei Borreliose stellt eine **neue Behandlungsmethode** dar, die nach § 135 SGB V nicht von den gesetzlichen Krankenkassen zu erbringen ist, weil es an einer Empfehlung der Gemeinsamen Bundesausschusses fehlt und zudem die **Hyperthermie** von der vertragsärztlichen Versorgung ausdrücklich ausgeschlossen ist.

Das **SG** wies die Klage ab.

2. Psychotherapeutensuche: Mitwirkungspflicht der Versicherten/Aufgabe der Krankenkasse

SG Hamburg, Beschluss v. 08.05.2022 - S 21 KR 703/22 ER

RID 22-04-55

www.juris.de

SGB V §§ 27 I 2, 76 I 1

Eine Versicherte kommt ihrer **Mitwirkungspflicht** hinreichend nach, indem sie sich selbst aktiv an der Suche nach einem Psychotherapeuten beteiligt (hier: fünf erfolglose Anfragen bei psychotherapeutischen Praxen) und nicht von vornherein auf einen bestimmten Psychotherapeuten als künftigen Behandler festgelegt und von der **Krankenkasse** keine **Vorschläge** konkreter psychotherapeutischer Praxen erfolgen. Der Verweis der Krankenkasse auf die **Terminservicestelle** verfängt nicht, denn diese kann bekanntlich nur Termine für psychotherapeutische Erstgespräche und eine ggf. erforderliche Akutbehandlung vermitteln. Daneben reicht ein pauschaler **Verweis auf die Internetseiten der Kassenärztlichen Vereinigungen** nicht aus.

Das **SG** verpflichtete die Ag. im Wege der einstweiligen Anordnung vorläufig, die Kosten für die Durchführung für bis zu 4 probatorische Sitzungen sowie eine Kurzzeittherapie im Umfang von bis zu 24 Einzelsitzungen bei dem Dipl. Psych. B.C. gemäß Kostenvoranschlag v. 01.12.2021 zu übernehmen.

3. Kryokonservierung

a) Keine Kostenübernahme der Kryokonservierung imprägnierter Eizellen

SG München, Gerichtsbescheid v. 10.08.2022 - S 7 KR 2383/21

RID 22-04-56

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 13 III 1, 27a IV 1

§ 27a Abs. 4 Satz 1 SGB V sieht nur die **Kryokonservierung von unbefruchteten Eizellen** vor. Nach dem Normzweck und der Gesetzesbegründung ist die Kryokonservierung **imprägnierter Eizellen** ausgeschlossen.

Das **SG** wies die Klage ab.

b) Kostenübernahme erst nach Erlass der Richtlinie des GBA

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 14.10.2022 - L 16 KR 256/21

RID 22-04-57

www.juris.de

SGB V § 27a IV

Ein Sachleistungsanspruch bestand zum Zeitpunkt der Spermientnahme und Beginn der Lagerung am 20.11.2019 noch nicht. Zwar wurde § 27a Abs. 4 SGB V zum 11.05.2019 eingeführt. Ein **Anspruch** gegen die gesetzlichen Krankenkassen bestand nicht bereits mit **Erlass des § 27a Abs. 4 SGB V**, sondern erst mit Erlass der **Richtlinien durch den GBA**. Vor Erlass einer solchen Richtlinie fehlen wesentliche Aussagen über die Voraussetzungen einer Kryokonservierung als Sachleistung durch die Krankenkassen. Der gesetzliche Leistungsanspruch des § 27a Abs. 4 SGB V verdichtet sich damit erst mit Erlass der Richtlinie zu einem durchsetzbaren Einzelanspruch (so auch LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 12.07.2022 - L 11 KR 98/22 - RID 22-03-42).

SG Hannover, Urt. v. 28.04.2021 - S 93 KR 805/20 - verurteilte die Bekl., dem Kl. die bisher im Zusammenhang mit der durchgeführten Kryokonservierung nachgewiesenen Kosten in Höhe von 909,35 € zu

erstatten sowie darüber hinausgehende, bereits angefallene oder zukünftig anfallende jährliche Verwahrungsgebühren zu übernehmen. Das **LSG** wies die Klage ab.

4. Zahnärztliche Behandlung: Zahnlosigkeit infolge Kieferatrophie

LSG Mecklenburg-Vorpommern, Urteil v. 20.04.2021 - L 6 KR 105/17

RID 22-04-58

www.juris.de

SGB V § 28 II 9

Zahnlosigkeit infolge Kieferatrophie fällt nicht unter die Ausnahmeindikationen nach § 28 Abs. 2 Satz 9 SGB V. Das gilt selbst dann, wenn der Versicherte **keine Behandlungsalternative** hat (BSG, Urt. v. 19.06.2001 - B 1 KR 23/00 R - SozR 3-2500 § 28 Nr. 6, juris Rn.19; BSG, Urt. v. 19.06.2001 - B 1 KR 4/00 R - BSGE 88, 166 = SozR 3-2500 § 28 Nr. 5).

SG Schwerin, Gerichtsbb. v. 30.08.2017 - S 25 KR 14/17 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück. **BSG**, Beschl. v. 09.05.2022 - B 1 KR 5/21 BH - RID 22-04-133 lehnte den Antrag des Kl., ihm Prozesskostenhilfe für das Verfahren der Beschwerde gegen die Nichtzulassung der Revision zu bewilligen und einen Rechtsanwalt beizuordnen, ab.

II. Stationäre Behandlung

Nach BSG, Urt. v. 18.08.2022 - **B 1 KR 29/21 R** - und - **B 1 KR 38/21 R** - wurde bereits mit BSG, Urt. v. 26.04.2022 - B 1 KR 20/21 R - entschieden, wann Versicherte auch nach Erlass einer **Erprobungsrichtlinie** Anspruch auf die Versorgung mit **Potentialleistungen** haben. Das LSG hat seine Entscheidung noch an der vom Senat im März 2021 aufgegebenen Rechtsprechung zu § 137c III SGB V ausgerichtet und deswegen zu den Voraussetzungen des Anspruchs auf Potentialleistungen keine Feststellungen getroffen. Auch fehlen bislang ausreichende Feststellungen zu den Einzelheiten der geschlossenen Verträge und der erteilten Rechnungen.

Nach BSG, Urt. v. 26.04.2022 - **B 1 KR 20/21 R** - haben Versicherte auch nach **Erlass einer Erprobungsrichtlinie** Anspruch auf die Versorgung mit Potentialleistungen grundsätzlich nur im **Rahmen eines individuellen Heilversuchs**, wenn es 1. um eine schwerwiegende, die Lebensqualität auf Dauer nachhaltig beeinträchtigende Erkrankung geht, wenn 2. keine andere Standardbehandlung verfügbar ist und wenn 3. die einschlägigen Regelungen der Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) für die Annahme des Potentials einer erforderlichen Behandlungsalternative erfüllt sind. Für nicht an der Erprobung teilnehmende Krankenhäuser kann der GBA nach § 137e II 3 SGB V ergänzende Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringung regeln. Es handelt sich für diese Krankenhäuser um eine abschließende Regelungsermächtigung. Der GBA hat von ihr im Falle des Liposuktions-Erprobungsverfahrens keinen Gebrauch gemacht. Begrenzungen ergeben sich auch aus einer Erprobungsrichtlinie i.V.m. § 137e II 1 und 2 SGB V und dem Studiendesign selbst. Sie gelten aber nur für an der Erprobung teilnehmende Krankenhäuser. Das LSG hat seine Entscheidung noch an der vom Senat im März 2021 aufgegebenen Rechtsprechung zu § 137c III SGB V ausgerichtet und deswegen zu den Voraussetzungen des Anspruchs auf Potentialleistungen keine Feststellungen getroffen. Diese hat es nunmehr nachzuholen. Nach BSG, Urt. v. 10.03.2022 - B 1 KR 3/21 R - SozR 4-2500 § 27 Nr. 31 hat die Kl. keinen Anspruch auf Erstattung der Kosten einer **Mammaaufbauplastik**. Die 1994 geb. Kl. litt während ihrer Pubertät an einer Mammadysplasie der rechten Brust. Diese beeinträchtigte sie nicht in einer Körperfunktion. Sie wirkte auch nicht entstellend. Für eine **Entstellung** genügt nicht jede körperliche Abnormität. Vielmehr muss es sich objektiv um eine erhebliche Auffälligkeit handeln, die erwarten lässt, dass die Auffälligkeit sich schon bei flüchtiger Begegnung in alltäglichen Situationen quasi „im Vorbeigehen“ bemerkbar macht, die Betroffenen ständig viele Blicke auf sich ziehen, zum Objekt besonderer Beachtung anderer werden und sich deshalb aus dem Leben in der Gemeinschaft zurückziehen und zu vereinsamen drohen, sodass die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft gefährdet ist. Eine Entstellung kann in eng begrenzten Ausnahmefällen auch an üblicherweise **von Kleidung bedeckten Körperstellen** möglich sein. In diesen Bereichen müssen die Auffälligkeiten jedoch besonders schwerwiegend sein. Erforderlich ist, dass selbst die Offenbarung im privaten und vertrauten Bereich die Teilhabe, etwa im Rahmen der Sexualität nahezu ausschließen würde. Hierbei ist nicht das subjektive Empfinden der Betroffenen maßgeblich, sondern allein die objektiv zu erwartende Reaktion. Hierfür muss die Auffälligkeit evident abstoßend wirken. In den bislang vom BSG ablehnend entschiedenen Fällen wird diese Erheblichkeitsschwelle nicht erreicht. Gleiches gilt in aller Regel etwa auch für Hautüberschüsse, wie sie etwa nach einem erheblichen Gewichtsverlust infolge einer strengen Diät oder einer bariatrischen Operation verbleiben können. Vorliegend hat das LSG rechtsfehlerfrei festgestellt, dass die Brustasymmetrie der Klägerin sowohl im bekleideten als auch im unbedeckten Zustand nicht entstellend war. Schließlich rechtfertigte eine **psychische Belastung** der Klägerin aufgrund ihres Erscheinungsbildes keinen operativen Eingriff. Nach der ständigen Rechtsprechung des erkennenden Senats können psychische Leiden einen Anspruch auf eine Operation zum Brustaufbau grundsätzlich nicht begründen.

1. Mammaaugmentationsplastik

LSG Niedersachsen-Bremen, Beschluss v. 17.08.2022 - L 16 KR 344/21

RID 22-04-59

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 12 I, 27 I

Einer körperlichen oder seelischen **Abweichung** kommt erst dann **Krankheitswert** zu, wenn durch sie die Ausübung **psychophysischer Funktionen** erschwert wird. Die Funktionsstörung muss ein Ausmaß erreichen, das aus objektiver medizinischer Sicht eine ärztliche Behandlung erfordert. Hier fehlt es an der erforderlichen Funktionsbeeinträchtigung. Zudem wäre die begehrte Mammaaugmentationsplastik nicht dazu geeignet, etwaige Funktionsmängel der Brust, insb. eine mangelnde Stillfähigkeit, zu beheben.

SG Hildesheim, Urt. v. 13.07.2021 - S 61 KR 1466/19 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

2. Liposuktion: QualitätssicherungsRL/Potentialleistung

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 13.09.2022 - L 16 KR 61/21

RID 22-04-60

Revision anhängig: B 1 KR 27/22 R

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 137c

Leitsatz: Potentialleistungen außerhalb eines Erprobungsverfahrens dürfen nur dann in Anspruch genommen werden, wenn eine schwerwiegende Erkrankung vorliegt, für die nach dem jeweiligen Behandlungsziel eine **Standardtherapie** nicht oder nicht mehr zur Verfügung steht (BSG, Urt. v. 25.03.2021 - B 1 KR 25/20 R - BSGE 132, 67 = SozR 4-2500 § 137c Nr. 15, juris Rn. 19, 40 ff.).

Berührungs- und Druckschmerzen und rezidivierende Hämatome im Bereich der Oberarme und Oberschenkel sind **keine schwerwiegenden Erkrankungen** in diesem Sinne.

Werden die engen Voraussetzungen der §§ 4 Abs. 2 und/oder 4 Abs. 3 der mit Wirkung vom 7. Dezember 2019 in Kraft getretenen RL über Maßnahmen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V bei **Verfahren der Liposuktion bei Lipödem im Stadium III (QS-RL)** selbst bei Vorliegen eines Lipödems Stadium III nicht erfüllt, kann ein Anspruch auf die Kostenübernahme für eine stationäre Liposuktion nicht unter Umgehung der vom GBA festgesetzten Voraussetzungen mit Verweis auf das Potential der Methode unmittelbar aus § 137c Abs. 3 Satz 1 SGB V hergeleitet werden.

SG Aurich, Urt. v. 08.01.2021 - S 18 KR 104/17 - verurteilte die Bekl., die Kosten für die beantragten Liposuktionen an den Armen und Beinen zu übernehmen. Das **LSG** wies die Klage ab.

3. Fehlende medizinische Erforderlichkeit und Nichterscheinen zur Begutachtung (Nasenkorrektur)

LSG Hamburg, Urteil v. 09.06.2022 - L 1 KR 8/19

RID 22-04-61

www.juris.de

SGB V §§ 27, 39 I

Ein Versicherter hat keinen Anspruch auf Kostenübernahme für eine operative Nasenkorrektur, wenn sich aus dem überzeugenden Gutachten des Sachverständigen ergibt, dass hierfür **keine medizinische Erforderlichkeit** besteht. Dass der Sachverständige den medizinischen Sachverhalt nicht abschließend klären kann, geht zu Lasten des Kl, wenn dieser nicht zu dem geplanten weiteren Termin erscheint.

SG Hamburg, Gerichtsbb. v. 13.12.2018 wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

III. Kostenerstattung

1. Systemversagen: GOÄ-Rechnung einer Vertragsärztin für Nadelepilation

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 22.09.2022 - L 4 KR 454/19

RID 22-04-62

Revision anhängig: B 1 KR 33/22 R

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 13 III 1, 27 I 1 u. 2 Nr. 1, 28 I, 87 I 1, II 1, 95 III; EBM GOP 02300, 10340

Leitsatz: 1. Die nach der GOÄ in Rechnung gestellten Kosten für eine **Nadelepilation** der hellen Barthaare **Transsexueller** muss eine Krankenkasse auch dann übernehmen, wenn die einzige diese Leistung erbringende Ärztin auch als Vertragsärztin zugelassen, aber nicht zu einer vertragsärztlichen Abrechnung dieser Leistung bereit ist.

2. Die **Verletzung vertragsärztlicher Pflichten** durch eine Vertragsärztin tangiert nicht zwangsläufig das Rechtsverhältnis zwischen den von ihr behandelten Versicherten und deren Krankenkasse.

SG Berlin, Urt. v. 31.10.2019 - S 51 KR 1575/18 - wies die Klage ab, das **LSG** verpflichtete die Bekl., die Kosten einer Nadelepilationsbehandlung zur dauerhaften Barthaarentfernung durch die Beigel. zu 4) oder durch einen anderen zur Behandlung bereiten approbierten Arzt zu übernehmen.

2. Glaubhaftmachung einer psychotherapeutischen Versorgungslücke

LSG Hamburg, Beschluss v. 27.06.2022 - L 1 KR 50/22 B ER

RID 22-04-63

www.juris.de

SGB V §§ 13 III, 27, 75 Ia 6 u. 7, 76 I 2; SGG § 86b II 2

Ein **Systemversagen** liegt vor, wenn kein anderer als ein **außervertraglicher Leistungserbringer** für die Behandlung zur Verfügung steht. Von einer derartigen Situation kann nicht ausgegangen werden, wenn eine Versicherte sich lediglich bei **insgesamt fünf Therapeuten** per Mail um einen Therapieplatz bemüht, die fast alle im unmittelbaren Innenstadtbereich liegen, da eine Suche im gesamten Stadtgebiet mit 243 ärztlichen Leistungserbringern und 1.087 Psychologischen Psychotherapeuten zumutbar ist. Eine reine E-Mail-Anfrage entspricht möglicherweise nicht den Anforderungen, sondern auch eine **telefonische Kontaktaufnahme** zur Erläuterung der Dringlichkeit der Behandlung ist zumutbar.

Eine Glaubhaftmachung einer Versorgungslücke könnte vorliegen, wenn eine ergebnislose Kontaktierung von **jedenfalls 20 niedergelassenen Therapeuten** im Stadtgebiet bzw. im an den Wohnort angrenzenden Bereich Niedersachsens dokumentiert und dem Gericht bzw. der Ag. gegenüber nachgewiesen wird. Erfüllt die Versicherte diese Anforderungen, dreht sich die Nachweispflicht um und die Krankenkasse hat die Versicherte bei der Therapeutensuche aktiv zu unterstützen, indem sie von sich aus mit zugelassenen Leistungserbringern in Kontakt tritt und nach freien Kapazitäten fragt um diese dann der Antragstellerin zu vermitteln. Erst damit erfüllt sie den Versorgungsauftrag, der grundsätzlich in ihrem Verantwortungsbereich liegt (SG Leipzig, Beschl. v. 17.12.2019 - S 8 KR 1773/19 ER - RID 20-01-72; SG Berlin, Urt. v. 09.04.2018 - S 81 KR 1002/17 - RID 18-03-102). Der **Verweis auf die Leistungen der Terminservicestelle der KV** reicht dabei nicht aus - ebenso wenig wie die im Verfahren eingereichte **Liste** der im Grundsatz bereiten ärztlichen Psychotherapeuten im Bereich H. -, denn die Terminservicestelle vermittelt Termine für psychotherapeutische Erstgespräche und eine ggf. erforderliche Akutbehandlung, aber gerade nicht für probatorische Sitzungen und Richtlinienpsychotherapie.

SG Hamburg, Beschl. v. 08.05.2022 - S 21 KR 703/22 ER - juris verpflichtete die Ag. zur vorläufigen Übernahme der Kosten für bis zu 4 probatorische Sitzungen sowie einer Kurzzeittherapie im Umfang von bis zu 24 Einzelsitzungen bei dem Dipl. Psych. B.C. gemäß Kostenvoranschlag v. 01.12.2021. Das **LSG** lehnte auf Beschwerde der Ag. den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab.

3. Psychotherapeutische Behandlung in Privatklinik in Ausnahmefall/Aufklärungs- und Beratungspflicht

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 23.02.2021 - L 5 KR 36/21 B ER

RID 22-04-64

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 13 III 1, 39 I; SGG § 86b II; SGB I §§ 13, 14, 17 I Nr. 1

Die Voraussetzungen einer **Versorgungslücke** für eine **stationäre psychotherapeutische Behandlung** können aufgrund zahlreicher Besonderheiten glaubhaft gemacht sein. Dies ist der Fall, wenn Ablehnungsschreiben verschiedener Kliniken vorgelegt werden und 13 Krankenhausaufenthalte in Kliniken des Umfeldes belegen, dass die regelmäßig dort allein geleistete krisenintervenitorische Stabilisierung nicht in der Lage ist, das hochkomplexe Beschwerdebild der Versicherten nachhaltig zu bessern. Die Aussagen der Behandler belegen, dass der Versicherten eine Behandlung in Kliniken außerhalb ihres Wohnorts sowohl im Sinne der effektiven Therapie des wohnungsgebundenen Hortens als auch nach den konkreten Erfahrungswerten der Vergangenheit aufgrund derzeit unüberwindbarer Ängste nicht zumutbar ist.

Ein **Systemversagen** ergibt sich vorliegend jedenfalls daraus, dass die Ag. ihrer **Aufklärungs- und Beratungspflicht** gemäß §§ 13, 14 SGB I und ihrer Verpflichtung gemäß § 17 Abs. 1 Nr. 1 SGB I, darauf hinzuwirken, dass jeder Berechtigte die ihm zustehenden Sozialleistungen zügig erhält, nicht ausreichend nachgekommen und es der Ast. deshalb nicht gelungen ist, mit den ihr zumutbaren Anstrengungen einen Therapieplatz bei einem zugelassenen behandlungsbereiten Leistungserbringer zu erlangen. Die Ast. benötigte zum Zeitpunkt der Antragstellung eine stationäre psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung. Die Ag. hat ihr demgegenüber von der Antragstellung bis zur Entscheidung des Senates keine geeignete und aufnahmebereite Klinik benannt.

Die Beteiligten streiten im Rahmen des einstweiligen Rechtsschutzes um die Übernahme der Kosten einer stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung in einer Privatklinik. **SG Münster**, Beschl. v. 18.12.2020 - S 9 KR 932/20 ER - juris verpflichtete die Ag. im Rahmen einstweiliger Anordnung, der Ast. die begehrte Behandlung in der H vorläufig (unter Rückzahlungsvorbehalt entsprechend dem Ausgang des Hauptsacheverfahrens) gemäß Kostenvoranschlag vom 26.09.2019 zu gewähren. Das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

4. Genehmigungsfiktion: Keine Erstattung für bereits vor Fristablauf beschaffte Leistung

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 15.10.2021 - L 4 KR 2410/18

RID 22-04-65

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 13 IIIa

Bereits nach dem eindeutigen gesetzlichen Wortlaut des § 13 Abs. 3a Satz 7 SGB V ist die Krankenkasse zur Kostenerstattung nur verpflichtet, wenn sich Leistungsberechtigte eine erforderliche Leistung „nach Ablauf der Frist“ selbst beschaffen. Kosten, die für eine bereits **vor Fristablauf beschaffte Leistung** anfallen, sind mithin nicht zu erstatten. Auch nach bisheriger Rechtsprechung war im Tatbestandsmerkmal „nach Ablauf der Frist“ die Genehmigungsfiktion nach § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V vorausgesetzt (BSG, Urte. v. 08.03.2016 - B 1 KR 25/15 R - BSGE 121, 40 = SozR 4-2500 § 13 Nr. 33, juris Rn. 20), so dass die Erstattung vorzeitig beschaffter Leistungen nicht aufgrund Genehmigungsfiktion beansprucht werden kann (LSG Baden-Württemberg, Urte. v. 31.01.2018 - L 5 KR 3232/16 - n.v.).

SG Karlsruhe, Gerichtsbb. v. 28.05.2018 - S 6 KR 2309/17 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

5. Kosten für Maßnahmen der künstlichen Befruchtung im EU-Ausland (Tschechien)

LSG Sachsen, Urteil v. 09.03.2022 - L 1 KR 247/16

RID 22-04-66

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 13 III, IV, 16 I Nr. 1, 27a I Nr. 4; ESchG § 1

Leitsatz: 1. Da der **Kostenerstattungsanspruch** nach § 13 Abs. 4 SGB V nur im Umfang des Leistungsrechts der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung besteht, setzt er voraus, dass im EU-

Ausland durchgeführte Maßnahmen der **künstlichen Befruchtung** in jeder Hinsicht den Anforderungen des **deutschen Embryonenschutzgesetzes** entsprechen.

2. Für den **sozialrechtlichen Herstellungsanspruch** ist neben § 13 Abs. 4 SGB V - anders als neben § 13 Abs. 3 SGB V - grundsätzlich Platz.

SG Dresden, Gerichtsb. v. 31.08.2016 - S 25 KR 236/14 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

6. Klima-Heilbehandlung in Israel am Toten Meer

LSG Hessen, Urteil v. 20.01.2022 - L 1 KR 446/21

RID 22-04-67

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 2 I, IV, 2a, 12 I, 16 I Nr. 1, 18 I 1, 27, 40

Die S2k-Leitlinie „Neurodermitis - atopisches Ekzem, atopische Dermatitis -“ empfiehlt ausdrücklich eine Phototherapie mit UV-Strahlungen, wie sie am Toten Meer vorherrschen. Ein in Deutschland **austherapierter Versicherter** kann nicht auf eine vorrangige Inanspruchnahme einer Phototherapie im Inland bzw. EU-/EWR-Ausland verwiesen werden.

SG Darmstadt, Gerichtsb. v. 15.09.2021 - S 10 KR 498/17 - juris wies die Klage ab, das **LSG** verurteilte die Bekl., den Antrag des Kl. auf Erstattung der Kosten für die in der Zeit v. 13.05.2017 bis 17.06.2017 durchgeführte stationäre Klima-Heilbehandlung am Toten Meer in Israel unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden, und wies im Übrigen die Berufung zurück. *BSG*, Beschl. v. 23.08.2022 - B 1 KR 24/22 B - verwarf die Nichtzulassungsbeschwerde als unzulässig.

7. Obliegenheit: Hinweis auf zeitliche Dringlichkeit der Behandlung

LSG Schleswig-Holstein, Urteil v. 26.04.2022 - L 10 KR 82/20

RID 22-04-68

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 13 III 1

Leitsatz: 1. Ein **Kostenerstattungsanspruch** des Versicherten nach § 13 Abs. 3 Satz 1 1. Alt. SGB V setzt neben dem Vorliegen einer medizinisch unaufschiebbaren Leistung voraus, dass die Krankenkasse nicht in der Lage gewesen ist, die Leistung rechtzeitig zu erbringen. Ein solches erstattungsanspruchsauslösendes **Unvermögen der Krankenkasse** hat seinerseits zur Voraussetzung, dass der Versicherte alles nach den konkreten Umständen Erforderliche, Mögliche und Zumutbare getan hat, um die fragliche Leistung im Rahmen des GKV-Versorgungsweges - rechtzeitig - zu erhalten.

2. Die den Versicherten insoweit treffende **Obliegenheit** erfordert im Falle einer - ggf. auch nur vermeintlich - besonders dringlichen Behandlung, dass der Versicherte die Krankenkasse auf diese **zeitliche Dringlichkeit hinweist**.

3. Ein Kostenerstattungsanspruch des Versicherten nach § 13 Abs. 3 Satz 1 2. Alt. SGB V erfordert eine **Kausalität** zwischen der rechtswidrigen Leistungsablehnung durch die Krankenkasse und der Entstehung einer Kostenlast auf Seiten des Versicherten. An dieser Kausalität fehlt es regelmäßig, wenn der Versicherte die Ausgangsentscheidung der Krankenkasse nicht abwartet, bevor er sich die Leistung selbst beschafft. Dies gilt insbesondere dann, wenn die Krankenkasse innerhalb der gesetzlichen Fristen des § 13 Abs. 3a Satz 1 SGB V entscheidet.

Der Kl. begehrte die Erstattung von für die Durchführung einer Upright-Magnetresonanztomographie des Kopfes und der Halswirbelsäule in einer privatärztlichen Praxis entstandenen Kosten in Höhe von 1.343,97 €. *SG Lübeck*, Ur. v. 25.02.2020 - S 19 KR 1259/18 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

8. Bestandskräftige Ablehnung eines Leistungsanspruchs

LSG Sachsen-Anhalt, Urteil v. 12.05.2022 - L 6 KR 9/18

RID 22-04-69

www.juris.de

SGB V §§ 13 III, IIIa, 37 IV

Leitsatz: 1. Die Abweisung der Anfechtungsklage bei gleichzeitiger Feststellung des Eintritts der Genehmigungsfiktion führt zur bindenden **Bestandskraft der Ablehnung** in der Sache.

2. Die **Gutgläubigkeit des Versicherten** zum Zeitpunkt der Leistungsbeschaffung ändert sich aber nicht mehr rückwirkend durch die Abweisung einer auf § 13 Abs. 3 SGB V gestützten Anfechtungsklage.

3. Ein **Freistellungsanspruch** aufgrund einer **Genehmigungsfiktion** kann nicht bestehen, wenn für den Versicherten und den Leistungserbringer offensichtlich ist, dass der Versicherte die Kosten nicht zu tragen hat.

4. Ein Anspruch auf **Freistellung von Forderungen** des Leistungserbringers kann der Versicherte nicht auf § 6 Abs. 6 HKP-RL stützen.

SG Dessau-Roßlau, Urt. v. 10.01.2018 - S 21 KR 21/15 - stellte fest, dass die Anträge des Kl. auf Genehmigung häuslicher Krankenpflege nach § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V als genehmigt gelten. Im Übrigen wies es die Klage ab. Das *LSG* wies die Klage insgesamt ab.

IV. Arzneimittel

BSG, Urt. v. 10.11.2022 - *B 1 KR 28/21 R* -, *B 1 KR 21/21 R* -, *B 1 KR 19/22 R* - u. *B 1 KR 9/22 R* - konkretisiert in vier Urteilen erstmals die Voraussetzungen der Genehmigung vertragsärztlicher **Verordnungen von Cannabisblüten** durch die Krankenkassen gem. § 31 Abs. 6 SGB V.

1. Cannabinoide

a) Fehlen einer vertragsärztlichen Verordnung

LSG Bayern, Urteil v. 03.03.2022 - L 4 KR 307/19

RID 22-04-70

Revision anhängig: B 1 KR 21/22 R
www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ III, IIIa, 31 VI

Leitsatz: 1. Das **Fehlen einer vertragsärztlichen Verordnung** über die Versorgung mit Cannabisprodukten i.S.d. § 31 Abs. 6 Satz 1 SGB V steht einem Anspruch der Versicherten auf Naturalleistung entgegen.

2. Entsprechendes gilt für Kostenerstattungsansprüche aufgrund einer **Genehmigungsfiktion** nach § 13 Abs. 3a Satz 7 SGB V, da ohne vertragsärztliche Verordnung kein genehmigungsfähiger Antrag gegeben ist.

3. Die **begründete Einschätzung** des Vertragsarztes nach § 31 Abs. 6 Satz 1 Ziff. 1b SGB V muss eine Auseinandersetzung mit anderen zur Verfügung stehenden Therapien enthalten. Hierzu erforderlich ist jedenfalls eine vollständige Auflistung der beim Versicherten bestehenden Erkrankungen, die eine Verordnung von Cannabispräparaten möglicherweise als nicht indiziert erscheinen lassen, und eine qualifizierte Abwägung von Chancen und Risiken der beantragten Behandlung.

SG München, Urt. v. 02.04.2019 - S 44 KR 1013/18 - verurteilte die Bekl., den Kl. nach vertragsärztlicher Verordnung mit getrockneten Medizinal-Cannabisblüten zur Inhalation zu versorgen und ihm die nach Eintritt der Genehmigungsfiktion entstandenen Kosten für die von Dr. DI verordneten Medizinal-Cannabisblüten in Höhe von 699,64 € zu erstatten. Das *LSG* wies die Klage ab.

b) Zur Verfügung stehende Alternativtherapien

LSG Bayern, Urteil v. 13.07.2022 - L 4 KR 366/21

RID 22-04-71

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 31 VI

Leitsatz: 1. **Klageziel** ist nicht die Versorgung mit bestimmten Cannabisblättern bzw. eine Kostenübernahme, sondern die Erteilung einer **Genehmigung** nach § 31 Abs. 6 SGB V.

2. Zur statthaften **Klageart**.

3. Eine **Befristung der Genehmigung** nach § 31 Abs. 6 SGB V ist grundsätzlich nicht zulässig. Hieraus ergibt sich eine **Teilrechtswidrigkeit** des Verwaltungsaktes. Aus der Teilrechtswidrigkeit ergibt sich nicht, dass der Verwaltungsakt ohne Weiteres als unbefristeter Verwaltungsakt anzusehen ist.

4. Vorliegend zu den **Voraussetzungen** des § 31 Abs. 6 SGB V, insb. zu noch möglichen alternativen Therapien.

Der 1962 geb. Kl. leidet an einer kompletten Paraplegie mit Spastik der quergestreiften Skelettmuskulatur und chronischen Schmerzen im Sinne von Deafferenzierungsschmerzen nach einem privaten Motocross-Unfall im Jahr 2011. Er beehrte die Versorgung mit Cannabisblüten (Bedrocan bzw. Pedanios) durch die Bekl. über den 31.12.2018 hinaus. *SG München*, Urt. v. 08.06.2021 - S 18 KR 4412/18 - verurteilte die Bekl., dem Kl. die Versorgung mit Cannabis in Form von getrockneten Blüten oder Extrakten in standardisierter Qualität ohne Beschränkung gemäß § 31 Abs. 6 SGB V über den 31.12.2018 hinaus zu gewähren. Das *LSG* wies die Klage ab.

c) Keine Nachholbarkeit der begründeten Einschätzung des Vertragsarztes

LSG Hamburg, Urteil v. 31.08.2022 - L 1 KR 18/22

RID 22-04-72

Revision anhängig: B 1 KR 26/22 R

www.juris.de

SGB V § 31 VI

Der Begriff der **schwerwiegenden Erkrankung** ist von § 35c Abs. 2 Satz 1 SGB V abzuleiten und somit dann anzunehmen, wenn sie aufgrund der Schwere der durch sie verursachten Gesundheitsstörung die Lebensqualität auf Dauer nachhaltig beeinträchtigt. Für die Einordnung der **Fibromyalgie** als schwerwiegende Erkrankung ist zu fordern, dass es sich um eine schwere Verlaufsform handelt, denn nur in diesen Fällen kann von einer die Lebensqualität auf Dauer beeinträchtigenden Erkrankung die Rede sein.

Die begründete **Einschätzung des Vertragsarztes** kann im **Gerichtsverfahren** nicht mehr **nachgeholt** werden, denn nach dem Wortlaut der Norm muss sie bis zur Entscheidung der Krankenkasse vorliegen. Deshalb können Defizite des Verfahrens durch Ermittlungen des Gerichts weder nachgeholt noch ersetzt werden. Das Gericht ist daher daran gehindert, durch eine Beweisaufnahme zu klären, ob die begründete Einschätzung des behandelnden Vertragsarztes zutrifft. Dies hat zur Folge, dass das Gericht die Klage abzuweisen hat, wenn keine „begründete Einschätzung“ des Vertragsarztes vorliegt. Diese Rechtsansicht bleibt für die Versicherten auch deshalb ohne weitreichende negative Konsequenzen, weil sie die notwendige (und inhaltlich suffiziente) ärztliche Verordnung jederzeit verbunden mit dem Leistungsantrag erneut bei der Beklagten einreichen können.

SG Hamburg, Gerichtsbb. v. 27.12.2021 wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

2. Versorgung mit Cannabidiol (CBD)-Öl

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 02.08.2022 - L 11 KR 1419/22

RID 22-04-73

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 27, 31 I u. VI

Unabhängig von der Frage, ob es sich bei **Cannabidiol (CBD)-Öl** um ein Arzneimittel handelt, würde es an der erforderlichen **arzneimittelrechtlichen Zulassung** fehlen.

CBD-Öl unterfällt nicht der „Versorgung mit **Cannabis**“ nach § 31 Abs. 6 SGB V, da es sich bei dem CBD-Öl nicht um das Betäubungsmittel (Medizinal-)Cannabis in Form von getrockneten Blüten oder Extrakten in standardisierter Qualität handelt, das auf vertragsärztliche Verordnung durch Apotheken abgegeben wird.

SG Heilbronn, Gerichtsbb. v. 25.04.2022 - S 12 KR 3237/21 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

3. Vitamin D bei schwerer Erkrankung

LSG Niedersachsen-Bremen, Beschluss v. 14.10.2022 - L 4 KR 373/22 B ER

RID 22-04-74

SGB V §§ 2 Ia, 31 VI, 92 I 2 Nr. 6; SGG § 86b II

Ein Anspruch auf die Versorgung mit **Vitamin D** (in Gestalt von Dekristol 20.000) kann sich aufgrund eines schwergradigen Verlaufs einer Erkrankung, insb. in fortgeschrittenen Erkrankungsstadien nach **§ 2 Abs. 1a SGB V** ergeben (hier: Chronique Fatigue Syndrom).

SG Hannover, Beschl. v. 27.07.2022 - S 10 KR 372/22 ER - lehnte den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab. Das *LSG* verpflichtete die Ag., den Ast. unter der Voraussetzung einer vertragsärztlichen Verordnung mit Dekristol 20.000 Weichkapseln zu versorgen.

4. Biomo-Lipon (Lipon-Säure)

LSG Niedersachsen-Bremen, Beschluss v. 29.09.2022 - L 4 KR 230/22 B ER
SGB V §§ 2 Ia, 31 VI, 92 I 2 Nr. 6; SGG § 86b II

RID 22-04-75

Ein Anspruch auf die Versorgung mit **Biomo-Lipon (Lipon-Säure)** kann sich aufgrund eines schwergradigen Verlaufs einer Erkrankung, insb. in fortgeschrittenen Erkrankungsstadien nach § 2 Abs. 1a SGB V ergeben (hier: Chronique Fatigue Syndrom).

SG Hannover, Beschl. v. 09.05.2022 - S 10 KR 305/22 ER - lehnte den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab. Das *LSG* verpflichtete die Ag., den Ast. unter der Voraussetzung einer vertragsärztlichen Verordnung mit dem Medikament Biomo-Lipon 600 zu versorgen bis zur rechtskräftigen Entscheidung im Hauptsache-Verfahren S 10 KR 326/22 vor dem SG Hannover.

5. Nahrungsergänzungsmittel DAOSIN

LSG Sachsen, Urteil v. 09.03.2022 - L 1 KR 159/20

RID 22-04-76

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 13 III, 31 I 1; NemV § 1; AMG § 2 I; EGV 178/2002 Art. 2

Leitsatz: 1. **DAOSIN** ist weder seiner Bezeichnung noch seiner Funktion nach ein von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung mit umfasstes **Arzneimittel** im Sinne von § 31 Abs. 1 Satz 1 SGB V i.V.m. § 2 Abs. 1 AMG, sondern ein nicht in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung einbezogenes **Nahrungsergänzungsmittel**.

2. Bei der Beurteilung, ob es sich bei einem Erzeugnis um ein **Funktionsarzneimittel** im Sinne von § 2 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 AMG handelt, ist maßgeblich auf die **pharmakologischen Eigenschaften** abzustellen.

3. Wenn die **Wirkung des Erzeugnisses** nicht über das hinausgeht, was auch mit der normalen Nahrungsaufnahme an Einwirkungen auf den Körper erzielt werden kann, fehlt es an der pharmakologischen Wirkung im Sinne von § 2 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 AMG.

SG Leipzig, Gerichtsbb. v. 22.01.2020 - S 8 KR 1183/19 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

V. Hilfsmittel

1. Rollstuhlzuggerät „Husk-E“

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 13.09.2022 - L 16 KR 421/21

RID 22-04-77

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 33 I

Leitsatz: Zum Anspruch auf **Versorgung mit einem Husk-E**: Ein querschnittsgelähmter Versicherter, der mit einem Aktivrollstuhl nicht mehr ausreichend versorgt ist und Elektrounterstützung benötigt, kann nicht gegen seinen Willen auf einen **Elektrorollstuhl verwiesen** werden, der ihn zur Passivität bei der Erschließung des Nahbereichs zwingt.

Bei der Prüfung des Anspruchs auf ein Hilfsmittel zum Behinderungsausgleich gemäß § 33 Abs. 1 Satz 1 Var. 3 SGB V ist bei grundrechtsorientierter Auslegung unter Beachtung der Teilhabeziele des SGB IX, insbesondere ein selbstbestimmtes und selbstständiges Leben zu führen, und dem Recht auf persönliche Mobilität nach der UN-Behindertenrechtskonvention zu berücksichtigen, dass das zu befriedigende Grundbedürfnis der Erschließung des Nahbereichs nicht zu eng gefasst werden darf in Bezug auf die Art und Weise, wie sich Versicherte den Nahbereich zumutbar und in angemessener Weise erschließen. Dem **Wunsch- und Wahlrecht** des behinderten Menschen ist volle Wirkung zu verschaffen. Die Leistung muss dem Leistungsberechtigten viel Raum zu **eigenverantwortlicher Gestaltung der Lebensumstände** lassen und die Selbstbestimmung fördern.

Dem **Grundbedürfnis nach Selbstbestimmung** und der Führung eines selbstbestimmten Lebens dient es, einen behinderten Menschen so lange wie möglich seinen Wünschen entsprechend nicht mit einem von ihm nicht gewünschten Elektrorollstuhl zu versorgen, der ihn zur absoluten Passivität zwingt.

SG Oldenburg, Urt. v. 12.07.2021 - S 62 KR 590/20 - wies die Klage ab, das *LSG* verurteilte die Bkl., den Kl. mit einem Rollstuhlzuggerät „Husk-E“ zu versorgen.

2. Hörgeräteversorgung: Identische Ergebnisse im Sprachverstehen/Freiberger Sprachtest

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 25.01.2022 - L 11 KR 4050/20

RID 22-04-78

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 3 KR 14/22 B

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 33 I

Haben das aufzahlungsfreie und das hochpreisige Hörsystem **identische Ergebnisse im Sprachverstehen** erbracht, besteht kein Anspruch auf das hochpreisige Hörsystem.

Der **Freiberger Sprachtest** ist ein geeignetes Mittel, um die Güte eines Hörsystems bewerten zu können.

SG Stuttgart, Gerichtsb. v. 12.11.2020 - S 15 KR 3403/19 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

3. Echthaarperücke nur zum Vertragspreis

SG Hamburg, Gerichtsbescheid v. 27.09.2022 - S 45 KR 1424/19

RID 22-04-79

www.juris.de

SGB V §§ 33 I, 127 I

Ausgeschlossen sind **Ansprüche auf teure Hilfsmittel**, wenn eine **kostengünstigere Versorgung** für den angestrebten Nachteilsausgleich funktionell eb. geeignet ist (vgl. BSG, Urt. v. 16.04.1998 - B 3 KR 6/97 R - SozR 3-2500 § 33 Nr. 26 S. 153; st. Rspr.); Mehrkosten sind andernfalls selbst zu tragen (§ 33 Abs. 1 S. 5 SGB V) (BSG, Urt. v. 24.01.2013 - B 3 KR 5/12 R - BSGE 113, 40 = SozR 4-3250 § 14 Nr. 19). Der Hilfsmittellieferant ist durch den Vertrag seines Bundesverbandes mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen verpflichtet, der Kl. einen ausreichenden Ersatz zu dem im angefochtenen Bescheid angegebenen Betrag von 924,15 € anzubieten. Ein darüber hinaus gehender Anspruch der Kl. im Wege der Sachleistung besteht nicht.

Die Kl. beantragte unter Vorlage einer ärztlichen Verordnung die Versorgung mit einer wegen der Erkrankung Alopecia cicatricans. Zugleich legte sie einen Kostenvoranschlag vor, der für die Lieferung der Perücke einen Gesamtbetrag von 1.775 € auswies. Die Beklagte lehnte die Übernahme der Kosten teilweise ab. Sie bewilligte eine Kostenübernahme in Höhe von 924,15 € und verwies die Kl. im Übrigen auf einen Eigenanteil von 850,85 € zzgl. der Zuzahlung in Höhe von 10 €. Das *SG* wies die Klage ab.

4. Versorgung mit Klimaanlage

SG Schleswig, Urteil v. 30.03.2021 - S 28 KR 150/20

RID 22-04-80

www.juris.de

SGB V § 33 I

Eine **Klimaanlage** ist als **Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens** anzusehen.

Das *SG* wies die Klage ab.

VI. Häusliche Krankenpflege

Nach BSG, Urt. v. 10.11.2022 - *B 3 KR 15/20 R* - sind die Kosten einer häuslichen Krankenpflege durch eigene Assistenzkräfte (Arbeitgebermodell) auch während eines Krankenhausaufenthalts zu übernehmen.

Nach BSG, Urt. v. 17.02.2022 - *B 3 KR 17/20 R* - SozR 4-2500 § 37 Nr. 17 können Versicherte **im ambulant betreuten Wohnen** einen Anspruch auf **Leistungen der (einfachen) Behandlungspflege** haben, wenn diese bereits Gegenstand bewilligter Eingliederungshilfe sind. Können Personen im Haushalt von Versicherten Maßnahmen der einfachsten Behandlungspflege tatsächlich ausführen, steht das einem Anspruch auf Leistungen der Behandlungspflege nur entgegen, wenn sie entweder dort leben (§ 37 III SGB V) oder sonst zu ihrer Durchführung rechtlich verpflichtet sind. Dafür reicht es außerhalb der (früheren) stationären Eingliederungshilfe nicht schon aus, dass im Haushalt von Krankenversicherten überhaupt **Eingliederungshilfeleistungen** erbracht werden und bei dieser Gelegenheit notwendige Behandlungspflegemaßnahmen in einem untergeordneten Umfang ebenfalls durchgeführt werden können. Abgesehen davon, dass allein das Anspruchs auf Leistungen der Eingliederungshilfe nicht begründen könnte, fehlt es jedenfalls an Maßstäben für Verwaltungen und Gerichte, die bei der Vielgestaltigkeit der Fallkonstellationen praxisgerechte 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 aufwiese, dass Versicherten ohne zureichende Versorgung mit der im Einzelfall gebotenen Behandlungspflege die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft versperrt wäre

und der zuständige Eingliederungshelfer 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.

VII. Beziehungen zu Krankenhäusern

Nach BSG, Urt. v. 22.06.2022 - **B I 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(n) Tatsachen auch im konkreten Fall, erübrigen sich weitere Ermittlungen. Sollten die von der KK vorgetragene(n) und belegte(n) 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(n) Einwände unaufklärbar, gehen verbleibende Zweifel zu ihren Lasten. Nach BSG, Urt. v. 22.06.2022 - **B I 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 I KR 25/21 R** - enthält § 7 II 2 bis 4 **PrüfV 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 Grenzwertdauer 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** - SozR 4-2500 § 107 Nr. 3 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 KHEntgG. 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 personale 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** - SozR 4-2500 § 15 Nr. 4 hat ein Krankenhaus keinen Anspruch auf Vergütung für Krankenhausbehandlungen, an denen ein **Nichtarzt** als vermeintlicher Arzt mitgewirkt hat. Der Vergütungsausschluss gilt auch dann, wenn dem Nichtarzt zuvor eine **echte Approbationsurkunde** ausgestellt worden ist. Er erstreckt sich allerdings nicht auf eigenständige und abgrenzbare Behandlungsabschnitte, an denen der Nichtarzt nicht mitgewirkt hat. Für Krankenhausbehandlungen, an denen ein Nichtarzt mitgewirkt hat, besteht wegen des in der gesetzlichen Krankenversicherung geltenden **Arztvorbehalts** kein Vergütungsanspruch. Voraussetzung der Erbringung ärztlicher Leistungen ist nicht nur die Approbation, sondern auch die **fachliche Qualifikation als Arzt**. Die Approbation ist zwar notwendige Voraussetzung für die Ausübung des Arztberufs. Sie spricht im Sinne einer widerlegbaren Vermutung auch dafür, dass der Betreffende über die medizinische Mindestqualifikation verfügt; sie fingiert diese aber nicht. Fehlt es an dieser, verletzt dies den Arztvorbehalt und damit das bei jeder Behandlung zu beachtende Qualitätsgebot. Unerheblich ist hierbei, ob die von P erbrachten Leistungen für sich genommen medizinisch mangelfrei waren und ob am Behandlungsgeschehen noch andere Personen mitgewirkt haben. Denn bei der Krankenhausbehandlung handelt es sich um eine komplexe Gesamtleistung, die mit Fallpauschalen vergütet wird. Eine **Ausnahme** von dem Vergütungsausschluss gilt lediglich für eigenständige und abgrenzbare Behandlungsabschnitte, an denen der Nichtarzt nicht mitgewirkt hat. Der Ausschluss des Vergütungsanspruchs dient allein der Einhaltung des Qualitätsgebots und soll keine darüber hinausgehende Sanktion des Leistungserbringers bewirken. Er erstreckt sich daher nicht auf Teile der Behandlung, die vom Rechtsverstoß nicht erfasst sein können. Das Landessozialgericht muss nun feststellen, ob in den Behandlungsfällen eigenständige und abgrenzbare Behandlungen durchgeführt wurden, an denen P nicht mitgewirkt hat. Nach BSG, Urt. v. 26.04.2022 - **B 1 KR 5/21 R** - SozR 4-2500 § 39 Nr. 34 war die durchgeführte **vollstationäre Behandlung** des Versicherten **medizinisch nicht erforderlich**, weil von Beginn an eine teilstationäre Behandlung ausgereicht hätte. In Betracht kommt allerdings ein **Vergütungsanspruch** für die erforderlich gewesene teilstationäre Krankenhausbehandlung nach den **Grundsätzen des fiktiven wirtschaftlichen Alternativverhaltens**. Das BSG hat einen solchen Vergütungsanspruch in unterschiedlichen Fallkonstellationen für den Fall bejaht, dass das Krankenhaus von zwei gleichermaßen zweckmäßigen und notwendigen Behandlungsalternativen die unwirtschaftliche gewählt hat. Gleiches gilt, wenn das Krankenhaus anstelle einer erforderlichen und auch ausreichenden teilstationären Behandlung eine ebenfalls zweckmäßige, aber nicht erforderliche vollstationäre Behandlung wählt. Denn der in § 39 I 2 SGB V zum Ausdruck kommende **Nachrang** der vollstationären gegenüber der teilstationären Behandlung **stellt lediglich eine besondere Ausprägung des Wirtschaftlichkeitsgebots dar**. In dem Stufenverhältnis der unterschiedlichen Formen der Krankenhausbehandlung (vollstationär oder stationsäquivalent, teilstationär, ambulant) kommt deshalb ein Vergütungsanspruch nach Maßgabe eines fiktiven wirtschaftlichen Alternativverhaltens immer dann in Betracht, wenn eine

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

1. Vergütungsanspruch/Fälligkeit

a) Zahlungspflicht der Krankenkasse auch bei Einwänden

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 16.06.2022 - L 16 KR 251/21

RID 22-04-81

Revision anhängig: B 1 KR 17/22 R

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 39 I, 112 I, 301

Leitsatz: 1. Zum **Zahlungsanspruch** des Krankenhauses nach § 13 des Niedersächsischen Sicherstellungsvertrages.

2. Der Senat teilt nicht die Ansicht der beklagten Krankenkasse, es reiche bereits grundsätzlich schon aus, dass sie ihre (Vorleistungs-)Pflicht (auch unsubstantiiert) bestreite, sofern dies nicht rechtmisbräuchlich geschehe, insbesondere im Falle begründeter Einwände gegen die Rechtmäßigkeit der Forderung dürfe sie die **Zahlung verweigern**, wobei es ausreiche, dass sie die Begründung erst im gerichtlichen Verfahren substantiiere.

3. Die Regelungen des Sicherstellungsvertrages sollen die Krankenhäuser **vor Liquiditätsengpässen schützen** und damit die Krankenhausversorgung der Versicherten sicherstellen. Diesem Schutzgedanken würde es widersprechen, den Krankenkassen (oder dem einzelnen mit Kodier- und Abrechnungsfragen betrauten DRG-Manager) die alleinige Deutungshoheit über die Richtigkeit einer Krankenhausrechnung und damit die Berechtigung zur Zahlungsverweigerung von Anfang an zuzuschreiben.

4. Der **Zahlungsverpflichtung** kann sich die Krankenkasse auch nicht durch eine Zahlung unter Vorbehalt entziehen. Die im kompensatorischen Beschleunigungsgebot zum Ausdruck kommende

Verpflichtung ist auf die zügige Zahlung der Vergütung und auf die Erfüllung der Forderung gerichtet und nicht auf die Zurverfügungstellung eines Darlehens an die Krankenhäuser (vgl. Filges, NZS 2021, 584, 588).

5. Durch die Zahlung hat sich die ursprüngliche Klage erledigt. Wenn die Krankenkasse im Anschluss ihren (vermeintlichen) Erstattungsanspruch durch Aufrechnung mit unstrittigen Vergütungsansprüchen des Krankenhauses befriedigt, ist die Bezahlung der Rechnung des neuen (anderen) Behandlungsfalls im Streit. Das ist ein anderer **Streitgegenstand**, auch wenn dort notwendigerweise inzident der ursprünglich streitige Behandlungsfall inhaltlich geprüft werden muss.

SG Braunschweig, Gerichtsbb. v. 20.05.2021 - S 59 KR 504/19 - stellte fest, dass sich der Rechtsstreit betreffend den Zahlungsanspruch aus der Behandlung der Versicherten K. im Krankenhaus der Kl. v. 15.10.2016 bis 20.10.2016 dadurch erledigt hat, dass die Bekl. die Klagehauptforderung gezahlt hat. Das **LSG** wies die Berufung zurück.

b) Medizinische Notwendigkeit

aa) Obdachlosigkeit/Unterbringungsbeschluss

SG Detmold, Urteil v. 11.08.2022 - S 32 KR 2441/18

RID 22-04-82

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 39

Ist ein Versicherter **obdachlos** und in psychisch schlechter Verfassung und ist trotz intensiver Bemühungen zunächst keine Organisation oder Einrichtung zu finden, die sich um den Versicherten nach Entlassung kümmern kann, begründet dies keine **medizinische Notwendigkeit** für den weiteren stationären Aufenthalt.

Ein **Unterbringungsbeschluss** stellt keinen medizinischen Grund für eine stationäre Behandlungsnotwendigkeit dar.

Das **SG** wies die Klage ab.

bb) Weitere Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit eines alkoholabhängigen Versicherten

LSG Schleswig-Holstein, Urteil v. 25.01.2022 - L 10 KR 128/17

RID 22-04-83

www.juris.de

SGB V §§ 39 I 2, 275 Ic

Leitsatz: 1. Beauftragt die Krankenkasse den MDK mit der Prüfung, ob während des gesamten Behandlungszeitraums in der Person des Versicherten Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit vorgelegen hat (Prüfung des Vorliegens einer sog. **sekundären Fehlbelegung**), so liegt eine **Auffälligkeitsprüfung/Wirtschaftlichkeitsprüfung** im Sinne der Rechtsprechung des BSG (vgl. BSG, Ur. v. 01.07.2014 - B 1 KR 29/13 R - BSGE 116, 165 = SozR 4-2500 § 301 Nr. 4) vor.

2. Bei der Beurteilung der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit sind regelmäßig die im Behandlungszeitpunkt in Geltung befindlichen **Leitlinien** einschlägiger medizinischer Fachgesellschaften, die von der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF) publiziert worden sind, heranzuziehen.

3. Zur (verneinten) weiteren Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit eines **alkoholabhängigen Versicherten** bei zahlreichen vorangegangenen stationären qualifizierten Entzugsbehandlungen und nach Rückfallgeschehen während der streitbefangenen qualifizierten Entzugsbehandlung.

SG Kiel, Ur. v. 08.05.2017 - S 19 KR 343/13 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

cc) Beweislast für die Erforderlichkeit einer durchgeführten Krankenhausbehandlung

SG Itzehoe, Gerichtsbescheid v. 30.05.2022 - S 26 KR 14/19

RID 22-04-84

www.juris.de

SGB V §§ 275, 301

Grundsätzlich trägt das Krankenhaus die objektive **Beweislast** für die Erforderlichkeit einer durchgeführten Krankenhausbehandlung. Unterbleibt eine **fristgemäße Abrechnungsprüfung** durch den Medizinischen Dienst (MD), kann es nicht richtig sein, dass das Krankenhaus in Beweisnot gerät, wenn es die Behandlungsunterlagen nicht vorlegt, obwohl es nach Fristablauf nicht mehr dazu

verpflichtet ist. In einem solchen Fall erscheint es sachgerecht, das Risiko der Nichterweislichkeit der Krankenkasse zuzuweisen, die die Prüfung auf der Grundlage dieser Unterlagen bei fristgerechter Einleitung des MD-Prüfverfahrens hätte ermöglichen können.

Das **SG** verurteilte die Bekl., an die Kl. 7.009,55 € zzgl. Zinsen zu zahlen und wies im Übrigen (bzgl. der Zinshöhe) die Klage ab.

Parallelverfahren:

SG Itzehoe, Gerichtsbescheid v. 30.05.2022 - S 26 KR 6/19

RID 22-04-85

www.juris.de

c) Vollstationäre Behandlung als ultima ratio

SG Leipzig, Urteil v. 05.07.2022 - S 8 KR 808/20

RID 22-04-86

www.juris.de

SGB V §§ 1 I, 2 I 1, 12, 39 I 2; GG Art. 2

Leitsatz: Vollstationäre Behandlung als ultima ratio ist auch dann (weiter) zu gewähren, wenn eine ambulante 24-stündige 1:1-Betreuung durch einen **Intensivpflegedienst** bei (zwischenzeitlicher) Entlassung **nicht sichergestellt** ist.

Das **SG** verurteilte die Bekl., an die Kl. 71.942,74 € nebst Zinsen zu zahlen.

d) Fälligkeit und Begründung

aa) „Hilfsbedürftigkeit bei eingeschränkter Mobilität“ ausreichend für stationäre Behandlung

SG Braunschweig, Urteil v. 07.05.2021 - S 54 KR 681/20

RID 22-04-87

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 39 I, 275 I Nr. 1, 301

Mit der **Angabe der Nebendiagnose Z74.0 (Hilfsbedürftigkeit bei eingeschränkter Mobilität)** wird eine ausreichende **Begründung** für eine **stationäre Behandlung** gegeben. Hilfsbedürftigkeit bei eingeschränkter Mobilität kann stationäre statt ambulante Behandlung rechtfertigen. Ob diese Nebendiagnose tatsächlich kodierbar vorlag und ob deshalb - oder aus anderen Gründen - vollstationäre statt ambulante Behandlung erforderlich war, muss hier nicht geprüft werden. Für die Rechtsfrage der Fälligkeit der Rechnung ist die inhaltliche medizinische Prüfung unerheblich.

Das **SG** verurteilte die Bekl., an die Kl. 2076,91 € nebst Zinsen zu zahlen.

bb) Nicht im AOP-Katalog gelistete Operation

SG Braunschweig, Urteil v. 07.05.2021 - S 54 KR 682/20

RID 22-04-88

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 39 I, 275 I Nr. 1, 301

Die gesonderte Begründungspflicht für die Durchführung einer Behandlung als vollstationär gilt im Regelfall nicht, wenn es sich nicht um einen „AOP-Fall“ handelt. Wenn eine Operation kodiert wird, die **nicht im AOP-Katalog gelistet** ist, spricht der erste Anschein für die **Notwendigkeit vollstationärer Behandlung**. Ob OPS 5-550.21 hier tatsächlich abgerechnet werden durfte und ob deshalb - oder aus anderen Gründen - vollstationäre oder doch nur ambulante Behandlung erforderlich war, muss hier nicht geprüft werden. Für die Rechtsfrage der Fälligkeit der Rechnung (um die es hier einzig geht) ist die **inhaltliche medizinische Prüfung unerheblich**.

e) Begründung der gem. § 301 SGB V übermittelten Daten

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 16.02.2022 - L 10 KR 385/21 KH

RID 22-04-89

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 36/22 B

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 301

Anknüpfungspunkt für die Frage, ob eine **weitergehende Begründung** bereits im Rahmen der Übermittlung der Daten gem. § 301 SGB V erforderlich ist, ist stets die **stationär durchgeführte Maßnahme**, nicht die diese Maßnahme evtl. erforderlich machende **Erkrankung**. Weitergehende

Informationen zum Grund der Aufnahme nach Maßgabe der bundessozialgerichtlichen Rechtsprechung sind nur dann zu übermitteln, wenn eine Behandlung stationär durchgeführt wird, die grds. auch im Rahmen einer ambulanten Versorgung hätte erbracht werden können (so auch LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 29.03.2019 - L 1 KR 101/17 - juris Rn. 23, RID 19-02-96).

SG Düsseldorf, Urt. v. 19.04.2021 - S 33 KR 2681/19 - verurteilte die Bekl., an die Kl. 7.232,96 € nebst Zinsen zu zahlen, das **LSG** wies die Berufung zurück.

f) Notwendige Einschaltung des Medizinischen Dienstes

aa) Allgemeine Strukturvoraussetzungen

SG Braunschweig, Urteil v. 14.02.2022 - S 54 KR 514/21

RID 22-04-90

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

Sicherstellungsvertrag Niedersachsen § 13 VI

§ 13 Abs. 6 niedersächsischer Sicherstellungsvertrag regelt in Satz 1 eindeutig, dass die Krankenkasse die Rechnung unverzüglich **nach Rechnungsdatum zu bezahlen** hat. Eine Krankenkasse kann sich nicht darauf berufen, sie müsse nicht zahlen, wenn die Rechnung fehlerhaft ist. Hat die Krankenkasse Zweifel an der Richtigkeit der in das Programm zur Berechnung der Fallpauschale (Grouper) eingegebenen Daten, muss sie den **Medizinischen Dienst einschalten**.

Allgemeine Strukturvoraussetzungen kennen die **Abrechnungsbestimmungen 2017** noch nicht, nur Mindestvoraussetzungen für die Zeit der jeweiligen Krankenhausbehandlung. Selbst wenn die Mindestvoraussetzungen in einer Vielzahl von Abrechnungsfällen nicht vorlagen, entbindet es die Krankenkasse nicht von der Verpflichtung, den **MDK** mit der **Prüfung** des konkreten Falles aus dem Jahr 2017 **zu beauftragen**.

Das **SG** verurteilte die Bekl., an die Kl. 12.811,96 € nebst Zinsen zu zahlen.

bb) Nichteinhaltung der 6-Wochen-Frist zur Einschaltung des MDK: Partielles Beweisverwertungsverbot

SG Kassel, Urteil v. 31.05.2021 - S 31 KR 137/20

RID 22-04-91

www.juris.de

SGB V §§ 39 I 1, 275 I c 2, 301

Einwände der Krankenkasse gegen die Abrechnung sind vom Gericht nicht zu prüfen, weil wegen Nichteinhaltung der **6-Wochen-Frist** des § 275 Abs. 1c S. 2 SGB V in der hier maßgeblichen, bis zum 31.12.2019 gültigen Fassung die Behandlungsunterlagen einem partiellen **Beweisverwertungsverbot** unterliegen und insoweit präkludiert sind.

Das **SG** wies die Klage der Krankenkasse ab.

cc) Neurologische Behandlung

SG Braunschweig, Urteil v. 16.02.2022 - S 54 KR 24/21

RID 22-04-92

www.juris.de

Sicherstellungsvertrag Niedersachsen § 13 VI

§ 13 Abs. 6 niedersächsischer Sicherstellungsvertrag regelt in Satz 1 eindeutig, dass die Krankenkasse die Rechnung unverzüglich **nach Rechnungsdatum zu bezahlen** hat. Eine Krankenkasse kann sich nicht darauf berufen, sie müsse nicht zahlen, wenn die Rechnung fehlerhaft ist. Hat die Krankenkasse Zweifel an der Richtigkeit der in das Programm zur Berechnung der Fallpauschale (Grouper) eingegebenen Daten, muss sie den **Medizinischen Dienst einschalten**.

Das Argument, OPS 8-559.- (Fachübergreifende und andere Frührehabilitation) könne vom Krankenhaus nicht abgerechnet werden, da es sich um eine neurologische Patientin handele, ist kein rein rechtliches Argument. Ob es sich um eine **neurologische Behandlung** gehandelt hat oder nicht, kann zwar an der Hauptdiagnose erkannt werden. Das gilt aber nur, wenn diese medizinisch anhand der Patientenakte bestätigt wird. 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.

Das **SG** verurteilte die Bekl., an die Kl. 2.662,48 € nebst Zinsen zu zahlen.

g) Mitteilung des konkreten Erstattungsbetrags erforderlich

SG Duisburg, Gerichtsbescheid v. 12.09.2022 - S 17 KR 2145/21 KH

RID 22-04-93

www.juris.de

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

Es ist nicht ausreichend, wenn sich die Krankenhausträgerin den von der Krankenkasse geltend gemachten **Erstattungsanspruch** aufgrund der vom MDK festgestellten primären Fehlbelegung und des daraus vollständigen Entfallens des Vergütungsanspruchs für die Behandlung der Versicherten **erschließen** kann. Dies gilt auch in den Fällen, in denen in der in jedem MDK-Gutachten enthaltenen Übersicht der Groupingergebnisse ein Vergütungsvergleich zwischen der Abrechnung des MDK und der Abrechnung des Krankenhauses zu entnehmen ist, da die krankenhausesindividuellen Zu- und Abschläge in der Übersicht nicht enthalten sind. Es bedarf einer **Mitteilung des konkreten Erstattungsanspruchs**. Die Vertragsparteien der PrüfvV haben in § 8 S. 1 PrüfvV ausdrücklich aufgenommen, dass die Krankenkasse dem Krankenhaus den Erstattungsbetrag mitzuteilen hat.

Das **SG** verurteilte die Bekl., an die Kl. einen Betrag in Höhe von 3.052,55 € nebst Zinsen zu zahlen.

h) Aufrechnungsverbot durch Landesvertrag

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 05.05.2022 - L 5 KR 347/20

RID 22-04-94

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 59/22 B

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V a. F. § 275 Ic

Es ergibt sich ein **Aufrechnungsverbot** aus § 15 Abs. 4 des **Landesvertrages** Nordrhein-Westfalen im Umkehrschluss zu den dort ausdrücklich bezeichneten Fällen. Es besteht kein Anlass, von dieser durch das LSG Nordrhein-Westfalen in st. Rspr. vertretenen Sichtweise (vgl. LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 08.04.2019 - L 10 KR 723/17 - RID 20-03-120) abzuweichen. Eine Nichtigkeit wegen der Regelung des § 9 Satz 1 PrüfvV 2014 kommt nur im Anwendungsbereich der PrüfvV 2014 in Betracht.

SG Gelsenkirchen, Urt. v. 13.05.2020 - S 46 KR 2242/19 - verurteilte die Bekl., an die Kl. 16.271,50 € zzgl. Zinsen zu zahlen, das **LSG** wies die Berufung zurück.

i) Fehlerhafte Benennung des Krankenhausträgers als Beklagten

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 08.03.2022 - L 11 KR 610/21 KH

RID 22-04-95

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 39, 109 IV; SGG §§ 92 I 1, 138

Eine **Rubrumsberechtigung** dahingehend, dass sich die Klage statt gegen das derzeitig bekl. Ministerium gegen die Universitätsklinikum F AöR richtet, kommt nicht in Betracht, wenn die kl. Krankenkasse bereits keine Berichtigung der Bezeichnung des Bekl. begehrt, sondern seine **Auswechslung** durch eine andere juristische Person. Die Kl. hat die Klage willentlich gegen den - nach ihrem damaligen Verständnis - richtigen Beklagten gerichtet, wenn sie bei Fertigung der Klage Einsicht in das **Deutsche Krankenhausverzeichnis** nimmt und den dort aufgeführten Krankenhausträger beklagt.

SG Dortmund, Urt. v. 29.04.2021 - S 93 KR 155/19 - wies die Klage ab, das **LSG** wies die Berufung, **BSG**, Beschl. v. 22.06.2022 - B 1 KR 29/22 B - juris die Nichtzulassungsbeschwerde zurück.

2. Prüfvereinbarung

a) Risiko der Nichterweislichkeit nach unterlassenen Prüfantrag

SG Itzehoe, Gerichtsbescheid v. 17.06.2022 - S 26 KR 104/19

RID 22-04-96

www.juris.de

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

Unterlässt es die Krankenkasse, **fristgerecht** eine **MDK-Prüfung** im Verhältnis zum Krankenhausträger einzuleiten, unterliegen solche Beweismittel, die nur auf besondere gerichtliche Aufforderung zur Verfügung gestellt würden, einem Beweisverwertungsverbot (BSG, Urt. v. 16.05.2012 - B 3 KR 14/11 R - BSGE 111, 58 = SozR 4-2500 § 109 Nr. 24 Rn. 30).

Die Prüfung des MDK im Verwaltungsverhältnis mit der Versicherten kann die MDK-Prüfung im Abrechnungsverhältnis zwischen Krankenkasse und Krankenhaus nicht ersetzen.

Der **ungenutzte Ablauf der Frist** führt lediglich dazu, dass die tatsächliche Grundlage für die **Prüfung beschränkt** ist. Ausgeschlossen ist nur der Zugriff auf die Unterlagen des Krankenhauses, eine Einzelfallprüfung ist dann beschränkt auf die Daten, die das Krankenhaus im Rahmen seiner Informationsobligationen bei der Krankenhausaufnahme und zur Abrechnung jeweils zur Verfügung gestellt hat. Darüber hinaus darf die Krankenkasse für eine Prüfung andere zulässige Informationsquellen nutzen. Es kommt also nur zu einer Begrenzung der Ermittlung des Sachverhalts. Grundsätzlich können auch die Kosten für **Maßnahmen einer Gewichtsreduktion** in den Leistungsbereich der gesetzlichen Krankenversicherung fallen. Lässt sich, ohne die Patientenakte einzusehen, nicht aufklären, ob die Durchführung der bariatrischen Operation erforderlich gewesen ist, ist im Fall des Unterbleibens einer fristgemäßen Abrechnungsprüfung das **Risiko der Nichterweislichkeit** der Krankenkasse zuzuweisen.

Das **SG** verurteilte die Bekl., an die Kl. 7.308,51 € zzgl. Zinsen zu zahlen, und wies im Übrigen die Klage ab.

b) Aufrechnung nur nach Prüfverfahren

SG Dortmund, Urteil v. 27.06.2022 - S 83 KR 6783/19

RID 22-04-97

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

PrüfvV a.F. § 9

Leitsatz: 1. Die Möglichkeit zur **Aufrechnung** nach § 9 S. 1 PrüfV in der Fassung vom 01.09.2014 setzt ein durchgeführtes Prüfverfahren mit MDK-Gutachten voraus.

2. Berufte sich eine **Krankenkasse** allein auf vermeintliche Ausschlussfristen aus der PrüfV und damit auf **rechtliche Gründe**, besteht keine Möglichkeit zur Aufrechnung nach § 9 S. 1 PrüfV in der Fassung vom 01.09.2014.

Das **SG** verurteilte die Bekl., an die Kl. 1.602,24 € nebst Zinsen zu zahlen.

c) Prüfauftrag 2015 und Prüfverfahrensvereinbarung/Aufrechnungsverbot

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 24.11.2021 - L 10 KR 163/21 KH

RID 22-04-98

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 115/21 B

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 275

BSG, Urt. v. 10.11.2021 - B 1 KR 43/20 R - SozR 4-2500 § 275 Nr. 38 hat nunmehr (nochmals) deutlich zum Ausdruck gebracht, dass bei einem **Prüfauftrag im Jahr 2015** die **Prüfverfahrensvereinbarung aus dem Jahr 2014** nur auf die **Prüfung der Wirtschaftlichkeit** der Krankenhausbehandlung Anwendung findet. Die hiergegen von der Bekl. vorgebrachten Einwände vermögen nicht zu überzeugen.

Soweit die Bekl. ferner die Auffassung vertritt, dass § 15 Abs. 4 Landesvertrag ein (konkludentes) **Aufrechnungsverbot** nicht zu entnehmen ist und dies mit der BSG-Rspr. sowie dem Sinn und Zweck der Regelung zu belegen bzw zu begründen versucht, folgt der Senat dem nicht. Die Einwände vermögen den Senat nicht zu einer Abkehr von seiner insoweit gefestigten Rspr. zu bewegen (vgl. hierzu nur LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 08.04.2019 - L 10 KR 723/17 - juris Rn 16 ff., RID 20-

03-120). BSG, Urt. v. 30.07.2019 - B 1 KR 31/18 R - BSGE 129, 1 = SozR 4-7610 § 366 Nr. 2, juris Rn. 26 bezieht diese Aussage ausschließlich auf eine Konstellation, in der die PrüfvV Anwendung findet. Eine Aussage dazu, ob ein derartiges Aufrechnungsverbot auch außerhalb des Anwendungsbereiches der PrüfvV nichtig ist, hat das BSG nicht getroffen und lässt sich den Ausführungen auch nicht entnehmen.

SG Münster, Urt. v. 29.01.2021 - S 6 KR 2789/19 - verurteilte die Bekl., an die Kl. 2.248,65 € nebst Zinsen zu zahlen und wies die Widerklage ab. Das **LSG** wies die Berufung zurück.

3. Strukturprüfung

a) Prüfung der Strukturmerkmale durch Medizinischen Dienst/Leistungserbringung

LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 28.09.2022 - L 4 KR 86/22 B ER

RID 22-04-99

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 275d II

Leitsatz: 1. Der **Medizinische Dienst** muss **Strukturmerkmale** auch dann prüfen, wenn das Krankenhaus die damit verbundene Leistung erstmalig erbringen will.

2. Es ist eine ungeklärte Rechtsfrage, ob ein **Krankenhaus** eine an Strukturmerkmale geknüpfte **Leistung** erstmalig schon vor der Bestandskraft der Entscheidung des Medizinischen Dienstes nach § 275d Abs. 2 SGB V erbringen darf.

3. Eine Bescheinigung des Medizinischen Dienstes nach § 275d Abs. 2 SGB V ist - ungeachtet des Prüfungsergebnisses - ein Verwaltungsakt.

SG Potsdam, Beschl. v. 20.01.2022 - S 32 KR 594/21 ER - lehnte den vorläufigen Rechtsschutz ab, das **LSG** erlegte nach Erledigung dem Ag. (Medizinischer Dienst) die Kosten des Antragsverfahrens vor dem SG, der Ast. die Kosten des Beschwerdeverfahrens auf.

b) Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)

SG Aachen, Beschluss v. 01.09.2022 - S 6 KR 52/22 KH ER

RID 22-04-100

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 275d

Der „**Abschluss einer Strukturprüfung**“ i.S.d. § 275d Abs. 4 Satz 2 SGB V liegt mit der positiven oder negativen Entscheidung der Krankenkasse nach § 275d Abs. 2 SGB V vor. Soweit die Begründung zum Entwurf des MDK-Reformgesetzes auf die Rechtskraft der Entscheidung abstellt, hat dies im Wortlaut der Vorschrift keinen Niederschlag gefunden. Wie sich aus § 275d Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2 SGB V ferner ergibt, besteht die mit der aufschiebenden Wirkung verbundene Vollzugshemmung erst mit Vorliegen einer positiven Bescheinigung über die Einhaltung der Strukturmerkmale.

Für den OPS 8-98f (aufwendige **intensivmedizinische Komplexbehandlung** [Basisprozedur]) ist im vorliegenden Fall nicht glaubhaft gemacht worden, dass für intermittierende Nierenersatzverfahren eine 24-stündige Verfügbarkeit gewährleistet ist.

Klinische Konsiliardienste für zwei unterschiedliche Fachgebiete in Personalunion werden der Anforderung einer Verfügbarkeit innerhalb von maximal 30 Minuten nicht gerecht. Denn es ist der Fall denkbar, dass gleichzeitig ein Einsatz bei einem gefäßchirurgischen Patienten und bei einem viszeralchirurgischen Patienten besteht.

Das **SG** lehnte die Anträge auf Erlass einstweiliger Anordnungen ab.

4. Aufschlagszahlung nach § 275c III SGB V

a) Anknüpfungspunkt für die Anwendung des § 275c Abs. 3 SGB V

LSG Niedersachsen-Bremen, Beschluss v. 13.06.2022 - L 4 KR 198/22 B ER

RID 22-04-101

www.juris.de = KRS 2022, 252

SGB V § 275c III

Leitsatz KRS: 1. Liegen die Zeitpunkte der Krankenhausaufnahme, der Rechnungserstellung, des Rechnungszugangs, der Einleitung des Prüfverfahrens durch die Krankenkasse oder der Beauftragung des Medizinischen Dienstes im Jahr 2021, ist die **ab 2022 geltende Aufschlagsregelung** in § 275c Abs. 3 SGB V (noch) nicht anwendbar.

2. Der Senat kann sich derzeit (im Verfahren der Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung des Feststellungsbescheides der Krankenkasse) nicht die Überzeugung verschaffen, dass es für die zeitliche Anwendbarkeit der Aufschlagsregelung nicht auf den **Zeitpunkt der stationären Aufnahme in das Krankenhaus** ankommt (gegen SG Hannover, Beschl. v. 18.03.2022 - S 76 KR 112/22 ER KH -; SG Duisburg, Beschl. v. 03.05.2022 - S 39 KR 342/22 KH ER - RID 22-03-100; SG Speyer, Beschl. v. 08.06.2022 - S 7 KR 192/22 ER -). Diese Frage wird im Hauptsacheverfahren näher zu erörtern sein.

b) Anknüpfungspunkt nicht im Jahr 2021

SG Freiburg, Beschluss v. 17.08.2022 - S 1 KR 845/22 ER

RID 22-04-102

www.juris.de

SGB V § 275c III; SGG § 86b I 1 Nr. 2

Der Wortlaut des § 275c Abs. 3 S. 1 SGB V gibt keinen Hinweis, welches Ereignis konkret für den zeitlichen **Anknüpfungspunkt** „ab dem Jahr 2022“ entscheidend ist. Es kann dahinstehen, ob es im Rahmen des § 275c Abs. 3 SGB V auf den **Zeitpunkt** der Krankenhausaufnahme, das Datum der Rechnungserstellung, des Rechnungszugangs bei der Krankenkasse, der Einleitung des Prüfverfahrens durch die Krankenkasse oder das Datum der Beauftragung des MD ankommt, wenn diese Zeitpunkte alle im Jahr 2021 liegen, weshalb die ab 2022 vorgesehene Abschlagszahlung hierauf nicht anwendbar ist. Auf die **Beanstandung durch den MD nach Abschluss dessen Überprüfung** sowie die **leistungsrechtliche Entscheidung der Krankenkasse** im Jahr 2022 kann als zeitlicher Anknüpfungspunkt jedoch nicht abgestellt werden. Denn zu diesen Zeitpunkten hat das Krankenhaus keinerlei Möglichkeit, Einfluss auf die Ordnungsmäßigkeit der Abrechnung zu nehmen. Es läge dann allein in der Sphäre des MD und der Krankenkasse, die Entscheidung in das Jahr 2022 zu verschieben, ohne dass das Krankenhaus mit der folgenden Besserstellung bei den Prüfquoten oder aber Sanktionierung auch durch die Aufschlagszahlung zu einer ordnungsgemäßen Abrechnung angehalten werden könnte (so auch SG Berlin, Beschl. v. 25.07.2022 - S 28 KR 1213/22 ER - RID 22-03-99 m.w.N.).

Das **SG** ordnete die aufschiebende Wirkung des Widerspruchs des Ast. gegen den Bescheid der Ag. an.

c) Rechnung muss dem Prüfregime ab dem Jahr 2022 unterfallen

SG Dortmund, Beschluss v. 07.06.2022 - S 8 KR 330/22 KH ER

RID 22-04-103

www.juris.de

SGB V § 275c III; SGG § 86b I 1 Nr. 2

§ 275 Abs. 3 SGB V bringt zum Ausdruck, dass die **Rechnung dem Prüfregime ab dem 01.01.2022 unterfallen** muss. Daraus, dass sich auch die Höhe des Aufschlags nach § 275c Abs. 3 SGB V nach der Prüfquote bemisst, wird deutlich, dass die Rechnung, für die der Aufschlag festgesetzt wird, demselben Anwendungsquartal zuzuordnen sein muss, für das die Prüfquote gilt. Denn ansonsten würde sich unter Umständen die Berechtigung, eine Krankenhausabrechnung zu prüfen, aus einer anderen Prüfquote ergeben als der, die für die Festsetzung des Aufschlages gilt. Dies entspricht erkennbar nicht der sich aus der Verknüpfung der Aufschlagszahlung mit der jeweiligen Prüfquote ergebenden Systematik (so auch SG Duisburg, Beschl. v. 27.04.2022 - S 46 KR 343/22 KH ER - RID 22-03-97; SG Duisburg, Beschl. v. 27.04.2022 - S 27 KR 340/22 KH ER -).

Das **SG** ordnete die aufschiebende Wirkung des Widerspruchs der Ast. gegen den Bescheid der Ag. an.

d) Rechnungserstellung der Krankenhäuser im Jahr 2022

SG Hannover, Beschluss v. 18.03.2022 - S 76 KR 112/22 ER KH

RID 22-04-104

www.juris.de

SGB V § 275 III; SGG § 86b I 1 Nr. 2

Sinn und Zweck des § 275c Abs. 3 SGB V ist nach der Gesetzesbegründung die Schaffung eines Anreizes für eine ordnungsgemäße Rechnungsstellung. Entscheidender **Anknüpfungspunkt** für die Anwendung von § 275c Abs. 3 SGB V ist somit eine **Rechnungserstellung der Krankenhäuser im Jahr 2022**.

Das **SG** ordnete die aufschiebende Wirkung des Widerspruchs der Ast. gegen den Bescheid der Ag. an

e) Datum der leistungsrechtlichen Entscheidung der Krankenkasse unerheblich

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

RID 22-04-105

www.juris.de

SGB V § 275 III; SGG § 86b I 1 Nr. 2

Zeitlicher Anknüpfungspunkt für die Anwendbarkeit des § 275 III SGB ist jedenfalls nicht das **Datum der leistungsrechtlichen Entscheidung der Krankenkasse**. Es muss die **Rechnung dem Prüfregeime ab 2022** unterfallen.

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

Vgl. auch SG Duisburg, Beschl. v. 27.04.2022 - S 46 KR 343/22 KH ER - RID 22-03-97.

5. GBA-Beschluss zu Notfallstrukturen in Krankenhäusern

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 22.06.2022 - L 9 KR 170/19 KL

RID 22-04-106

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 136c IV; KHEntgG § 9 Ia Nr. 5

Leitsatz: 1. Es dient überragenden Gemeinwohlbelangen, die **Notfallversorgung in Krankenhäusern** zu strukturieren und in ihrer Qualität zu sichern.

2. Der Beschluss des **GBA** über die Erstfassung der Regelungen zu einem gestuften System von **Notfallstrukturen in Krankenhäusern** gem. § 136c Abs. 4 SGB V v. 19.04.2018 ist rechtlich nicht zu beanstanden.

3. **Belegkrankenhäuser** haben keinen Anspruch auf eine Sonderrolle im „System der Notfallstrukturen in Krankenhäusern“; sie werden durch den Beschluss des GBA 19.04.2018 nicht willkürlich gleichbehandelt.

Das **LSG** wies die Klage ab.

Parallelverfahren:

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 22.06.2022 - L 9 KR 179/19 KL

RID 22-04-107

www.sozialgerichtsbarkeit.de

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 22.06.2022 - L 9 KR 186/19 KL

RID 22-04-108

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 22.06.2022 - L 9 KR 184/19 KL

RID 22-04-109

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

6. Fallpauschalen

a) Verlegung

aa) Vergütungsanspruch nach Verlegung

LSG Sachsen, Urteil v. 25.06.2022 - L 1 KR 246/19

RID 22-04-110

Revision anhängig: B 1 KR 29/22 R

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 39, 109 IV

Leitsatz: 1. Die medizinische Notwendigkeit der **Verlegung** des versicherten Patienten ist weder beim aufnehmenden noch beim verlegenden Krankenhaus Voraussetzung des Vergütungsanspruchs.

2. Ein Krankenhaus der Maximalversorgung darf nach einer bei ihm durchgeführten Spezialbehandlung den versicherten Patienten zur **Weiterbehandlung** in ein wohnortnahes Krankenhaus einer niedrigeren Versorgungsstufe verlegen, ohne dadurch seinen Vergütungsanspruch ganz oder teilweise zu verlieren.

3. Ein Krankenhaus kann auch hinsichtlich einer Verlegung nur dann auf ein **fiktives wirtschaftliches Alternativverhalten** verwiesen werden, wenn die Kostenfolgen bereits bei der Behandlungsplanung vorhersehbar sind.

SG Leipzig, Urtr. v. 25.06.2019 - S 8 KR 241/17 - verurteilte die Bekl. zur Zahlung von 11.087,88 € nebst Zinsen, das *LSG* wies die Berufung zurück.

bb) Verlegung bei Überbelegung der eigenen Krankenhausabteilung

SG Duisburg, Urteil v. 22.07.2022 - S 17 KR 2002/19

RID 22-04-111

www.juris.de

SGB V §§ 39, 69 I 2 u. 3, 109 IV; BGB § 280 I

Ist eine Krankenhausabteilung (hier: Geriatrie) **überbelegt**, kommt eine **Weiterbehandlung** einer Versicherten in dieser Abteilung nicht in Betracht und ist eine **Verlegung** in ein anderes Krankenhaus (hier: zur geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung) zulässig.

Das *SG* wies die Klage der Krankenkasse ab.

cc) Verlegungsabschlag: Stationäre Behandlungsbedürftigkeit zum Zeitpunkt der Entlassung

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 24.05.2022 - L 4 KR 456/20

RID 22-04-112

Revision anhängig: B 1 KR 20/22 R

www.juris.de

SGB V § 39 I; FPV 2015 § 1 I 4

Eine **Verlegung** i.S.d. § 1 Abs. 1 Satz 4 FPV 2015 setzt voraus, dass sowohl zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem abgebenden Krankenhaus als auch zum Zeitpunkt der Aufnahme in das aufnehmende Krankenhaus eine stationäre Behandlungsbedürftigkeit besteht.

SG Hildesheim, Urtr. v. 08.10.2020 - S 20 KR 43/17 - verurteilte die Bekl. zur Zahlung von 1.123,04 € nebst Zinsen, das *LSG* wies die Berufung zurück.

b) Vom Krankenhaus veranlasste Leistungen Dritter (Strahlentherapie)

LSG Hamburg, Urteil v. 23.06.2022 - L 1 KR 60/21

RID 22-04-113

Revision anhängig: B 1 KR 18/22 R

www.juris.de

KHEntgG § 2 II 2 Nr. 2

Bei einer während der stationären Behandlung im Krankenhaus durchgeführten **strahlentherapeutischen Behandlungen** der Versicherten handelt es sich um **vom Krankenhaus veranlasste Leistungen Dritter** i.S.d. § 2 Abs. 2 S. 2 Nr. 2 KHEntgG. Dem steht nicht entgegen, dass die Behandlungen vor Beginn der stationären Behandlung bereits **als vertragsärztliche Leistung begonnen** worden sind und danach als solche fortgesetzt werden, da die Behandlungen während des stationären Aufenthalts unter der **Gesamtverantwortung der Ärzte des Krankenhauses** erfolgen, die über deren Fortführung zu befinden, diese also zu „veranlassen“ sowie innerhalb ihres Therapiekonzepts zu berücksichtigen haben und ggf. auch unterbrechen können.

SG Hamburg verurteilte die Bekl., an die Kl. 2.404,04 € zzgl. Zinsen zu zahlen, das *LSG* wies die Berufung zurück.

c) Kodierung einer Sepsis als Hauptdiagnose

SG Hamburg, Urteil v. 20.06.2022 - S 45 KR 1542/17

RID 22-04-114

www.juris.de

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

Die Hauptdiagnose kann nicht als **Sepsis** kodiert werden, wenn nach dem Sachverständigengutachten hierfür keine Anhaltspunkte vorliegen, sondern ein Erysipel mit der ICD 10 Ziffer A46 zu kodieren

ist. Wird jedenfalls nicht diejenige Behandlung durchgeführt, die für eine Sepsis gerade typisch ist, kann diese Diagnose auch nicht den **Ressourcenverbrauch** für sich beanspruchen, der notwendig gewesen wäre, damit diese als Haupt- oder Nebendiagnose kodiert werden kann.

Das **SG** verurteilte den bekl. Klinikträger, an die kl. Krankenkasse 1.733,37 € zzgl. Zinsen zu bezahlen.

d) Wundinfektion/Keine Rückforderung bei vorzeitiger Erfüllung einer betagten Forderung

LSG Sachsen, Urteil v. 15.12.2021 - L 1 KR 260/16

RID 22-04-115

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 51/22 B
www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 109 IV 3; KHEntG §§ 7, 9; KHG § 17b; BGB § 813 II

Leitsatz: 1. Eine mit der ICD T81.4 kodierbare **Wundinfektion** setzt über die Keimbesiedelung der Wunde hinaus eine konkrete Wirtsreaktion voraus.

2. Eine **Verdachtsdiagnose** im Sinne der DKR D008b liegt nicht dann vor, wenn zwischen Krankenhaus und Krankenkasse über eine Diagnose Streit besteht, sondern nur dann, wenn sich die streitige Tatsache (Vorliegen der Diagnose) nicht aufklären lässt.

3. Der **Sekundärkode B95.7!** darf nur dann kodiert werden, wenn der Keim die Ursache einer infektiösen Erkrankung ist.

4. § 813 Abs. 2 BGB ist auf den **öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch** entsprechend anwendbar.

SG Chemnitz, Urt. v. 02.08.2016 - S 11 KR 378/13 - verurteilte die Bekl., an die Kl. 4.891,89 € zu zahlen. Das **LSG** verurteilte die Bekl., an die Kl. 223,15 € nebst Zinsen zu zahlen, und wies im Übrigen die Klage ab und die Berufung der Bekl. zurück.

e) Unselbstständige Prozedurenkomponente: Narbenkorrektur n. Entfernung v. Osteosynthesematerial

LSG Mecklenburg-Vorpommern, Urteil v. 03.08.2022 - L 6 KR 4/19

RID 22-04-116

www.juris.de

SGB V § 301

Leitsatz: 1. Eine **unselbstständige Prozedurenkomponente** liegt dann vor, wenn diese Teilprozedur bzw. Komponente ohne Durchführung der Prozedur nicht stattgefunden hätte und von Anfang an als Bestandteil der Maßnahme vorgesehen war (BSG, Urt. v. 18.09.2008 - B 3 KR 15/07 R - SozR 4-2500 § 109 Nr. 11 Rn. 24).

2. Eine anlässlich der **Entfernung von Osteosynthesematerial** (OPS 5-787.xx) vorgenommene **Narbenkorrektur** ist daher als bloße unselbstständige Prozedurenkomponente nicht gesondert zu verschlüsseln, wenn sie nicht ohne die Entfernung des Osteosynthesematerials stattgefunden hätte und von Anfang an als Bestandteil dieser Maßnahme vorgesehen war.

3. Es ist streng zwischen den Vorschriften zur Kodierung von **Diagnosen** einerseits und von **Prozeduren** andererseits zu trennen. Ist mit einer Nebendiagnose (hier: L90.5 - Narben und Fibrosen der Haut) ein Ressourcenverbrauch (hier: chirurgischer Aufwand) einhergegangen, folgt aus der Kodierfähigkeit der Nebendiagnose keineswegs zugleich die Kodierfähigkeit des diesem chirurgischen Aufwand entsprechenden Prozedurenschlüssels des OPS.

4. Die DKR P015f (**Organentnahme und Transplantation**) regelt lediglich, wie eine Transplantation zu kodieren ist, trifft hingegen keinerlei Regelung zu der Frage, ob eine Transplantation überhaupt zu kodieren ist, wenn sie sich neben einer anderen, als selbstständige Hauptprozedur anzusehenden Operation lediglich als unselbstständige Prozedurenkomponente darstellt.

SG Rostock, Urt. v. 23.10.2018 - S 18 KR 826/15 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

f) Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 02.06.2022 - L 16 KR 827/20

RID 22-04-117

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

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

Auch nach dem insoweit maßgeblichen Wortlaut des OPS 8-550.1 (**Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung**: Mindestens 14 Behandlungstage und 20 Therapieeinheiten) muss die **Beteiligung der genannten Berufsgruppen** nicht über eigenes Personal sichergestellt werden.

Ein Krankenhaus ist zur **Vorlage der Dokumentation** der wöchentlichen Teambesprechung mangels Einleitung eines Prüfverfahrens i.S.d. § 275 Abs. 1c SGB V a.F. nicht verpflichtet, dem Gericht ist deren Anforderung verwehrt.

SG Dortmund, Urtr. v. 17.09.2020 - S 93 KR 7696/19 - wies die Klage der Krankenkasse ab, das **LSG** die Berufung zurück.

g) Palliativmedizinisches Basisassessment

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 17.08.2022 - L 10 KR 262/21 KH

RID 22-04-118

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

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

Ein **palliativmedizinisches Basisassessment** nach OPS 1-774 lässt sich nicht feststellen. Schon anhand der Patientenakte ist vielmehr nicht nachvollziehbar, inwieweit **standardisierte Messverfahren** tatsächlich zum Einsatz gekommen sind und dass mit diesen mindestens fünf Bereiche der Palliativversorgung untersucht wurden.

SG Duisburg, Urtr. v. 03.03.2021 - S 60 KR 1107/18 - juris verurteilte die Bekl., an die Kl. 2.286,60 € nebst Zinsen zu zahlen und wies im Übrigen die Klage mit dem Antrag, 4.093,80 € zu zahlen. ab. Das **LSG** wies die Berufung der Kl. zurück.

h) Revision einer Anastomose und eines vaskulären Implantats

LSG Rheinland-Pfalz, Urteil v. 07.04.2022 - L 5 KR 181/21

RID 22-04-119

www.juris.de = KRS 2022, 306

KHEntgG §§ 7 I, 9 I Nr. 1 u. 3

Leitsatz (KRS): 1. Neben den Codes 5-394.1 (Revision einer Anastomose) und 5-394.2 (Revision eines vaskulären Implantats) können spezifisch kodierbare Eingriffe (z.B. Bypassstrombektomie) gesondert kodiert werden.

2. Die Kodierregel DKR P013k (Wiedereröffnung eines Operationsgebietes/Reoperation) ist gegenüber diesen Codes nachrangig.

SG Trier, Urtr. v. 20.07.2021 - S 3 KR 93/20 - verurteilte die Bekl., an die Kl. 2.097,20 € nebst Zinsen zu zahlen. Das **LSG** wies die Berufung zurück.

i) Demenz bei primärem Parkinson-Syndrom und organische Halluzinose

LSG Hessen, Urteil v. 18.03.2021 - L 1 KR 565/18

RID 22-04-120

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

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

Eine **Demenz bei primärem Parkinson-Syndrom** (F02.3) liegt vor, wenn es sich um eine Demenz handelt, die sich im Verlauf einer Parkinson-Erkrankung entwickelt. Dies ist der Fall, wenn in den Pflegeberichten nahezu täglich Eintragungen über dementielle Symptome zu finden sind. Eine testpsychologische Untersuchung zur Bestätigung der klinisch eindeutigen Symptome ist nicht erforderlich.

Eine **organische Halluzinose** (F06.0) kann nicht neben F02.3 kodiert werden, wenn eine diagnostische Abgrenzung nicht möglich ist.

SG Gießen, Urtr. v. 19.04.2018 - S 5 KR 78/15 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück. **BSG**, Beschl. v. 12.07.2022 - B 1 KR 40/21 B - juris verwarf die Nichtzulassungsbeschwerde als unzulässig.

j) Akutes Nierenversagen nach Kriterien der KDIGO-Leitlinien

LSG Sachsen, Urteil v. 18.05.2022 - L 1 KR 299/19

RID 22-04-121

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

Leitsatz: 1. Mangels normativer definitorischer Vorgaben kommt dem Begriff des **akuten Nierenversagens** in ICD-10-GM (2014) N17.- der Sinngehalt zu, der ihm 2014 im wissenschaftlich-medizinischen Sprachgebrauch beigemessen wurde, der bereits damals von den KDIGO-Leitlinien geprägt war.

2. Ein akutes Nierenversagen im Sinne von ICD-10-GM (2014) N17.- lag nach dem medizinisch-wissenschaftlichen Sprachgebrauch im Jahr 2014 vor, wenn eines der **Kriterien der KDIGO-Leitlinien** erfüllt war, und nicht erst mit Erreichen des Schweregrads 3 nach den KDIGO-Leitlinien, obwohl erst dieser Schweregrad dem RIFLE-Stadium „Failure“ entspricht.

SG Chemnitz, Urt. v. 08.10.2019 - S 15 KR 93/18 - verurteilte die Bekl. zur Zahlung von 1.335,39 € nebst Zinsen, das **LSG** wies die Berufung zurück.

k) Bariatrische Operation

aa) Primäre Indikation zur Durchführung der bariatrischen Operation nach Leitlinie

SG für das Saarland, Gerichtsbescheid v. 17.08.2022 - S 1 KR 75/21

RID 22-04-122

www.juris.de

SGB V §§ 39 I, 109 IV 3, 112 I

Eine **medizinische Indikation** für eine bariatrische Operation liegt vor, wenn ein **BMI** von 52,3 kg/m² vorliegt, so dass es nicht mehr darauf ankommt, ob konservative Behandlungsmöglichkeiten für den Patienten zur Gewichtsreduzierung erschöpft sind.

Das **SG** verurteilte die Bekl., an den Kl. 6.987,08 € zzgl. Zinsen zu zahlen.

bb) Ausschöpfen konservativer Therapiebemühungen

SG München, Urteil v. 15.09.2022 - S 15 KR 26/21

RID 22-04-123

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 2 I 1, II 1, 12 I, 27 I 1 Nr. 5, 39 I

Leitsatz: 1. Zum Erfordernis des **Ausschöpfens konservativer Therapiebemühungen** vor einer bariatrischen Operation.

2. Zu den **Leitlinienempfehlungen** als bestmögliche Evidenz im Sinne der aktuellen BSG-Rechtsprechung (vgl. BSG, Urt. v. 22.06.2022 - B 1 KR 19/21 R -).

Das **SG** wies die Klage ab.

l) Kathetergestützte transapikale Aortenklappenintervention (TAVI)

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 26.04.2022 - L 9 KR 392/20

RID 22-04-124

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 43/22 B

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 2 I 3, IV, 12 I, 27 I 1, 39 I, 135a I 2, 137 I 1 Nr. 2

Die **kathetergestützte transapikale Aortenklappenintervention bzw. katheterbasierte Aortenklappenersatz - TAVI** konnte 2014 nicht in einer Klinik erbracht werden, die nicht über eine eigene **herzchirurgische Abteilung** verfügte. Das **Qualitätsgebot** stellt Anforderungen an die strukturellen und prozeduralen Voraussetzungen der Leistungserbringung. So lange es an einer Konkretisierung dieser Anforderungen durch den an erster Stelle dazu berufenen GBA fehlt, richten sich die Anforderungen der Struktur- und Prozessqualität nach dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse.

SG Potsdam, Gerichtsbb. v. 21.09.2020 - S 15 KR 642/17 - verurteilt die Bekl., an die Kl. den Betrag in Höhe von 23.853,24 € nebst Zinsen zu zahlen, das **LSG** wies die Klage ab.

7. Aufwandspauschale

a) Verjährung/Anspruchsvoraussetzungen

SG Stralsund, Urteil v. 26.08.2022 - S 3 KR 191/21

RID 22-04-125

Berufung zugelassen
www.juris.de

SGB V §§ 109 V 1, 275, 275c

Leitsatz: 1. Ein Anspruch des Krankenhauses auf Zahlung einer **Aufwandspauschale** im Sinne des § 275 Abs. 1c S. 3 SGB V a.F. (seit 01.01.2020: § 275c Abs. 1 S. 2 SGB V) **verjährt** in entsprechender Anwendung von § 109 Abs. 5 S. 1 SGB V in der ab dem 01.01.2020 geltenden Fassung in zwei Jahren nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem dieser entstanden ist.

2. Ein Anspruch auf Aufwandspauschale entsteht in entsprechender Anwendung der in §§ 40 Abs. 1 bzw. 41 SGB I enthaltenen Rechtsgedanken erst (und wird frühestens dann **fällig**), sobald alle in der hier maßgeblichen Rechtsgrundlage geregelten Tatbestandsvoraussetzungen erfüllt sind.

3. **Voraussetzung** für eine Entstehung des Anspruchs auf Aufwandspauschale ist daher nicht nur, dass dem Krankenhaus im Rahmen einer Einzelfallprüfung einer Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V durch den MDK bzw. MD im Rahmen einer Sachverhaltsermittlung auf der sog. dritten Stufe ein Aufwand infolge erneuter Befassung mit dem Behandlungs- und Abrechnungsfall entstanden ist (grundlegend hierzu BSG, Urt. v. 22.06.2010 - B 1 KR 1/10 R - BSGE 106, 214 = SozR 4-2500 § 275 Nr. 3 Rn. 12), sondern kumulativ mit den vorgenannten Voraussetzungen ist die Entstehung des Anspruchs auch daran geknüpft, dass die Prüfung objektiv **nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages** geführt hat.

4. Ein **Erfolg der Abrechnungsprüfung** ist objektiv (erst) dann festzustellen, wenn sich das Krankenhaus nach Einleitung des Prüfverfahrens mit einem geringeren als dem Rechnungsbetrag begnügt oder (wie hier) das Prüfergebnis im nachfolgenden Gerichtsverfahren keine Bestätigung im Sinne der Zuerkennung eines geringeren Abrechnungsbetrags gefunden hat (vgl. hierzu BSG, Urt. v. 23.06.2015 - B 1 KR 24/14 R - NZS 2015, 745, juris Rn. 10).

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

b) Aufwandspauschale keine Vergütung

LSG Schleswig-Holstein, Urteil v. 24.08.2022 - L 5 KR 166/20

RID 22-04-126

Revision anhängig: B 1 KR 32/22 R
www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V a.F. § 325 (SGB V n.F. § 412)

Leitsatz: Die §§ 109 Abs. 5 SGB V und 325 SGB V a.F. finden auf die **Aufwandspauschale** keine Anwendung, weil es sich hierbei nicht um eine Vergütung im Sinne dieser Vorschriften handelt. Mangels planwidriger Gesetzeslücke scheidet auch eine entsprechende Anwendung der Rechtsnormen auf Aufwandspauschalen aus.

SG Kiel, Urt. v. 06.07.2020 - S 44 KR 658/19 - verurteilte die Bekl., an die Kl. 300 € zzgl. Zinsen zu zahlen. Das **LSG** wies die Klage ab.

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 Rezepteinsendung durch Neukunden hinweist; Bestandteil der Werbebeilage war ein an die Versandapotheke adressierter Freiumschlag für die Rezepteinsendung. 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 Regelungen 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 **Freiumschlag** 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 Materialverschnitt, den basierend auf Auskünften von Verbänden der Orthopädienschuhtechnik 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** - SozR 4-2500 § 133 Nr. 7 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 (§ 1 I 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 Personenbeförderungrecht (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 Verfassungen 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 Markttrittschancen bestehen.

1. Rabatt pharmazeutischer Unternehmer: Vergleichbarkeit einer Darreichungsform

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 21.10.2022 - L 28 KR 260/18

RID 22-04-127

Revision anhängig: B 3 KR 20/22 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 130a IIIa

Leitsatz: Für die Auslegung des in § 130a Abs. 3a SGB V genannten unbestimmten Rechtsbegriffs der gesetzlich nicht legaldefinierten „**Darreichungsform**“ als eine der Voraussetzungen des **Abschlags** nach dem sogenannten **Preismoratorium** ist der im Arzneimittelgesetz bereits etablierte Begriff zu berücksichtigen. Es handelt sich danach um die galenische Form, in der ein Arzneimittel angewendet wird.

„**Vergleichbar**“ ist die Darreichungsform eines neu eingeführten Fertigarzneimittels im Verhältnis zu einem vom selben pharmazeutischen Unternehmer bereits in den Verkehr gebrachten Fertigarzneimittel gleichen Wirkstoffs, wenn **keine wissenschaftlich erheblichen Unterschiede** hinsichtlich der jeweiligen Darreichungsform gegeben sind. Auf eine Austauschbarkeit des Arzneimittels (aut idem) oder Identität kommt es dagegen nicht an.

SG Berlin, Urt. v. 27.08.2018 - S 221 KR 3260/15 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

2. Hilfsmittelerbringer: Beitritt zum Vertrag/Blutzuckermessgeräte und -teststreifen

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 13.09.2022 - L 16/4 KR 548/19

RID 22-04-128

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 3 KR 37/22 B
www.juris.de
SGB V §§ 2 II 3, 31 I, 33, 126 I, 127, 307

Leitsatz: 1. Ein **Beitritt zum Vertrag** nach § 127 Abs. 2 SGB V zu den gleichen Bedingungen gemäß § 127 Abs. 2a SGB V in der bis zum 10.04.2017 geltenden Fassung liegt nicht vor, wenn der Beitritt nur **unter Ausschluss nicht gewünschter Klauseln** erklärt wird.

2. Ein **Anspruch auf Vergütung** von abgegebenen Blutzuckerteststreifen **ohne Vertrag** nach § 127 Abs. 2 SGB V besteht nicht.

3. Für die Abgabe von Hilfsmitteln an Versicherte und die Abrechnung mit den Krankenkassen ist ein **Vertrag** nach § 127 SGB V gem. § 126 Abs. 1 Satz 1 SGB V notwendige Voraussetzung. Der Hilfsmittelanspruch umfasst als ungeschriebenes Tatbestandsmerkmal auch die Gewährung von **Zubehör**, um den bestimmungsgemäßen Gebrauch des Hilfsmittels zu ermöglichen bzw. zu erhalten. **Blutzuckermessgeräte** zur Messung der Glukosekonzentration im Blut zählen als Hilfsmittel. **Blutzuckerteststreifen**, mit denen die Blutzuckermessgeräte jeweils zu bestücken sind, sind dazu Zubehör.

4. Insbesondere ergibt sich ein Anspruch auf Vergütung des Leistungserbringers nicht aus § 31 SGB V. Wenn die §§ 126, 127 SGB V auf **Blutzuckerteststreifen** keine Anwendung fänden, weil sie den **Arzneimitteln** zuzurechnen seien, existierte für eine Versorgung mit Blutzuckerteststreifen keine Rechtsgrundlage, da § 31 SGB V ausschließlich für Apotheken gilt. Eine Versorgung mit Arzneimitteln durch Hilfsmittelerbringer sieht das abschließende vierte Kapitel des SGB V nicht vor.

SG Osnabrück, Urt. v. 18.11.2019 - S 46 KR 65/15 - wies die Klage ab, auf die Widerklage der Krankenkasse verurteilte es die Kl., der Bekl. 22.407,31 € nebst Zinsen zu zahlen. Das *LSG* änderte die Zinsentscheidung ab und wies im Übrigen die Berufung zurück.

3. Krankentransport an anderen Standort des Klinikums

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 27.07.2022 - L 5 KR 522/22

RID 22-04-129

Revision anhängig: B 3 KR 15/22 R

www.juris.de

SGB V § 60 I 1, II 1 Nr. 2

Der Begriff des Krankenhauses und auch die Bedeutung einer **Verlegung** können nur einheitlich für das gesamte Recht der gesetzlichen Krankenversicherung ausgelegt werden. Eine als **einheitliches Krankenhaus im Krankenhausplan** des Landes ausgewiesene Einrichtung kann nicht bei der Frage, ob eine Verlegung in ein „anderes Krankenhaus“ gegeben ist, in zwei (oder mehrere) Krankenhäuser aufgeteilt werden, auch wenn einzelne Betriebsstätten des Krankenhauses räumlich auseinanderliegen. Das Fehlen der Kriterien einer Verlegungsfahrt führt nicht dazu, dass die Versicherten von ihrer Krankenkasse keinen Krankentransport beanspruchen können. Der mit Wirkung zum 01.01.2004 geänderte § 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V begründet nun einen Anspruch auf **Fahrkostenübernahme** auch bei **Verlegungsfahrten**, sofern sie medizinisch zwingend notwendig sind. Zu sonstigen Fahrten im Zusammenhang mit stationären Krankenhausbehandlungen enthält § 60 SGB V indes keine einschränkenden Regelungen. Insoweit verbleibt es bei den Voraussetzungen des § 60 Abs. 1 Satz 1 SGB V, wonach die Krankenkasse die Kosten übernimmt, wenn die Fahrt im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse (hier einer stationären Leistung) „**aus zwingenden medizinischen Gründen**“ **notwendig** ist.

Wie schon die Einbeziehung der (medizinisch zwingend notwendigen) Verlegungsfahrten von einem zum anderen Krankenhaus zeigt, werden Krankentransportleistungen auch **auf Veranlassung eines Krankenhauses** erbracht. Die Krankenhausärzte werden dabei nicht vertragsärztlich tätig, so dass eine **vertragsärztliche Verordnung** auf Grundlage der Krankentransport-Richtlinie nicht ausgestellt werden kann.

SG Reutlingen, Urt. v. 08.01.2020 verurteilte die Bekl., an die Kl. 265,02 € nebst Zinsen zu zahlen, das *LSG* wies die Berufung der Bekl. zurück.

IX. Angelegenheiten der Krankenkassen

1. Datenzusammenführung und -übermittlung

LSG Hessen, Beschluss v. 14.09.2022 - L 8 KR 168/22 DS B ER

RID 22-04-130

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 303b I; DaTraV § 3 I; SGG § 86b II

In dem betreffenden Verfahren zum Antrag auf vorläufige Außerkraftsetzung der vorliegend streitgegenständlichen gesetzlichen Regelung (§ 303b Abs. 1 SGB V und § 3 Abs. 1 DaTraV) wurde von BVerfG, Beschl. v. 19.03.2020 - 1 BvQ 1/20 - juris Rn. 8) auf die bestehenden **Zweifel im Hinblick auf das Reidentifikationsrisiko**, die **Datensicherheit** insb. im Hinblick auf die Möglichkeit einer Verschlüsselung der Daten statt einer Anonymisierung oder Pseudonymisierung und das

Selbstbestimmungsrecht der gesetzlich Versicherten über ihre Daten hingewiesen. Nach der Einschätzung des BVerfG ergeben sich hieraus komplexe Fragen der verfassungsrechtlichen Datenschutzdogmatik, die der näheren Aufklärung bedürfen und in der für das Eilverfahren gebotenen Kürze der Zeit nicht angemessen behandelt werden können.

In der Sache hat die Ag. im Beschwerdeverfahren nochmals bestätigt, dass es technisch möglich ist, die betreffenden Daten des Ast. aus den zu meldenden Daten herauszufiltern, so dass keinerlei Daten von ihm an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen gelangen. Die begehrte Sicherungsanordnung betrifft folglich ausschließlich den Datensatz des Ast.; die gesetzlich vorgesehene Übermittlung der Daten weiterer Versicherter in der gesetzlichen Krankenversicherung wird hierdurch nicht berührt. Aufgrund dessen bestehen auch seitens des Senats keine Zweifel, dass die vom Ast. substantiiert geltend gemachten möglichen Grundrechtsverletzungen - insb. die **Verletzungen seiner informellen Selbstbestimmung** - weitaus höher zu gewichten sind als die Folgen des vorübergehenden Ausschlusses der Übermittlung bzw. statistische Auswertung der den Ast. betreffenden Daten, welche wegen der seltenen schweren Erkrankung des Ast. besonders schutzwürdig sind. Für den Senat ist nicht ersichtlich, dass hierdurch das Ziel der Regelung des Datentransparenzverfahrens nach §§ 303a ff. SGB V, Gesundheitsdaten der in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversicherten Personen für Zwecke der medizinischen Forschung, der Planung, Analyse und Evaluation der Gesundheitsversorgung verfügbar zu machen, in relevantem Umfang vereitelt werden könnte.

SG Frankfurt a.M., Beschl. v. 01.06.2022 - S 25 KR 932/22 DS ER - juris untersagte der Ag. im Wege der einstweiligen Anordnung vorläufig, die den Ast. betreffenden, in § 303b Abs. 1 SGB V und § 3 Abs. 1 DaTraV bezeichneten Daten für das Berichtsjahr 2021 an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen zu übermitteln, und lehnte im Übrigen den Antrag ab. Das *LSG* änderte auf Beschwerde des Ast. den Beschluss ab und untersagte der Ag. im Wege der einstweiligen Anordnung vorläufig, die den Ast. betreffenden, in § 303b Abs. 1 SGB V und § 3 Abs. 1 DaTraV bezeichneten Daten für das Berichtsjahr 2019 an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen zu übermitteln.

2. Amtsenthebung des Geschäftsführers eines MDK

LSG Rheinland-Pfalz, Urteil v. 03.02.2022 - L 5 KR 224/19

RID 22-04-131

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

SGB V § 279 VI; SGB IV § 59 III

Eine ausdrückliche **Regelung** der Voraussetzungen für eine **Amtsenthebung** des Geschäftsführers eines MDK findet sich in §§ 278 ff. SGB V in der bis zum 31.12.2019 geltenden Fassung nicht. Die Anwendung des § 59 Abs. 3 Satz 1 SGB IV über § 279 Abs. 6 SGB V a.F. ergibt sich daraus, dass es sich bei der Amtsenthebung um einen actus contrarius zur Wahl handelt.

Der Geschäftsführer eines MDK verstößt gegen seine **Ampflichten**, wenn er unter Missachtung der beamtenrechtlichen Regelungen **Leistungsprämien und -zulagen an Beamte** gewährt. Hinzu kommen weitere Pflichtverletzungen im Zusammenhang mit der Beschaffung eines Buchs über Gleitschirmfliegen, die Anschaffung eines Allradtraktors und Äußerungen gegenüber dem früheren stellvertretenden Geschäftsführer.

SG Mainz, Ur. v. 25.09.2019 wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück,

X. Bundessozialgericht (BSG)

1. Mammaaufbauplastik bei Jugendlichen

BSG, Urteil v. 10.03.2022 - B 1 KR 3/21 R

RID 22-04-132

BSGE = SozR 4-2500 § 27 Nr. 31 = Die Leistungen Beilage 2022, 335

Leitsatz: Eine als Krankheit anzusehende **Entstellung** kann in eng begrenzten Ausnahmefällen auch an üblicherweise **von Kleidung bedeckten Körperstellen** möglich sein.

BSG, Beschluss v. 09.05.2022 - B 1 KR 5/21 BH

RID 22-04-133

juris

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Mecklenburg-Vorpommern*, Ur. v. 20.04.2021 - L 6 KR 105/17 - RID 22-04-58 wird zurückgewiesen.

BSG, Urt. v. 16.08.2021 - B 1 KR 8/21 R - SozR 4-2500 § 28 Nr. 10 Rn. 9 ff. (vgl. auch BSG, Urt. v. 10.03.2022 - B 1 KR 2/21 R - juris Rn. 9 ff.) hat in Bestätigung seiner st. Rspr. entschieden, dass nach § 28 Abs. 2 S. 9 SGB V **implantologische Leistungen** nicht zur zahnärztlichen Behandlung gehören; sie dürfen von den Krankenkassen auch nicht bezuschusst werden. Dies gilt nur dann nicht, wenn seltene, vom GBA in Richtlinien nach § 92 Abs. 1 SGB V festzulegende **Ausnahmeindikationen** für besonders schwere Fälle vorliegen, in denen die Krankenkassen diese Leistung einschl. der Suprakonstruktion als Sachleistung im Rahmen einer medizinischen Gesamtbehandlung erbringt. Eine solche **medizinische Gesamtbehandlung** muss sich aus verschiedenen, nämlich aus human- und zahnmedizinisch notwendigen Bestandteilen zusammensetzen, ohne sich in einem dieser Teile zu erschöpfen. Nicht die Wiederherstellung der Kaufunktion im Rahmen eines zahnärztlichen Gesamtkonzepts, sondern ein darüber hinausgehendes medizinisches Gesamtziel muss der Behandlung ihr Gepräge geben. Das Tatbestandsmerkmal der medizinischen Gesamtbehandlung schließt von vornherein Fallgestaltungen aus, in denen das Ziel der implantologischen Behandlung nicht über die reine Versorgung mit Zahnersatz zur Wiederherstellung der Kaufähigkeit hinausreicht. § 28 Abs. 2 S. 9 SGB V begrenzt den Anspruch auf Implantatversorgung auf seltene Ausnahmeindikationen für besonders schwere Fälle. Der Anspruch besteht nicht bereits dann, wenn Implantate zahnmedizinisch geboten sind, also für die **Wiederherstellung der Kaufähigkeit** „alternativlos“ sind. Der grundsätzliche Ausschluss implantologischer Leistungen aus dem GKV-Leistungskatalog mit den engen, sich aus § 28 Abs. 2 S. 9 SGB V ergebenden Ausnahmen verstößt auch unter Einbeziehung der Wertungen des Art. 2 Abs. 1 GG i.V.m. dem Sozialstaatsgebot und des Art. 2 Abs. 2 GG nicht gegen den allgemeinen Gleichheitssatz des Art. 3 Abs. 1 GG.

2. Krankenhausbehandlung: Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative (Liposuktion)

BSG, Urteil v. 26.04.2022 - B 1 KR 20/21 R

RID 22-04-134

www.juris.de

Im Anwendungsbereich des § 137c SGB V ist das allgemeine Qualitätsgebot des § 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V durch § 137c Abs. 3 SGB V partiell eingeschränkt und erweitert den Anspruch Versicherter auf Krankenhausbehandlung. An die Stelle des allgemeinen Qualitätsgebots tritt der Potentialmaßstab. Versicherte haben auch nach **Erllass einer Erprobungsrichtlinie** Anspruch auf die Versorgung mit Potentialleistungen grundsätzlich nur im **Rahmen eines individuellen Heilversuchs**, wenn es 1. um eine schwerwiegende, die Lebensqualität auf Dauer nachhaltig beeinträchtigende Erkrankung geht, wenn 2. keine andere Standardbehandlung verfügbar ist und wenn 3. die einschlägigen Regelungen der Verfahrensordnung des GBA für die Annahme des Potentials einer erforderlichen Behandlungsalternative erfüllt sind (BSG, Urt. v. 16.08.2021 - B 1 KR 8/21 R - SozR 4-2500 § 28 Nr. 10, Rn. 22 ff.).

Das LSG muss insb. feststellen, ob es sich bei dem **Lipödem** der Klägerin um eine **schwerwiegende, die Lebensqualität auf Dauer nachhaltig beeinträchtigende Erkrankung** handelte, vor den Operationen **keine andere Standardbehandlung** (mehr) verfügbar war und die Operationen auch ansonsten **wirtschaftlich** erfolgten, also nicht über das als Naturalleistung Geschuldete hinausgingen. Zudem sind die **Rechnungsstellungen** für die vier Operationen der Höhe nach zu prüfen, sofern Ansprüche dem Grunde nach bejaht werden. Dies gilt insb. für die Inrechnungstellung einer Umsatzsteuer von 19 v.H.

3. Behandlungspflege neben Eingliederungshilfe (Betreutes Wohnen)

BSG, Urteil v. 17.02.2022 - B 3 KR 17/20 R

RID 22-04-135

BSGE = SozR 4-2500 § 37 Nr. 17 = KrV 2022, 167 = Die Leistungen Beilage 2022, 407

Leitsatz: Versicherte verlieren ihren nach der Zuständigkeitsabgrenzung zwischen gesetzlicher Krankenversicherung und Eingliederungshilfe grundsätzlich gegebenen Anspruch auf einfachste Maßnahmen der **Behandlungspflege** gegen die Krankenkasse nicht dadurch, dass ihnen ambulante Leistungen der **Eingliederungshilfe** gewährt werden, wenn diese weder einer stationären Versorgung gleichstehen noch die Leistungsinhalte von Behandlungspflege und Eingliederungshilfe weitestgehend deckungsgleich sind.

4. Beziehungen zu Krankenhäusern

a) Vergütung nach Maßgabe eines fiktiven wirtschaftlichen Alternativverhaltens

BSG, Urteil v. 26.04.2022 - B 1 KR 5/21 R

RID 22-04-136

SozR 4-2500 § 39 Nr. 34 = KrV 2022, 156 = KRS 2022, 285 = GesR 2022, 576

Leitsatz: 1. In dem **Stufenverhältnis** der unterschiedlichen Formen der Krankenhausbehandlung kommt ein Vergütungsanspruch nach Maßgabe eines **fiktiven wirtschaftlichen Alternativverhaltens** in Betracht, wenn eine zweckmäßige, medizinisch aber in einer höheren Stufe nicht erforderliche Behandlung durchgeführt wurde, eine Behandlung in einer niedrigeren Stufe aber gleichermaßen zweckmäßig und medizinisch erforderlich gewesen wäre, und wenn das Krankenhaus berechtigt gewesen wäre, die (fiktive) wirtschaftliche Leistung selbst zu erbringen und unmittelbar gegenüber der Krankenkasse abzurechnen.

2. Führt das Krankenhaus im Rahmen seines Versorgungsauftrags anstelle einer zweckmäßigen, erforderlichen und ausreichenden **teilstationären Behandlung** eine ebenfalls zweckmäßige, aber nicht erforderliche **vollstationäre Behandlung** durch, kann es von der Krankenkasse eine Vergütung nach Maßgabe eines fiktiven wirtschaftlichen Alternativverhaltens beanspruchen.

b) PrüfvV 2014: Materielle Präklusionsregelung

BSG, Urteil v. 22.06.2022 - B 1 KR 17/21 R

RID 22-04-137

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

§ 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 vier Wochen vorgelegt hat, auch in einem späteren Gerichtsverfahren nicht mehr zur Begründung des Vergütungsanspruchs berücksichtigt werden dürfen. Die präkludierten Unterlagen sind als **Beweismittel** endgültig ausgeschlossen. Dies ist von der Ermächtigungsgrundlage in § 17c Abs. 2 KHG getragen und mit dem GG vereinbar (s. dazu im Einzelnen BSG, Urt. v. 18.05.2021 - B 1 KR 32/20 R - BSGE 132, 143 = SozR 4-2500 § 275 Nr. 33; BSG, Urt. v. 18.05.2021 - B 1 KR 24/20 R - SozR 4-2500 § 275 Nr. 37 <vorgesehen>).

c) Materiell-rechtliche Ausschlussfrist (2015): Übersendung von Krankenakten

BSG, Urteil v. 10.11.2021 - B 1 KR 43/20 R

RID 22-04-138

SozR 4-2500 § 275 Nr. 38 = KRS 2022, 174 = Die Leistungen Beilage 2022, 376

Leitsatz: 1. Bei einem Fragen der Wirtschaftlichkeit und der sachlich-rechnerischen Richtigkeit umfassenden Prüfauftrag findet im **Jahr 2015** die **Prüfverfahrensvereinbarung** nur auf die **Prüfung der Wirtschaftlichkeit** der Krankenhausbehandlung Anwendung.

2. Maßgeblich für die Wahrung der **Frist** zur **Übermittlung** der vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) angeforderten **Unterlagen** durch das Krankenhaus ist bei einer postalischen Übersendung der rechtzeitige Zugang beim MDK.

3. Dem MDK nicht fristgerecht übersandte Unterlagen sind nicht **präkludiert**, wenn die Versäumung der Frist auf Umständen beruht, die das Krankenhaus nicht zu vertreten hat.

d) PrüfvV 2014 und Behandlungsfälle im Jahr 2016/Materielle Präklusionsregelung

BSG, Urteil v. 22.06.2022 - B 1 KR 27/21 R

RID 22-04-139

www.juris.de = KrV 2022, 211

BSG, Urt. v. 10.11.2021 - B 1 KR 36/20 R - BSGE 133, 126 = SozR 4-2500 § 275 Nr. 36, juris Rn. 13 ff. hat bereits entschieden, dass die **PrüfvV 2014 im Jahr 2016** auch für **sachlich-rechnerische Prüfungen** galt.

Wie der Senat ebenfalls bereits entschieden hat, enthält § 7 Abs. 2 Satz 2 bis 4 PrüfvV 2014 eine **materielle Präklusionsregelung** mit der Rechtsfolge, dass 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, auch in einem späteren Gerichtsverfahren nicht mehr zur Begründung des Vergütungsanspruchs berücksichtigt werden dürfen. Die präkludierten Unterlagen sind als **Beweismittel** endgültig ausgeschlossen. Dies ist von der Ermächtigungsgrundlage in § 17c Abs. 2 KHG (i.d.F. des Gesetzes zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung vom 15.07.2013, BGBl. I 2423) getragen und mit dem GG vereinbar (vgl. dazu im Einzelnen BSG, Urt. v. 18.05.2021 - B 1 KR 32/20 R - BSGE 132, 143 = SozR 4-2500 § 275 Nr. 33; BSG, Urt. v. 18.05.2021 - B 1 KR 24/20 R - SozR 4-2500 § 275 Nr. 37).

e) PrüfvV 2014 und Behandlungsfälle im Jahr 2016/Erkenntnisse aus
Strukturprüfungen

BSG, Urteil v. 10.11.2021 - B 1 KR 36/20 R

RID 22-04-140

BSGE 133, 126 = SozR 4-2500 § 275 Nr. 36 = KRS 2022, 170 = SGB 2022, 447

Leitsatz: 1. Die zwischen der Deutschen Krankenhausgesellschaft und den Verbänden der Krankenkassen **2014** geschlossene **Prüfverfahrensvereinbarung** gilt im **Jahr 2016** auch für Prüfungen der sachlich-rechnerischen Richtigkeit der Abrechnung.

2. **Erkenntnisse aus Strukturprüfungen** des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung, an denen das Krankenhaus freiwillig mitgewirkt hat, können in **Abrechnungsprüfungen** nach der Prüfverfahrensvereinbarung 2014 verwertet werden.

f) PrüfvV 2016: Materielle Präklusionsregelung/Angeforderte Unterlagen

BSG, Urteil v. 10.11.2021 - B 1 KR 16/21 R

RID 22-04-141

SozR 4-2500 § 275 Nr. 34 = KRS 2022, 151 = Die Leistungen Beilage 2022, 197 = MedR 2022, 61

Leitsatz: 1. Die **2016** zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft geschlossene **Prüfverfahrensvereinbarung** bewirkt - wie die vorangegangene Prüfverfahrensvereinbarung 2014 - eine **materielle Präklusionsregelung**.

2. Die Präklusionswirkung kann sich auf vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung **nicht angeforderte Unterlagen** erstrecken, die aus Sicht des Krankenhauses für den konkret eingegrenzten Prüfauftrag relevant sein können.

3. Dem **Krankenhaus obliegt** in Abhängigkeit von Umfang und Konkretisierung des Prüfauftrags regelmäßig nur eine **kursorische Durchsicht** der nicht angeforderten Unterlagen daraufhin, ob diese für die Erfüllung des Prüfauftrages ersichtlich relevant sein können.

g) Kodierung einer Aortenklappenstenose bei angeborener bikuspidaler Aortenklappe

BSG, Urteil v. 22.06.2022 - B 1 KR 31/21 R

RID 22-04-142

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

Bei einer bikuspidalen Aortenklappe ist als Hauptdiagnose die mit Q23.1 beschriebene angeborene Aortenklappeninsuffizienz zu kodieren. Dieser Kode schließt den Kode I35.0 (Aortenklappenstenose) aus. Aus der Entscheidung des Schlichtungsausschusses vom 25.11.2020 zu der KDE 585 ergibt sich nichts anderes.

5. Krankentransportunternehmen: Preisvereinbarung

BSG, Urteil v. 17.02.2022 - B 3 KR 13/20 R

RID 22-04-143

SozR 4-2500 § 133 Nr. 7 = KrV 2022, 115 = Die Leistungen Beilage 2022, 363

Leitsatz: Sind die von Krankenkassen einzuhaltenden grundrechtlichen Grenzen ihres Verhandlungsspielraums in gescheiterten Vergütungsverhandlungen für qualifizierte Krankentransportleistungen gewahrt, besteht **für private Krankentransportunternehmen** kein gerichtlich durchsetzbarer Anspruch auf eine bestimmte **Vergütung**.

Parallelverfahren:

BSG, Urteil v. 17.02.2022 - B 3 KR 14/20 R

RID 22-04-144

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

6. Abgrenzung Klageschrift von bloßem Entwurf

BSG, Beschluss v. 18.08.2022 - B 1 KR 35/22 B

RID 22-04-145

www.juris.de

Parallelverfahren zu BSG, Beschl. v. 26.04.2022 - B 1 KR 35/21 B - RID 22-03-123.

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. 22.06.2022 - B 1 KR 41/22 B

RID 22-04-146

www.juris.de

BSG, Beschluss v. 22.06.2022 - B 1 KR 23/22 B

RID 22-04-147

www.juris.de

BSG, Beschluss v. 18.08.2022 - B 1 KR 56/22 B

RID 22-04-148

www.juris.de

C. ENTSCHEIDUNGEN ANDERER GERICHTE

I. Ärztliches Berufsrecht

1. Widerruf der Approbation: Sexueller Missbrauch durch psycholog. Psychotherapeuten

VG Gelsenkirchen, Urteil v. 30.06.2022 - 18 K 4251/20

RID 22-04-149

www.juris.de

PsychThG §§ 1 II, III, 2 I Nr. 2, 5 II 1

Leitsatz: Ein **psychologischer Psychotherapeut**, der zwei Patientinnen während der Therapiestunden **sexuell missbraucht** und schlägt und deshalb rechtskräftig vom Strafgericht **verurteilt** worden ist (§ 174c und § 223 StGB), erweist sich im Regelfall als unwürdig und unzuverlässig zur Ausübung seines Berufs.

Eine solche Verurteilung führt nach PsychThG § 5 Abs. 2 Satz 1 i.V.m. § 2 Abs. 1 Nr. 2 zwingend zum **Widerruf der Approbation**.

2. Berufsgerichtliches Verfahren nach Freispruch/Abstinenzgebot

VGH Hessen, Urteil v. 26.08.2020 - 25 A 2252/18.B

RID 22-04-150

www.juris.de

HeilBerG Hessen §§ 22, 63; StGB § 174c

Der Umstand, dass der Beschuldigte im **Strafverfahren** in zweiter Instanz **freigesprochen** worden ist, steht der Durchführung eines **berufsgerichtlichen Verfahrens** nicht entgegen.

Die **Berufspflicht**, im Umgang **mit Patienten keine sexuelle Kontakte aufzunehmen** oder zu dulden, betrifft nicht nur den Umgang während der **Berufsausübung** in Klinik und Praxis, sondern auch die **Privatsphäre** von Ärzten. Entscheidend ist nur, dass ein Arzt-Patienten-Verhältnis bestehen muss, das durch sexuelle Kontakte nicht beeinflusst werden soll. Dabei ist es unerheblich, in welchen Räumlichkeiten diese stattfinden und in welchem Zusammenhang. Auch sexuelle Kontakte außerhalb einer eigentlichen Behandlungssituation sind untersagt. Der Zweck besteht offensichtlich darin, dass die Behandlungstätigkeit des Arztes unbeeinflusst bleiben soll, was durch sexuelle Kontakte erschwert werden kann. Damit ist nicht nur gemeint, dass der Arzt sich durch die Gewährung von Behandlungstätigkeiten die sexuelle Bereitschaft des Patienten verschaffen könnte. Es soll auch verhindert werden, dass die Objektivität des Arztes so beeinflusst werden kann, dass er bereit sein mag, einem Sexualpartner aus durch Zuneigung hervorgerufener Gefälligkeit heraus ärztliche Tätigkeiten zuteilwerden zu lassen, die aus medizinischer Sicht eigentlich nicht indiziert sind. Eine solche Regelung findet auch in dem hessischen Heilberufsgesetz eine **hinreichende Rechtsgrundlage**.

Mit dem berufsrechtlichen „**Abstinenzgebot**“ wird über ein Verbot des Missbrauchs der Behandlungssituation gegenüber einem Patienten, wie es § 174c StGB erfordert, hinausgehend eine **allgemeine Obliegenheit** vorgesehen, **sich sexuellen Kontakten mit Patienten gänzlich zu enthalten**. Offensichtlich soll damit das Arzt-Patientin-Verhältnis von jeglichen die Objektivität des Arztes beeinflussenden Faktoren freigehalten werden wie insb. die sich aus sexuellen Beziehungen ergebenden Auswirkungen. Damit soll nicht allein der Intention des § 174c StGB entsprechend sichergestellt werden, dass der Arzt seine aus der Behandlungssituation resultierende „**Machtposition**“ zur Erlangung sexueller Gefälligkeiten ausnutzt. Es soll vielmehr andererseits auch vermieden werden, dass ein Sexualpartner eines Arztes sich aufgrund dieses Verhältnisses Behandlungsvorteile verschafft, indem etwa ärztlich eigentlich nicht indizierte Behandlungsmethoden oder Verschreibung von nicht notwendigen Medikamenten begehrt werden, die der Arzt aufgrund der persönlichen Beziehung zu erbringen bereit ist.

Das „**Abstinenzgebot**“ betrifft auch **rein private sexuelle Kontakte mit Patienten**. Dies gilt allerdings nur im Arzt-/Patientenverhältnis, so dass für die Beteiligten die Möglichkeit besteht, dieses Verhältnis im Falle des Bedürfnisses nach sexuellen Kontakten zu beenden und die **Behandlung durch einen anderen Arzt weiterführen** zu lassen.

Amtsgericht Marburg, Urt. v. 13.08.2014 verurteilte den beschuldigten Facharzt für Innere Medizin, in Einzelpraxis mit einem angestellten Arzt niedergelassen, wegen sexuellen Missbrauchs unter Ausnutzung eines Behandlungsverhältnisses in drei Fällen zu einer Gesamtfreiheitsstrafe von einem Jahr und zehn Monaten auf Bewährung. Landgericht Marburg, Urt. v. 10.06.2015 sprach den Beschuldigten frei. Die hiergegen eingelegte Revision nahm die Staatsanwaltschaft zurück. Nachdem das Landesprüfungsamt Hessen zunächst im Oktober 2014 die Approbation des Beschuldigten widerrufen hatte, allerdings ohne die sofortige Vollziehung anzuordnen, wurde dieser Bescheid im April 2016 angesichts des Freispruchs des Beschuldigten wieder aufgehoben, weil sich der Verdacht einer Unwürdigkeit oder Unzuverlässigkeit nicht bestätigt habe. Die Landesärztekammer nahm nach Bekanntwerden der staatsanwaltschaftlichen Ermittlungen und nach Abschluss der gerichtlichen Verfahren eigene Ermittlungen auf und setzte den Beschuldigten darüber im Juni 2016 in Kenntnis. **VG Gießen**, Urt. v. 05.09. 2018 - 21 K 683/17.GI.B erlegte dem Beschuldigten wegen Verstoßes gegen seine Berufspflichten unter Erteilung eines Verweises eine Geldbuße in Höhe von 3.000 € sowie die Kosten des Verfahrens auf, der **VGH** wies die Berufung des Beschuldigten zurück.

3. Strafrecht

a) Sexueller Missbrauch unter Ausnutzung eines Behandlungsverhältnisses

aa) Fehlende Ausnutzung der Autoritäts- und Vertrauensstellung

LG Essen, Urteil v. 10.08.2021 - 67 Ns-12 Js 3122/18-157/20

RID 22-04-151

www.juris.de

StGB § 174c

Der Angeklagte war aus **tatsächlichen Gründen freizusprechen**.

Voraussetzung für den Tatbestand des § 174c StGB ist neben dem Vorhandensein eines **Behandlungsverhältnisses** auch dessen **Missbrauch**. Der Täter missbraucht das Verhältnis zum Opfer, wenn er - vergleichbar zum Missbrauch einer Stellung in § 174a StGB - die Gelegenheit, die seine Vertrauensposition bietet, unter Verletzung der damit verbundenen Pflichten zu sexuellen Handlungen ausnutzt (vgl. BGH, Urt. v. 14.04.2011, NJW 2011, 1891, 1893). Ein Missbrauch kann auch vorliegen, wenn das Opfer mit dem Sexualekontakt einverstanden ist (vgl. BGH, Beschl. v. 29.06.2016, NJW 2016, 2965, 2967). Entscheidend kommt es für die Beurteilung, ob ein Missbrauch vorliegt, auf die konkrete Art und Intensität des Beratungs-, Behandlungs- und Betreuungsverhältnisses an. Je intensiver die Kontakte zwischen Täter und Opfer im Rahmen dieses Verhältnisses sind, desto geringere Anforderungen sind an das Vorliegen eines Missbrauchs zu stellen (BGH, Beschl. v. 29.06.2016, NJW 2016, 2965, 2967). Es ist anhand einer Gesamtwürdigung - u.a. auch unter Berücksichtigung eines etwaigen Einverständnisses - zu prüfen, ob der Täter seine Autoritäts- und Vertrauensstellung ausgenutzt hat.

In der **Gesamtschau** fehlt es für die Kammer an hinreichenden Hinweisen dafür, dass von dem Angeklagten eine **Autoritäts- und Vertrauensstellung ausgenutzt** wurde; es bestehen deutlich mehr Hinweise darauf, dass die Nebenklägerin enttäuscht von im Ergebnis unerwiderten Avancen die Anzeige und die sich danach bietenden öffentlichen Verhandlungen zu einer Abrechnung mit dem Angeklagten nutzen wollte und nutzte.

Das **AG** verurteilt den angekl. Orthopäden wegen sexuellen Missbrauchs unter Ausnutzung eines Behandlungsverhältnisses in 4 Fällen zu einer Gesamtfreiheitsstrafe von 1 Jahr und 2 Monaten kostenpflichtig, wobei er auch die notwendigen Auslagen der Nebenklägerin trägt. Das **LG** sprach den Angekl. frei. **OLG Hamm**, Urt. v. 27.09.2022 - 5 RVs 60/22 - RID 22-04-152 verwies die Sache zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an eine andere kleine Strafkammer des LG Essen zurück.

Nach den tatsächlichen Feststellungen des LG-Urteils befand sich die Nebenklägerin seit dem 24.08.2015 wegen eines Frozen-Shoulder-Syndroms sowie diffuser Schmerzen im linken Oberschenkel in der Behandlung des Angeklagten, welcher als Orthopäde und Osteopath eine Privatpraxis betreibt. Die ganzheitlich ausgerichtete Behandlung fand bis zum 18.08.2016 an über 30 Terminen statt und umfasste in etwa zur Hälfte der Behandlungseinheiten auch ein Persönlichkeitscoaching der Nebenklägerin, in welchem auch emotionale (Ehe-)Probleme der Nebenklägerin thematisiert wurden. Nach Besserung der Beschwerden brachte die Nebenklägerin dem Angeklagten immer mehr Zuneigung entgegen und fühlte sich von diesem verstanden und aufgehoben. Es entstand zwischen dem Angeklagten und der Nebenklägerin eine sexuelle Anziehung. Die Nebenklägerin kleidete sich zu den Behandlungsterminen in der Regel mit einem einteiligen Sommerkleid, so dass sie dieses für die Behandlung komplett ausziehen musste. Im Einzelnen kam es zu vier verfahrensgegenständlichen Vorfällen.

bb) Voraussetzungen für eine fehlende Ausnutzung der Autoritäts- und Vertrauensstellung

OLG Hamm, Urteil v. 27.09.2022 - 5 RVs 60/22

RID 22-04-152

www.juris.de

StGB § 174c

Leitsatz: 1. Auch wenn die **Patientin** oder der Patient mit den sexuellen Handlungen im Rahmen des Behandlungsverhältnisses ausdrücklich **einverstanden** ist, versteht es sich in den meisten Fällen von selbst, dass ein Arzt, der sexuelle Handlungen an einer Patientin oder einem Patienten im Rahmen eines Beratungs-, Behandlungs- und Betreuungsverhältnisses vornimmt, dieses besondere Verhältnis i.S.v. § 174c StGB missbraucht. An einem Missbrauch fehlt es hingegen ausnahmsweise dann, wenn der Täter im konkreten Fall nicht eine aufgrund des Beratungs-, Behandlungs- oder Betreuungsverhältnisses bestehende **Autoritäts- oder Vertrauensstellung** gegenüber dem Opfer zur Vornahme der sexuellen Handlung **ausgenutzt** hat.

2. Ob ein solcher **Ausnahmefall** vorliegt, ist aufgrund einer Gesamtwürdigung der den jeweiligen Einzelfall kennzeichnenden Umstände festzustellen. Wesentlicher Maßstab ist, ob sich Art und Patient/Patientin auf „Augenhöhe“ begegnet sind. Hierzu ist ggf. eine umfassende Darstellung der Kommunikation und der Beziehung der Beteiligten innerhalb und außerhalb von Behandlungsvorgängen, der Initiative zu sexuellen Handlungen und der Hintergründe der Fortsetzung der Behandlung nachdem es zu ersten sexuellen Handlungen gekommen ist, erforderlich.

Das **AG** verurteilt den angekl. Orthopäden wegen sexuellen Missbrauchs unter Ausnutzung eines Behandlungsverhältnisses in 4 Fällen zu einer Gesamtfreiheitsstrafe von 1 Jahr und 2 Monaten kostenpflichtig, wobei er auch die notwendigen Auslagen der Nebenklägerin trägt. **LG Essen**, Ur. v. 10.08.2021 - 67 Ns-12 Js 3122/18-157/20 - RID 22-04-151 sprach den Angekl. frei. Das **OLG** verwies die Sache zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an eine andere kleine Strafkammer des LG Essen zurück.

b) Lebenslanges Berufsverbot als Krankenhausarzt nach schwerer Vergewaltigung

LG Bielefeld, Urteil v. 30.09.2021 - 2 KLs 6/21

RID 22-04-153

www.juris.de

StGB §§ 70, 177

Der angeklagte Arzt wird wegen **schwerer Vergewaltigung** in zwei Fällen, jeweils in Tateinheit mit gefährlicher Körperverletzung, wegen schweren sexuellen Übergriffs in Tateinheit mit gefährlicher Körperverletzung, wegen sexuellen Übergriffs, wegen des Besitzes kinderpornographischer Inhalte in Tateinheit mit Besitz jugendpornographischer Inhalte sowie wegen unerlaubten Besitzes von Betäubungsmitteln in nicht geringer Menge zu einer Gesamtfreiheitsstrafe von elf Jahren verurteilt.

Es wird gegen den Angeklagten ein **lebenslanges Berufsverbot** für eine **Tätigkeit als im Krankenhaus beschäftigter Arzt** sowie bei **übrigen Tätigkeiten als behandelnder Arzt weiblicher Personen** angeordnet.

4. Tätigkeitsverbot gegenüber Zahnarzt auf Grundlage des § 20a Abs. 5 Satz 3 IfSG

OVG Niedersachsen, Beschluss v. 08.09.2022 - 14 ME 297/22

RID 22-04-154

www.juris.de

IfSG § 20a

Leitsatz: Zur Rechtmäßigkeit eines infektionsschutzrechtlichen Tätigkeitsverbots nach § 20a Abs. 5 Satz 3 IfSG.

VG Osnabrück, Beschl. v. 25.07.2022 - 3 B 104/22 - RID 22-03-136 lehnte den Antrag, die aufschiebenden Wirkung der Klage (3 A 144/22) gegen das mit Bescheid vom Juni 2022 angeordnete Tätigkeitsverbot wieder herzustellen, ab, das **OVG** wies die Beschwerde zurück.

5. Notdienst

a) Bundesverwaltungsgericht (BVerwG)

aa) Rechtsweg: Heranziehung eines Privatarztes zur Finanzierung durch KV (Hessen)

BVerwG, Beschluss v. 06.07.2022 - 3 B 40/21

RID 22-04-155

www.juris.de

SGB V §§ 75 I 1, Ib1, 77 V, 79 III 1 Nr. 1; GVG § 17a IV 4, 17b I 1; SGG § 51 I Nr. 2; GG Art. 101 I 2

Leitsatz: Für die Klage eines **Privatarztes** gegen die Heranziehung zur Finanzierung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen ist gemäß § 51 Abs. 1 Nr. 2 SGG der **Rechtsweg** zu den **Sozialgerichten** eröffnet.

bb) Rechtsweg/Weitere Beschwerde: Heranziehung eines Privatarztes zur Finanzierung durch KV

BVerwG, v. 06.07.2022 - 3 B 31/21

RID 22-04-156

www.juris.de

SGB V §§ 75 I 1, Ib1, 77 V, 79 III 1 Nr. 1; GVG § 17a IV 4, 17b I 1; SGG § 51 I Nr. 2; GG Art. 101 I 2

Leitsatz: 1. Die **weitere Beschwerde** an das Bundesverwaltungsgericht nach § 17a Abs. 4 Satz 4 GVG zur Klärung des Rechtswegs ist im Verfahren des vorläufigen Rechtsschutzes jedenfalls dann statthaft, wenn sie auch im bereits anhängigen Hauptsacheverfahren zugelassen worden ist oder zugelassen wird.

2. Für die Klage eines **Privatarztes** gegen die Heranziehung zur Finanzierung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen ist gemäß § 51 Abs. 1 Nr. 2 SGG der **Rechtsweg** zu den **Sozialgerichten** eröffnet.

Aus den Gründen:

(...) Die genannten Vorschriften aus dem **Recht der gesetzlichen Krankenversicherung ermächtigen** die Antragsgegnerin aber **nicht, verbindliche Regelungen gegenüber Nicht-Mitgliedern zu treffen** (vgl. LSG Darmstadt, Beschluss vom 17. März 2022 - L 4 KA 3/22 B ER - juris Rn. 49 m. w. N.). Weder aus der Satzungsautonomie der Antragsgegnerin noch aus sonstigen Vorschriften des Vertragsarztrechts folgt die Befugnis, Privatärzte zum ärztlichen Notdienst heranzuziehen. An der vertragsärztlichen Versorgung nehmen Privatärzte nicht teil (§ 95 Abs. 1 Satz 1 SGB V). Als **Ermächtigung** für deren Heranziehung kommen vielmehr allein § 23 Nr. 2 und § 24 Satz 1 des **Heilberufsgesetzes Hessen** i. V. m. § 26 Abs. 2 der Berufsordnung für die Ärztinnen und Ärzte in Hessen in Betracht. Die Erstreckung des Anwendungsbereichs der Bereitschaftsdienstordnung der Antragsgegnerin auch auf in eigener Praxis niedergelassene Privatärzte kann ihre Grundlage damit nur in Vorschriften des ärztlichen Berufsrechts finden.

Welchem gesetzlichen Regelungssystem § 8 der **Bereitschaftsdienstordnung der Antragsgegnerin** zuzuordnen ist, lässt sich daher nicht eindeutig beantworten.

bb) Nach Auffassung des Senats ist die Streitigkeit eine Angelegenheit der gesetzlichen Krankenversicherung. Denn die angefochtenen Bescheide sind im Schwerpunkt vom Recht der gesetzlichen Krankenversicherung geprägt.

Dies gilt insbesondere deshalb, weil die - vom Antragsteller in der Sache beanstandete - Verpflichtung der Privatärzte, am ärztlichen Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen teilzunehmen und sich an den Kosten hierfür zu beteiligen, durch § 8 der Bereitschaftsdienstordnung nicht geregelt wird. Diese Verpflichtung ergibt sich vielmehr bereits **unmittelbar aus dem Gesetz**. Die Rechtsfolge ist in § 23 Nr. 2 des Heilberufsgesetzes Hessen ausdrücklich angeordnet.

Die Bereitschaftsdienstordnung und die angefochtenen Bescheide der Antragsgegnerin knüpfen an diese Verpflichtung daher nur an. Die Bescheide enthalten eine eigenständige Regelung nur insoweit, als der Antragsteller in seiner Eigenschaft **als niedergelassener Privatarzt individualisiert** und damit **als Beitragspflichtiger bestimmt** wird. Die Entscheidung über die Verpflichtung von Privatärzten dem Grunde nach hat die Antragsgegnerin dagegen nicht getroffen, weder in ihrer Bereitschaftsdienstordnung noch in den angefochtenen Bescheiden.

Die **Rechtmäßigkeit** der Erstreckung des Geltungsbereichs der Bereitschaftsdienstordnung der Antragsgegnerin auch auf Privatärzte durch das ärztliche Berufsrecht ist damit zwar eine **Vorfrage**, der im Rahmen der Überprüfung der angefochtenen Beitragsbescheide nachgegangen werden muss. Erwies sich die Regelung in § 23 Nr. 2 des Heilberufsgesetzes Hessen oder der auf § 24 Satz 1 des Heilberufsgesetzes Hessen gestützte Verweis auf die Bereitschaftsdienstordnung der Antragsgegnerin in § 26 Abs. 2 Satz 1 der Berufsordnung für die Ärztinnen und Ärzte in Hessen als unwirksam, könnte auch die Beitragsenthebung der Antragsgegnerin keinen Bestand haben. Die Rechtsnatur solcher Vorfragen beeinflusst aber die **Rechtswegfrage** nicht (BVerwG, Beschluss vom 12. März 2018 - 10 B 25.17 - BVerwGE 161, 255 Rn. 21; hierzu auch Gemeinsamer Senat der obersten Gerichtshöfe des Bundes, Beschluss vom 4. Juni 1974 - GmS-OGB 2/73 - BSGE 37, 292 Rn. 12).

Eine **eigenständige Regelung** enthalten die **Bereitschaftsdienstordnung der Antragsgegnerin** und daran anknüpfend die angefochtenen Bescheide aber im Hinblick auf **Höhe und Modalitäten der Zahlungsverpflichtung**. Nach § 8 Abs. 3 der Bereitschaftsdienstordnung wird bei Privatärzten grundsätzlich ein vom Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen festgesetzter Pauschalbetrag je Quartal erhoben. Auf Antrag kann stattdessen ein prozentualer Abzug vom

Jahresbruttoeinkommen aus ärztlicher Tätigkeit zugrunde gelegt werden. Als Grundlage dieser Regelungen kommen nur das Satzungsrecht der Antragsgegnerin und damit das **Recht der gesetzlichen Krankenversicherung** in Betracht.

cc) Dieser Einordnung entspricht, dass **Gegenstand** der Anfechtungsklage die **von einer Kassenärztlichen Vereinigung erlassenen Beitragsbescheide** sind.

Die Bestimmung des zur Entscheidung berufenen Spruchkörpers muss den Maßgaben aus Art. 101 Abs. 1 Satz 2 GG genügen. Mit der **Garantie des gesetzlichen Richters** soll der Gefahr jedweder Form der „Manipulation“ vorgebeugt werden. Es muss daher im Voraus, abstrakt-generell und hinreichend klar bestimmt sein, wer als gesetzlicher Richter zur Entscheidung berufen ist. Die Festlegung muss anhand von Kriterien erfolgen, die subjektive Wertungen weitgehend ausschließen und unnötige Spielräume vermeiden (vgl. BVerfG, Beschluss des Plenums vom 8. April 1997 - 1 PBvU 1/95 - BVerfGE 95, 322 <327 ff.>).

Danach liegt nahe, die Bestimmung des zulässigen Rechtswegs, wenn die angegriffenen Bescheide ihre Grundlage möglicherweise in einer Kombination verschiedener Regelungssysteme finden, **an formalen Kriterien** zu orientieren - wie hier dem Umstand, dass Streitgegenstand von einer Kassenärztlichen Vereinigung erlassene Beitragsbescheide sind. So kann gewährleistet werden, dass das zuständige Gericht bereits bei Eingang der Rechtssache ohne nähere Sachprüfung bestimmt werden kann. Vermieden wird überdies die Gefahr von Rechtswegspaltungen, die entstehen könnte, wenn in der vorliegenden Konstellation ein Antragsteller die Gebührenerhebung dem Grunde nach angreift und ein anderer nur die festgesetzte Beitragshöhe in Zweifel zieht. (...)*

Parallelverfahren:

BVerwG, Beschluss v. 06.07.2022 - 3 B 32/21

RID 22-04-157

www.juris.de

BVerwG, Beschluss v. 06.07.2022 - 3 B 33/21

RID 22-04-158

www.juris.de

BVerwG, Beschluss v. 06.07.2022 - 3 B 34/21

RID 22-04-159

www.juris.de

BVerwG, Beschluss v. 06.07.2022 - 3 B 35/21

RID 22-04-160

www.juris.de

b) Befreiung vom ärztlichen Bereitschaftsdienst: Privatarzt und Krankenhausarzt in
Luxemburg

OVG Saarland, Urteil v. 29.07.2022 - 1 A 193/20

RID 22-04-161

www.juris.de

HeilBKG Saarland §§ 4 I, 14 III, 16 II; AEUV Art. 49 II, 57 II; GG Art. 12 I

Leitsatz: 1. Zur **Verpflichtung** zur Teilnahme am **Bereitschaftsdienst** der niedergelassenen Ärzte.

2. Im **Saarland** hat der Gesetzgeber entsprechend den Anforderungen des Bundesverwaltungsgerichts (Urteil vom 12.12.1972 - I C 30.69 -, juris Rn. 19, 23) selbst die Richtlinien für eine nähere Regelung des Satzungsgebers festgelegt, unter welchen Bedingungen von der Verpflichtung zur Teilnahme am Bereitschaftsdienst der niedergelassenen Ärzte eine **Befreiung** zu erteilen ist.

3. Der Begriff „**Krankenhausarzt**“ in der einschlägigen Vorschrift über die Befreiung von der Bereitschaftsdienstpflicht (§ 9 Nr. 3 lit. c BDO/SL) erfasst nach Wortlaut, Entstehungsgeschichte, systematischer Stellung sowie Sinn und Zweck der Vorschrift unter Berücksichtigung verfassungsrechtlicher Grundsätze nicht nur angestellte Krankenhausärzte.

4. Wenn der **freipraktizierende Arzt** gleichzeitig in einem **Krankenhaus tätig** ist und dort im Rahmen seines Bereitschaftsdienstes im Krankenhaus Notfälle zu versorgen hat, kann je nach der hierdurch bedingten Belastung die Heranziehung zum ambulanten Notfalldienst über das Maß des für den Betroffenen Zumutbaren hinausgehen (Anschluss an BVerwG, Urteil vom 12.12.1972 - I C 30.69 -, juris Rn. 37).

5. Eine Tätigkeit als freiberuflicher Krankenhausarzt im **luxemburgischen Gesundheitssystem** erscheint funktional mit der eines angestellten Krankenhausarztes im deutschen Gesundheitssystem vergleichbar.

6. Eine **belegärztliche Tätigkeit** an einem deutschen Krankenhaus stellt regelmäßig eine Fortsetzung der ambulanten vertragsärztlichen Tätigkeit dar (vgl. BSG, Urt. v. 12.12.2002 - B 6 KA 5/01 R - SozR 3-2500 § 121 Nr. 4, juris Rn. 21 m.w.N.).

7. Der Befreiungsgrund der **Teilnahme an einem klinischen Bereitschaftsdienst** mit Notfallversorgung (§ 9 Nr 3 lit c BDO/SL) ist nicht auf im Saarland tätige Krankenhausärzte begrenzt.

8. Zu einer **Ermessensreduzierung** auf Null im Rahmen der Ausübung des intendierten Ermessens über eine Befreiungsentscheidung.

6. Gleichwertigkeit einer Berufsqualifikation

- a) Anerkennung einer Facharztbezeichnung: Vorangegangene ärztliche Grundausbildung

VG Weimar, Urteil v. 21.02.2022 - 8 K 72/21 We

RID 22-04-162

www.juris.de

HeilBerG Thüringen §§ 26, 30

Leitsatz: § 18 Abs. 3 Satz 3 Halbsatz 2 Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer Thüringen, der regelt, dass „die Gleichwertigkeit der vorangegangenen **ärztlichen Grundausbildung** durch die zuständige Behörde festgestellt“ worden sein muss, verstößt gegen das Gebot der **Normenbestimmtheit** und der Normenklarheit und ist deshalb unwirksam. Der Vorschrift fehlt auch die **Ermächtigungsgrundlage** im Thüringer Heilberufegesetz.

- b) Anerkennung eines nordzypriotischen Ausbildungsnachweises als Arzt

VG Bremen, Urteil v. 14.07.2022 - 5 K 72/22

RID 22-04-163

www.juris.de

BÄO § 3 III 1 u. 4

Leitsatz: 1. Für die Frage, ob eine abgeschlossene **ärztliche Ausbildung in einem Drittstaat** vorliegt, haben Gesichtspunkte der Qualitätssicherung keine Rolle gespielt. Diese sind erst bei der Frage der Gleichwertigkeit des Ausbildungsstandes von Bedeutung. Die Norm kann daher (jedenfalls analog) grundsätzlich auch auf von der Bundesrepublik Deutschland völkerrechtlich nicht anerkannte Staaten angewendet werden.

2. Eine Ausbildung aus einem von der Bundesrepublik Deutschland **nicht als Staat anerkanntem Herrschaftsgebilde** (hier: Türkische Republik Nordzypern, TRNZ) ist dann als eine abgeschlossene Ausbildung als Arzt aus einem anderen Staat bzw. Drittstaat im Sinn des § 3 Abs. 3 Satz 1 BÄO anzusehen, wenn das Herrschaftsgebilde ein hinreichend stabilisiertes Regime darstellt, das sein Gebiet mit jedenfalls staatsähnlichen Strukturen über einen längeren Zeitraum und auch auf absehbare Zeit kontrolliert.

- c) Wiederaufgreifen des Verfahrens zur Feststellung der Gleichwertigkeit

VG Aachen, Urteil v. 29.07.2022 - 5 K 1696/18

RID 22-04-164

www.juris.de

BÄO § 3; VwVfG § 51

Leitsatz: (Kein) **Wiederaufgreifen des Verfahrens** zur Feststellung der Gleichwertigkeit einer Berufsqualifikation als Arzt (Saudi-Arabien)

II. Arzthaftung

1. Bundesgerichtshof (BGH)

- a) Vernehmung des zum Beweis des intraoperativen klinischen Befundes benannten Operateurs

BGH, Beschluss v. 16.08.2022 - VI ZR 1151/20

RID 22-04-165

www.juris.de

ZPO § 286; GG Art. 103 I

Leitsatz: Zur unzulässigen Beweisantizipation.

b) Unterbliebene ausdrückliche Auseinandersetzung mit zentralem Parteivortrag

BGH, Beschluss v. 21.06.2022 - VI ZR 1067/20

RID 22-04-166

www.juris.de

GG Art. 103 I; ZPO § 544 IX

Leitsatz: Zum Vorliegen einer **Gehörsverletzung** bei unterbliebener ausdrücklicher **Auseinandersetzung mit zentralem Parteivortrag** im Urteil.

c) Gehörsverletzung bei unterbliebener Auseinandersetzung mit zentralem Parteivortrag

BGH, Beschluss v. 16.08.2022 - VI ZR 342/21

RID 22-04-167

www.juris.de

ZPO § 544 IX; GG Art. 103 I

Leitsatz: Zum Vorliegen einer Gehörsverletzung bei unterbliebener ausdrücklicher Auseinandersetzung mit zentralem Parteivortrag im Urteil.

2. Behandlungsfehler

a) Behandlungsdokumentation: Zeitpunkt der Indikation zu einer Operation

OLG Dresden, Beschluss v. 13.09.2022 - 4 U 583/22

RID 22-04-168

www.juris.de

BGB §§ 630a, 630h

Leitsatz: 1. Dass in einer **Behandlungsdokumentation** der Beschwerdeverlauf nicht dokumentiert ist und sich daher nicht einschätzen lässt, ab welchem Zeitpunkt die **Indikation zu einer Operation** bestand, führt auch dann nicht zu der Vermutung eines Behandlungsfehlers, wenn nähere Aufzeichnungen in medizinischer Sicht geboten gewesen wären.

2. Ein **Anscheinsbeweis** kommt im Arzthaftungsrecht nur bei konkreten Anhaltspunkten für einen Behandlungsfehler in Betracht.

Vorausgehend der Hinweisbeschluss: OLG Dresden, Beschl. v. 12.08.2022 - 4 U 583/22 - RID 22-04-174.

b) Voraussetzungen einer Behandlungsübernahme durch Belegarzt (Geburt)/Verjähmung

OLG Bamberg, Urteil v. 02.05.2022 - 4 U 108/19

RID 22-04-169

www.juris.de

BGB §§ 199 I Nr. 2, 278, 823, 831; SGB X § 116

Leitsatz: 1. Eine **Behandlungsübernahme** und eine Haftung für Fehler des Klinikpersonals (Hebamme) durch den Belegarzt im Vorfeld einer Geburt wird nicht schon durch eine **telefonische Information des Belegarztes** durch das Klinikpersonal/Hebamme vom Eintreffen einer Schwangeren in der Klinik ohne den Hinweis auf besondere/regelwidrige Umstände bewirkt, sofern nicht die vor dem Anruf durchgeführten Untersuchungen der Schwangeren und der Inhalt der telefonisch mitzuteilenden Informationen vom Belegarzt (etwa durch eine Dienstanweisung) vorgegeben waren und das Klinikpersonal daher bereits zum Zeitpunkt des Anrufs als dessen Gehilfe anzusehen wäre.

2. Allein die **Kenntnis** vom Inhalt eines **MDK-Gutachtens** in dem zwar gravierende Behandlungsfehler benannt, diese aber nicht bestimmten Personen zugeordnet werden, begründet noch keine Kenntnis von der Person des Schädigers im Sinne des § 199 Abs. 1 Nr. 2 BGB.

c) Feststellung eines Ductus Botalli

OLG Brandenburg, Beschluss v. 22.09.2022 - 12 U 63/22

RID 22-04-170

www.juris.de

BGB § 823 I

Nach den Feststellungen des gerichtlichen Sachverständigen wurde bei der am 12.03.2012 durchgeführten Echokardiografie ein offener **Ductus Botalli gerade nicht festgestellt**. Die gegenteilige Auffassung des MDK-Gutachters beruht allein auf einem **ex post gezogenen Rückschluss** aus der im Jahr 2014 durchgeführten Untersuchung und der Flusskurvendarstellung, wobei es der MDK-Gutachter nur für diskutabel – also für möglich – hält, dass der Ductus bereits im Jahre 2012 offen gewesen ist, er jedoch selbst einräumt, dass eine sichere Aussage erst zum 24.01.2014 möglich ist.

3. Durchgangsarzt: Heilbehandlung nach Amtshaftungsgrundsätzen zu beurteilende Erstversorgung

OLG Hamm, Urteil v. 16.09.2022 - 11 U 11/22

RID 22-04-171

www.juris.de

BGB §§ 253, 839; GG Art. 34

Leitsatz: Eine vom **Durchgangsarzt** vorgenommene Heilbehandlung ist eine nach **Amtshaftungsgrundsätzen** zu beurteilende Erstversorgung, wenn sie mit der Entscheidung des Durchgangsarztes über das „Ob“ und „Wie“ der Weiterbehandlung einen einheitlichen Lebensvorgang darstellt und zudem im Durchgangsarztbericht als Erstversorgung dokumentiert ist.

4. Aufklärung

a) Auswahl eines medizinischen Sachverständigen: Behandlungsstandard in Hausarztpraxis

OLG Dresden, Urteil v. 12.07.2022 - 4 U 836/21

RID 22-04-172

www.juris.de

BGB § 630a

Leitsatz: Bei der **Auswahl eines medizinischen Sachverständigen** ist auf dessen Sachkunde in dem **Fachgebiet** abzustellen, in das der Eingriff fällt. Der Behandlungsstandard in einer Hausarztpraxis ist dabei nicht deckungsgleich mit dem eines Facharztes für innere Medizin.

b) Therapeutische Aufklärung und Dokumentation: Fachärztliche Behandlung

OLG Braunschweig, Urteil v. 18.11.2021 - 9 U 67/18

RID 22-04-173

www.juris.de

BGB §§ 630a, 630f, 630h III

Leitsatz: Erteilt ein Arzt in Erfüllung seiner therapeutischen **Aufklärungspflicht** unwiderlegt dem Patienten den gebotenen Hinweis, sich noch am selben Tag in **fachärztliche Behandlung** zu begeben, so muss er jedenfalls bei nicht festzustellenden Anzeichen für eine Missachtung seines Hinweises (vgl. OLG München, Urteil vom 19. September 2013 - 1 U 2071/12, Rn. 27, juris) dies neben der Ausstellung eines **Überweisungsscheins** nicht ausdrücklich **dokumentieren**, da es dafür an der medizinischen Notwendigkeit fehlt; denn für den Nachbehandler ist es nicht von Bedeutung, warum sich der Patient in der gebotenen Weise noch am selben Tag in seine Behandlung begibt; tut der Patient das aber nicht, indem er den Hinweis unvorhersehbar nicht befolgt, hätte eine Dokumentation des ihm erteilten therapeutischen Hinweises allenfalls für einen gegen den erstbehandelnden Arzt geführten Rechtsstreit eine Relevanz, auf die es im Rahmen des § 630f BGB indes nicht ankommt.

c) Aufklärung am Vortag vor einer risikobehafteten Operation

OLG Dresden, Beschluss v. 12.08.2022 - 4 U 583/22

RID 22-04-174

www.juris.de

ZPO § 529

Leitsatz: 1. Die fehlende **Auseinandersetzung** im angefochtenen Urteil mit einem dem Gerichtsgutachten widersprechenden **Privatgutachten** kann in der **Rechtsmittelinstanz nachgeholt** werden, wenn das Gerichtsgutachten hierfür ausreichenden Anhalt bietet; einer Wiederholung der Beweisaufnahme bedarf es dann nicht.

2. Eine **Aufklärung** kann auch am **Vortag einer risikobehafteten Operation** noch rechtzeitig sein, insbesondere wenn dem Patienten aufgrund von Vorgesprächen die in Betracht kommende Therapie bereits bekannt ist.

3. Will sich der Patient darauf berufen, infolge einer verspäteten Aufklärung in seiner **Entscheidungsfreiheit verletzt** zu sein, muss er hierfür konkrete Tatsachen substantiiert vortragen.

4. Eine abgeschlossene **Facharztausbildung** ist nicht Voraussetzung für eine ordnungsgemäße **Patientenaufklärung**.

OLG Dresden, Beschl. v. 13.09.2022 - 4 U 583/22 - RID 22-04-168 wies die Berufung zurück.

d) Aufklärung vor einer Kataraktoperation mit einer Multifokallinse

LG Frankenthal, Urteil v. 30.05.2022 - 4 O 147/21

RID 22-04-175

www.juris.de

BGB § 823 I

Eine **Aufklärung am Tag der Operation** mit bereits angesetztem Operationstermin ist verspätet und nicht ausreichend für eine freie und wirksame Einwilligung. Dies gilt erst recht, wenn die Aufklärung nicht nur am Operationstag, sondern sogar erst während der operationsvorbereitenden Maßnahmen (operationsvorbereitende Untersuchung) unmittelbar vor dem Eingriff erfolgt.

Vor einer **Kataraktoperation** mit einer **Multifokallinse** muss immer darüber aufgeklärt werden, dass es zu einem Schattensehen, zu Halos oder anderen Lichtphänomenen kommen kann, dass eine Gewöhnung in der Regel erst nach mehreren Wochen eintreten, aber auch ausbleiben kann, sodass dann die Linse wieder explantiert werden muss.

5. Streitgenossenschaft/Weiterer Erfolgsort

BayObLG, Beschluss v. 19.08.2022 - 102 AR 77/22

RID 22-04-176

www.juris.de

ZPO §§ 32, 36 I Nr. 1, 60

Leitsatz: 1. Mehrere, nacheinander und unabhängig voneinander tätige Ärzte, die von einem Antragsteller wegen des Vorwurfs fehlerhafter Behandlung für denselben Schaden in Anspruch genommen werden sollen, können **Streitgenossen** i. S. v. § 60 ZPO sein.

2. Das Fortwirken der durch eine fehlerhafte Behandlung an einem anderen Ort verursachten körperlichen Beeinträchtigungen am Wohnort des Patienten begründet dort noch keinen weiteren **Erfolgort** i. S. v. § 32 ZPO. Erforderlich ist die Darlegung eines erstmaligen bzw. selbständigen Gesundheitsschadens (hier verneint).

6. Maßvolle Substantiierungspflichten für Klage

OLG Jena, Urteil v. 23.08.2022 - 7 U 589/21

RID 22-04-177

www.juris.de

ZPO § 538 II 1 Nr. 1; GG Art. 103 I

Der Anspruchsteller im Arzthaftungsprozess ist nahezu ausnahmslos **fachunkundig**. Eine medizinische Bewertung des Behandlungsgeschehens ist ihm daher nicht aus eigener Kenntnis eröffnet. Zudem hat er die Behandlung häufig nicht vollständig oder sogar überhaupt nicht bewusst miterlebt und nachvollzogen. Nach allgemein anerkannten Grundsätzen treffen den Anspruchsteller im

Arzthaftungsprozess daher nur **maßvolle Substantiierungspflichten**. Es genügt, wenn der Anspruchsteller sich auf Vortrag beschränkt, der die Möglichkeit eines fehlerhaften Verhaltens des Arztes aufgrund der Folgen für den Patienten gestattet (BGH, BeckRS 2017,110707). Der Tatsachenvortrag muss aber zumindest in groben Zügen erkennen lassen, welches ärztliche Verhalten fehlerhaft gewesen und welcher Schaden daraus entstanden sein soll (vgl. OLG Köln VersR 2015, 1295).

7. Entgelt für Kopien der Behandlungsunterlagen

LG Köln, Urteil v. 30.03.2022 - 25 O 237/21

RID 22-04-178

juris = Zeitschrift für Datenschutz 2022. 565

BGB § 630g; DS-GVO Art. 15

Leitsatz (Zeitschrift für Datenschutz): 1. Soweit der Anspruchsteller nach einer erteilten **Auskunft** diese **als unvollständig rügt**, hat er Ausführungen darüber zu machen, welche konkreten Daten noch fehlen.

2. Die Anfertigung von **Kopien der Behandlungsunterlagen** kann von der Zahlung eines **Entgelts** abhängig gemacht werden, soweit die Einsichtnahme in die Behandlungsunterlagen nach § 630g BGB jederzeit möglich ist.

Anhang I: BSG - Anhängige Revisionen Vertragsarztrecht

Stand: 23.11.2022. 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
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> , Urt. v. 08.04.2022 - L 12 KR 546/21 -	22-03-13
Sachlich-rechnerische Berichtigung				
Fehlende Unterschrift des ärztlichen	B 6 KA 15/22 R	Kann ein Honorarverteilungsmaßstab regeln, dass die für die Abrechnung erforderlichen	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> ,	22-02-4

Leiters eines MVZ in der Abrechnungs-Sammelerklärung		Erklärungen bei einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) von dessen ärztlichen Leiter zu unterschreiben sind?	Urt. v. 01.09.2021 - L 11 KA 49/17 -	NZB
Fälschliche Einzelleistungsabrechnung bei Behandlung vermeintlicher Grenzgänger	B 6 KA 14/22 R	Ergibt sich in Fällen einer fälschlichen Einzelleistungsabrechnung bei Behandlung vermeintlicher Grenzgänger, bei denen es sich tatsächlich um Versicherte einer - nicht aushelfenden, sondern originär zuständigen - Krankenkasse handelt, eine Abweichung zur Rechtsprechung des BSG, dass diese Fälle im Wege der sachlich-rechnerischen Berichtigung gem § 106d SGB V zu handhaben sind, wenn eine Verletzung der Karteneinziehungspflicht nach § 291 Absatz 4 Satz 1 SGB V durch eine Krankenkasse etwas an der Risikoverteilung zwischen Kassenärztlicher Vereinigung und Krankenkasse im Zusammenhang mit der durchzuführenden sachlich-rechnerischen Berichtigung geändert hat?	LSG Schleswig-Holstein , Urt. v. 29.03.2022 - L 4 KA 42/19 -	22-04-

Wirtschaftlichkeitsprüfung/Regress

Zulassung und Ermächtigung

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?	LSG Mecklenburg-Vorpommern , Urt. v. 18.11.2020 - L 1 KA 2/18 -	21-02-24 NZB
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?	LSG Bayern , Urt. 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?	LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 23.11.2021 - L 5 KA 4205/18 -	22-02-35 NZB

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.-	LSG Baden-Württemberg , Urt. 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?	LSG Berlin-Brandenburg , Urt. v. 24.03.2021 - L 7 KA 56/17 -	21-02-31

Erweiterte Honorarverteilung (EHV) der KV Hessen

Sonstiges/Verfahrensrecht

Anhang II: BSG - Anhängige Revisionen Krankenversicherung

Stand: 23.11.2022. 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 Termin: 13.12.2022	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
Satzungsregelung zur Kostenübernahme für nicht zugelassenes Krankenhaus	B 1 KR 8/22 R Erledigt durch Rücknahme der Klage	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				
Mastektomie bei transidentitärer Geschlechtsidentitätsstörung	B 1 KR 16/22 R	Gehört eine operative Brustentfernung (Mastektomie) zur Behandlung einer sonstigen transidentitären Geschlechtsidentitätsstörung zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 29.06.2022 - L 5 KR 1811/21 -	22-03-48
Auslandskrankenbehandlung				
Arzneimittel				
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> , Urt. v. 25.11.2021 - L 4 KR 318/18 -	22-02-68
Cannabis:Antragsvorlage	B 1 KR 21/22 R	Muss eine vertragsärztliche Verordnung von Cannabis-Arzneimitteln bereits im Antragsverfahren vorliegen, um die formalen Voraussetzungen der Genehmigungsfiktion nach § 13 Absatz 3a Satz 6 SGB V zu erfüllen?	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 03.03.2022 - L 4 KR 307/19 -	22-04-
§ 2 Ia SGB V/Studienlage: Translarna (Wirkstoff Ataluren) bei Duchenne-Muskeldystrophie	B 1 KR 35/21 R	Schließt die Ablehnung einer arzneimittelrechtlichen Zulassungserweiterung (hier: Translarna zur Behandlung einer Duchenne-Muskeldystrophie bei nicht mehr gehfähigen Patienten) einen Anspruch nach § 2 Absatz 1a SGB V auch dann aus, wenn die Zulassungserweiterung nicht aufgrund einer aussagekräftigen Studienlage abgelehnt wurde, sondern weil die vorgelegten Daten aus der Studie wegen methodischer Probleme der Datenauswahl und Datenanalyse den Nutzen nicht bestätigen konnten?	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , Urt. v. 04.02.2021 - L 5 KR 211/20 -	21-04-41 NZB
Hilfsmittel/Heilmittel				

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> , Ur. v. 10.08.2021 - L 11 KR 4247/19 <i>LSG Thüringen</i> , Ur. v. 23.12.2021 - L 6 KR 1126/18	22-01-107 22-02-72
Rollstuhlzuggerät	B 3 KR 13/22 R	Zur Frage der Notwendigkeit einer Hilfsmittelversorgung mit einem elektrischen Rollstuhlzuggerät.	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Ur. v. 13.12.2021 - L 4 KR 526/20 -	
Dekubitus-Matratze	B 3 KR 17/22 R	Zur Frage der Hilfsmittleigenschaft einer Dekubitus-Matratze zum Behinderungsausgleich.	<i>LSG Sachsen</i> , Ur. v. 09.09.2021 - L 9 KR 333/19 -	23-01-

Häusliche Krankenpflege/Haushaltshilfe

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> , Ur. 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 Termin: 13.12.2022	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> , Ur. 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 Krankenkasse den strittigen Rechnungsbetrag im Laufe des gerichtlichen Verfahrens unter Vorbehalt zahlt und den Vergütungsanspruch nach wie vor bestreitet?	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Ur. v. 16.02.2022 - L 16 KR 251/21 -	22-04-
Neue Behandlungsmethode: Coil-Implantationen	B 1 KR 33/21 R Termin: 13.12.2022	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> , Ur. 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	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Ur. v. 24.03.2022 - L 11 KR 542/18 -	22-03-85 NZB

		zweitangegangenen Krankenhaus)?		
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
Verlegungsabschluss: Stationäre Behandlungsbedürftigkeit zum Zeitpunkt der Entlassung	B 1 KR 20/22 R	Setzt eine Verlegung im Sinne des § 1 Absatz 1 Satz 4 der Fallpauschalenvereinbarung (FPV 2015) voraus, dass sowohl zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem abgebenden Krankenhaus als auch zum Zeitpunkt der Aufnahme in das aufnehmende Krankenhaus eine stationäre Behandlungsbedürftigkeit besteht?	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urt. v. 25.05.2022 - L 4 KR 456/20 -	22-04-
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
Vom Krankenhaus veranlasste Leistungen Dritter	B 1 KR 18/22 R	Darf eine während der stationären Behandlung fortgeführte ambulante Strahlentherapie als vom Krankenhaus veranlasste Leistung Dritter kodiert werden?	LSG Hamburg, Urt. v. 23.06.2022 - L 1 KR 60/21 -	22-04-
Partielle Maxillektomie und Gebot der monokausalen Kodierung	B 1 KR 6/22 R	Zur Unterscheidung von (selbstständigen) Prozeduren und (unselbstständigen) Prozedurenkomponenten in Vergütungsregelungen für stationäre Krankenhausbehandlungen (hier: Kodierung einer partiellen Maxillektomie neben einer Nasenseptumkorrektur und Operationen an der unteren Nasenmuschel im Jahr 2016).	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 04.01.2022 - L 11 KR 597/21 -	22-02-110
„Andere Prozeduren“	B 1 KR 39/21 R B 1 KR 40/21 R	Was sind „andere Prozeduren“ im Sinne der DKR P001f?	<i>Sachsen-Anhalt</i> , Urt. v. 12.05.2021 - L 6 KR 94/18 - - L 6 KR 95/18 -	22-03-82 22-03-83 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	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , Urt. v. 24.05.2022 - L 5 KR 177/21 -	22-03-95

		dafür gegeben hat, dass die (ursprünglich angenommene) voraussichtliche Dauer der Krankenhausbehandlung überschritten wird?		
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/Methodenbewer- tung/Solistenstatus	B 3 KR 14/21 R	Zur Rechtmäßigkeit eines Nutzenbewertungsbeschlusses im sogenannten AMNOG-Verfahren und eines darauf basierenden Schiedsspruchs, insb. unter dem Gesichtspunkt des Verhältnisses eines abgeschlossenen Methodenbewertungsverfahrens zum Nutzenbewertungsverfahren in Bezug auf ein im betreffenden Anwendungsgebiet neu zugelassenes Arzneimittel (hier: Fertigarzneimittel Rapiscan® mit dem Wirkstoff Regadenoson).	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 24.09.2021 - L 28 KR 329/20 KL -	22-01-154
Sprechstundenbedarf: Beschränkung auf Lieferanten von Exklusivverträgen	B 3 KR 4/22 R	Kann die Krankenkasse dem Vergütungsanspruch eines Großhändlers, der zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Radiologen mit Sprechstundenbedarf in Form von Röntgenkontrastmitteln direkt beliefert, die mit anderen Anbietern geschlossenen Exklusivverträge für die Lieferung von Röntgenkontrastmitteln entgegenhalten?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 09.12.2021 - L 16 KR 868/18 -	22-02-122
Keine Wirtschaftlichkeitsprüfung des Arzneimittelgroßhändlers (Kontrastmittel)	B 1 KR 36/21 R Neu: B 3 KR 6/22 R	Zu den Voraussetzungen eines Vergütungsanspruchs eines Arzneimittelgroßhändlers gegen die Krankenkasse aufgrund der Lieferung von Sprechstundenbedarf (hier: Kontrastmittel für radiologische Praxen) in Rheinland-Pfalz und im Saarland, insbesondere unter dem Aspekt der Garantiezusage der zwischen der Krankenkasse und der örtlich zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung geschlossenen Sprechstundenbedarfsvereinbarung bei möglicher Unwirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Verordnung.	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 15.10.2021 - L 4 KR 3009/18 -	21-04-98
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?	<i>LSG Saarland</i> , 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
Krankentransport an anderen Standort des Klinikums	B 3 KR 15/22 R	Hat eine Krankenkasse die Kosten von Krankentransportleistungen als Fahrten bei stationären Behandlungen zu übernehmen, wenn Patienten an eine andere Betriebsstelle des Krankenhauses verbracht wurden, weil nur dort die notwendige personelle und medizinisch-technische Ausstattung vorgehalten wurde, um die erforderlichen Behandlungsmaßnahmen ergreifen zu können?	LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 27.07.2022 - L 5 KR 522/22 -	22-04-

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
Amtsenthörung des Geschäftsführers eines MDK	B 1 KR 22/22 R	Handelt es sich bei der Entscheidung des Verwaltungsrates über die Amtsenthebung eines Organgeschäftsführers um eine personelle Angelegenheit im Sinne des § 63 Absatz 3 Satz 2 SGB IV?	LSG Rheinland-Pfalz , Urt. v. 03.02.2022 - L 5 KR 224/19 -	22-04- NZZ

GBA

Sonstiges