

Rechtsprechungsinformationsdienst 23-02

REDAKTION	5
EDITORISCHE HINWEISE	5
A. VERTRAGSARZTRECHT	6
I. Honorarverteilung	6
1. Regelleistungsvolumen	6
a) Erhalt eines Jungarztstatus nach Gründung einer überörtlichen BAG durch zwei MVZ	6
b) Postoperative Augenhintergrunduntersuchungen und außerbudgetäre Vergütung	7
c) Auszahlungsquote bei Sonderregelung zum RLV (KV Hessen)	7
2. Kostenpauschale für Sachkosten bei endoskopischen Gelenkeingriffen	8
3. Jahresfrist für die Vorlage der vertragsärztlichen Abrechnung	8
II. Sachlich-rechnerische Richtigstellung	8
1. Nichtteilnahme an der Telematikinfrastruktur	8
a) Quartal IV/20	8
b) Quartale I bis IV/19	9
c) Kein Verstoß gegen (zahn-)ärztliche Schweigepflicht (Quartale I bis III/19)	10
2. Patientenbezogene Plausibilitätsprüfung trotz abweichender Praxisanschriften	10
3. Jobsharing: Absenkung der Leistungsobergrenzen/Vertrauensschutz	11
4. Dokumentation der Arzt-Patienten-Kontakte (Nr. 07320 EBM)	11
5. Dermatochirurgische Eingriffe: Nachweis der Notwendigkeit mittels Bilddokumentation	12
6. Chromosomenanalyse	12
7. Notfallbehandlung durch Krankenhaus: Verbringung in anderes Krankenhaus	12
8. Abrechnung von Corona-Tests: Vorgaben KBV-LE/Erstattung der Kostenpauschalen	13
III. Genehmigung/Vertretung/Notdienst	13
1. Widerruf einer Genehmigung als schmerztherapeutische Einrichtung: BAG und 75 %-Anteil	13
2. Vakanzvertretung angestellter Psychotherapeuten	14
3. Notdienst	14
a) Erweiterung des Notdienstbezirks	14
b) Heranziehung von Privatärzten zum Notdienst durch KV (Hessen)	15
IV. Wirtschaftlichkeitsprüfung/Arzneikostenregress	15
1. Prävalenzprüfung und Praxisbesonderheit	15
2. Arzneikostenregress	15
a) Differenzberechnung: Geltung auch für unzulässige Verordnungen	15
b) Einzelfall: Verordnung von Atriumhydrogencarbonat als Rezeptur	16
c) Richtgrößenvolumen: „Filterverfahren“	16
3. Zahnersatz: Planungsfehler/Heil- und Kostenplan	16
V. Zulassungsrecht	17
1. Zulassung	17
a) Keine Zulassung unter Verzichtsvorbehalt bei zwei hälftigen Versorgungsaufträgen	17
b) Anstellungsgenehmigung: Keine Hinweispflicht auf bedingten Zulassungsverzicht	18
c) Erledigung des Auswahlverfahrens nach Verzicht der zugelassenen Ärztin	19
VI. Angelegenheiten der KBV und des GKV-Spitzenverbands	19
1. Hausarztzentrierte Versorgung: Fehlerhafte Abrechnung des Arztes	19
VII. Verfahrensrecht/EHV KV Hessen	20
1. Rechtswegzuständigkeit: Coronavirus-Testverordnung	20
a) Rechtsweg zu den Sozialgerichten	20
b) Unzulässigkeit des Verwaltungsrechtswegs	20
c) Verwaltungsrechtsweg aus allgemeiner Zuweisung/Keine Angelegenheit der GKV	20
2. Klageänderung in der Berufungsinanz	20
3. Rechtsmissbräuchliche Befangenheitsgesuche/Bezeichnung des Klagegegenstandes	21
4. EHV KV Hessen: Berücksichtigung „besonderer Kosten“	21

VIII. Bundessozialgericht (BSG)	21
1. BVerfG: Unzulässige Rückwirkung des Strukturzuschlags	21
2. Kinderärzte mit Schwerpunkt: Kein fachärztl. Versorgungsbereich (Nr. 04040, 04220 u. 04221 EBM)	22
3. Sachlich-rechnerische Richtigstellung	23
a) Fachgebietsgleiche BAG und arztbezogene Kennzeichnungspflicht mit LANR/Treu und Glauben	23
4. Wirtschaftlichkeitsprüfung	24
a) Unbrauchbarkeit von Impfstoff nach Havarie des Kühlschranks	24
b) Vierjährige Ausschlussfrist für Festsetzung einer Beratung	24
5. Zulassungsrecht	24
a) Sonderbedarfzulassung durch mehrere Viertelversorgungsaufträge	24
b) Ermächtigung zum Betrieb einer psychiatrischen Institutsambulanz	24
aa) Zumutbare Wege mit öffentlichen Verkehrsmitteln und UN-Behindertenrechtskonvention	24
bb) Krankenhausplan und Ausweisung einer stationären Einrichtung am Standort	24
c) Fiktion der Widerspruchsrücknahme bei nicht rechtzeitiger Entrichtung der Gebühr	25
B. KRANKENVERSICHERUNGSRECHT	26
I. Vertrags(zahn)ärztliche Behandlung	26
1. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	26
a) MRT-Untersuchung: Rezidivrisiko eines Mammakarzinoms	26
b) Brustangleichung durch Lipofilling	26
c) Kataraktoperation unter Einsatz eines Femtosekundenlasers	26
2. Künstliche Befruchtung: Altersgrenze für Frauen verfassungsgemäß	27
II. Stationäre Behandlung	27
1. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode	27
a) Hochintensiv-fokussierter Ultraschall (HIFU) bei Prostatakarzinom	27
b) Immunadsorptionstherapie bei chronischem Fatiguesyndrom	27
2. Liposuktion: Potentialleistung und Erprobungs-Richtlinie	27
3. Magenbandoperation: Vorheriges Durchlaufen eines multimodalen Behandlungskonzepts	28
4. Postbariatrische Wiederherstellungsoperation	28
a) Voraussetzungen für postbariatrische Hautstraffungsoperationen	28
b) Bruststraffung beidseits	29
5. Brustangleichung mittels Lipofilling	29
6. Behandlungsbedürftige Geschlechtsdysphorie als Krankheit	29
III. Kostenerstattung	30
1. Genehmigungsfiktion	30
a) BVerfG: Unzulässige Verfassungsbeschwerde (Begründungsanforderungen)	30
b) Zurechnung des Wissens des Prozessbevollmächtigten	30
2. Psychotherapie: Keine Beschränkung des Erstattheronorars auf 1-fachen Gebührensatz	31
IV. Arzneimittel	31
1. Versorgung mit Medizinal-Cannabis: Begründete Einschätzung eines Vertragsarztes	31
2. Off-Label-Use: Ondansetron bei stetiger Übelkeit und stetigem Erbrechen	31
3. Medikament Xeljanz (Wirkstoff Tofacitinib) bei entzündlicher Hauterkrankung	32
V. Hilfsmittel	32
1. Handbike	32
2. Elektrisches Rollstuhlzuggerät: Verbesserte Bedienweise/Auswirkung auf die Krankheit	32
3. Orthesenstrümpfe	32
4. Hörgeräteversorgung	33
a) An Taubheit grenzende Schwerhörigkeit: 5 % besseres Sprachverstehen	33
b) Subjektives Empfinden: Unterschiedliche Angaben zum Sprachverstehen	33
5. Unterstützte Kommunikation: Humanelektronik-Kommunikator	33
6. Assistenzhund nach posttraumatischer Belastungsstörung	34
7. Penis-Hoden-Epithese bei Transsexualität	34
VI. Rehabilitation/Häusliche Krankenpflege/Fahrkosten/Zuzahlungen	35
1. Häusliche Krankenpflege	35
a) Kein Erstattungsanspruch bei fehlendem schriftlichen Vertrag	35
2. Fahrkosten	35
a) Fahrkosten zur Arbeitsstelle während stufenweiser Wiedereingliederung ins Erwerbsleben	35
b) Wiedereingliederung ins Erwerbsleben: Fahrkosten nach Rentenrecht	36
3. Zuzahlungen: „Kosten der Unterbringung in einem Heim“	36

VII. Beziehungen zu Krankenhäusern	36
1. Vergütungsanspruch/Fälligkeit	37
a) Erforderlichkeit der Behandlung	37
aa) Teilstationäre Krankenhausbehandlung für Mutter und Kind	38
bb) Gesteigerte Darlegungsanforderungen bei fehlendem Prüfverfahren	38
b) Ambulant durchzuführende Operation	38
c) Behandlung im Schockraum keine Aufnahme in das Krankenhaus	39
d) Aufklärungspflicht bei Operationen/Präklusion	39
e) Vorzeitige Verlegung	39
f) Epidural gepulste Radiofrequenztherapie: Qualitätsgebot	40
g) Ausschlussfrist zur Rückzahlung von geleisteten Vergütungen	40
aa) Rückzahlung der Vergütung: Keine Berufung auf Rückwirkungsverbot	40
bb) Ausschlussfrist auch für Aufrechnung	40
h) Nachweis der Versicherungspflicht eines Patienten	40
2. Prüfvereinbarung	41
a) Präklusionswirkung	41
aa) Pauschale Unterlagenanforderung: Besondere Umstände	41
bb) Fehlende Anforderung der konkreten Unterlagen durch MDK	41
cc) Keine Präklusion im sog. Begehungsverfahren	41
b) Ablauf der Ausschlussfrist/Prüfung des MDK im Verhältnis zum Versicherten	42
3. Fallpauschalen	42
a) Hauptdiagnose trotz erst späterer Feststellung	42
b) Kodierung von Zusatz-Kodes bei Wiedereröffnung eines Operationsgebietes	42
c) Behandlung mit Cytosorb nach Herzoperation mit septischem Schock	43
d) Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls	43
aa) 6-stündliche Überwachung	43
bb) Transport	43
e) Kodierung einer Anämie multifaktorieller Genese	44
aa) DKR 2012	44
bb) DKR 2015	44
4. Aufschlagszahlung nach § 275c Abs. 3 SGB V	44
a) Anhörung/Datum der leistungsrechtlichen Entscheidung unerheblich	44
b) Begründung/Anhörung/Einleitung einer Prüfung maßgeblich	45
c) Anhörung und „Gleichartigkeit“ der Bescheide/Leistungsrechtliche Entscheidung unerheblich	45
d) Anhörung/Begründung/Zeitpunkt der Krankenhausaufnahme maßgeblich	45
e) Zeitpunkt der Krankenhausaufnahme maßgebend	46
f) Stationären Aufnahme in das Krankenhaus maßgebend	46
g) Begründung/Datum der Krankenhausaufnahme als maßgeblicher Zeitpunkt	46
h) Aufnahme im Krankenhaus ab 2020/Abgeschlossene Prüffälle	46
i) Keine Aufrechnung mit Aufschlagsforderung	46
5. BVerfG/Rückwirkende Ermächtigung des DIMDI: Unzulässiger Vorlagebeschluss	47
6. Verfahrensrecht	47
a) Einseitige Erledigungserklärung nach Zahlung der Klageforderung	47
b) Keine Fortführung des Rechtsstreits nach Zahlung der Vergütung	48
VIII. Beziehungen zu Leistungserbringern und Arzneimittelherstellern	48
1. Apotheken	48
a) Konkurrentenklage einer KV: Erbringung pharmazeutischer Dienstleistungen durch Apotheken	48
b) Rückforderung der Umsatzsteuer auf Fertigarzneimittel	49
2. Leistungserbringer häuslicher Krankenpflege	49
a) BVerfG: Aufsichtsbehördliche Bestimmung einer Schiedsperson	49
b) Rechtsnachfolge in Versorgungsverträge bei gesellschaftsrechtlichen Änderungen	50
3. Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe: Vertragspartner	50
IX. Verfahrensrecht/Streitwert	51
1. Klageerhebung: Übersendung von Bescheiden durch Rechtsanwalt	51
2. Streitwert: Erfüllung einer Mindestmengenregelung	51
X. Bundessozialgericht (BSG)	51
1. Beziehungen zu Krankenhäusern	51
a) Vergütungsanspruch bei Studienteilnahme und stationäre Behandlungsbedürftigkeit	51
b) Eingriff in gesundes Organ/Absehen von Prüfverfahren	51
c) Rückforderung von Umsatzsteuer auf Zytostatika: Ergänzende Vertragsauslegung	52
2. Werbeflyer einer Versandapotheke in Mitglieder magazin einer Krankenkasse	52
3. Pharmazeutischer Unternehmer: Generikaabschlagspflicht eines örtlichen Vertreters	52
4. Häusliche Krankenpflege	52
a) Vergütungsanspruch und Rückwirkung eines Schiedsspruchs	52
b) Häusliche Krankenpflege: Schiedsspruch für Vergangenheit	53

5. Schadensersatzansprüche aus Art. 82 I DSGVO: Rechtsweg	53
C. ENTSCHEIDUNGEN ANDERER GERICHTE	54
I. Ärztliches Berufsrecht	54
1. Strafrecht	54
a) BGH: Unerlaubtes Verschreiben von Betäubungsmitteln	54
b) Ausstellung eines Attestes und persönliche Untersuchung des Patienten	54
2. Abschluss der Ausbildung als Ärztin in der Ukraine	55
3. Untersagung des Betriebs von Röntgeneinrichtungen: Unzuverlässigkeit des Betreibers	55
4. BVerwG: Psychologische Psychotherapeutin/Masterabschluss im Studiengang Psychologie	55
5. Sozialversicherungspflicht	56
a) Einbindung der herangezogenen Therapeuten in Arbeitsprozess	56
b) Vertretungsweise Übernahme von Bereitschafts- und Notdiensten im KV-Notdienst	56
6. Ansprüche aus Amtshaftung gegen Zulassungsausschuss: Klage gegen Trägerorganisationen	56
II. Arzthaftung	57
1. Bundesgerichtshof (BGH)	57
a) Aufklärung, Einwilligung und Bedenkzeit	57
b) Aufklärung: Risiko der schweren Behinderung des Kindes	57
c) Rechtsweg beim Rückgriff des Unfallversicherungsträgers gegen Durchgangsarzt	58
2. Behandlungsfehler	58
a) Grober Behandlungsfehler: Kausalitätsgegenbeweis	58
b) Aufgabe der Diagnose einer akuten Suizidalität/Dokumentation eines Patientengesprächs	58
c) Irrtümliche Dekompression eines Wirbelkanals in der falschen Höhe	59
d) Aspirationen eines Kleinkindes nach Antibiotikagabe (hier: Apfelstück in der Luftröhre)	59
3. Aufklärung	59
a) Einwilligungserklärung unmittelbar im Anschluss an die Aufklärung	59
b) Anderweitige Operationsmöglichkeiten: Halswirbelsäulenoperation	60
c) Hüft-TEP mit Risiko vermehrter Beschwerden	60
d) Covid-19-Impfungen	60
aa) Bagatelverletzungen ohne wesentliche Beeinträchtigung	60
bb) Aufklärungspflicht bei Covid-19-Impfungen mit einem mRNA-Impfstoff	61
e) Wiederherstellung einer ästhetisch ansprechenden Brustform	61
f) Kosmetische Brustoperation: Phänomen des Bottoming-Out	61
4. Haftung eines Patienten und Mitverschulden des Arztes: MRT-Schaden wegen Orthese aus Metall	61
ANHANG I: BSG - ANHÄNGIGE REVISIONEN VERTRAGSARZTRECHT	63
ANHANG II: BSG - ANHÄNGIGE REVISIONEN KRANKENVERSICHERUNG	65

Redaktion

Die Verantwortung für den Inhalt liegt ausschließlich bei der Redaktion.

REDAKTION: Dr. Cornelius Pawlita, Saarlandstraße 29, 35398 Gießen
e-mail: pawlita@web.de;
Telefon: 0641/201 776;
Telefax: 0641/250 2801.

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

Bezug: Der RID kann über die Mitgliedschaft in der **Deutschen Gesellschaft für Kassenarztrecht e.V.**, Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin (e-mail: gf@dgkassenarztrecht.de; Tel: 030/4005-1750; PC-Fax:030/4005-27-1750; Fax:030/4005-1795) bezogen werden. Der Jahresbeitrag für natürliche Personen beträgt 100 €. 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 14.05.2023 eingestellten Entscheidungen.

A. VERTRAGSARZTRECHT

I. Honorarverteilung

Nach BSG, Urt. v. 24.05.2023 - **B 6 KA 8/22 R** - hat das LSG die **Quotierung** der vom Kl. erbrachten **nicht antrags- und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen** innerhalb der zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen in den Quartalen I/11, III/11 und IV/11 zutreffend als **rechtswidrig** erachtet. Die zugrunde liegende Honorarverteilungsvereinbarung war wegen Verstoßes gegen die im Jahr 2011 geltenden **Vorgaben des Bewertungsausschusses** für die Honorarverteilung und damit gegen höherrangiges Recht unwirksam. Nach Wortlaut und Regelungssystematik fehlt es an einer hinreichend klaren und eindeutigen **bundesrechtlichen Ermächtigung** in den einschlägigen Beschlüssen des Bewertungsausschusses, die die Partner der Gesamtverträge auf Landesebene dazu berechtigt hätte, die streitigen Leistungen trotz Einhaltung der zugewiesenen zeitbezogenen Kapazitätsgrenze mit einem geringeren Punktwert als dem Preis der regional geltenden Euro-Gebührenordnung zu vergüten. Eine Regelung zur Abstufung der Vergütungen treffen die Vorgaben des Bewertungsausschusses nur bei Überschreitung der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze. Der Kl. hat diese Grenze nach den bindenden Feststellungen des LSG in den streitigen Quartalen aber nicht überschritten. Eine Ermächtigung zur Quotierung von Leistungen innerhalb der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze ergibt sich nicht bereits aus der sogenannten Konvergenzregelung in Abschnitt II des Beschlusses des Bewertungsausschusses v. 26.03.2010. Danach bestand eine Steuerungsmöglichkeit auf Landesebene nur, „soweit“ die Leistungen nicht bereits nach Teil F Abschnitt I einer Steuerung unterzogen waren. Dies war hier aber durch die Bildung einer einheitlichen zeitbezogenen Kapazitätsgrenze für antrags- und genehmigungspflichtige sowie nicht antrags- und genehmigungspflichtige psychotherapeutische Leistungen nach Abschnitt I der Fall. Nichts anderes folgt aus der mit Beschluss des Bewertungsausschusses zum 01.10.2010 neu eingefügten Vorschrift in Teil F Abschnitt I Nr. 4.3. Diese regelt nach dem Wortlaut der Überschrift die „Finanzierung der Leistungen innerhalb der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze“ für ein erstmals zu bildendes gemeinsames Vergütungsvolumen mit den Preisen der Euro- Gebührenordnung für beide Leistungsarten der hier relevanten Arzt- beziehungsweise Therapeutengruppe. Eine Ermächtigung der Partner der Gesamtverträge zur Quotierung der nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen ergibt sich hieraus jedoch insbesondere deswegen nicht, da der Bewertungsausschuss an der Vergütung der Leistungen bis zur zeitbezogenen Kapazitätsgrenze „mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung“ festgehalten hat.

1. Regelleistungsvolumen

a) Erhalt eines Jungarztstatus nach Gründung einer überörtlichen BAG durch zwei MVZ

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 21.12.2022 - L 7 KA 63/19

RID 23-02-1

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 72 I 2, 87b

Der Zusammenschluss zweier MVZ zu einer **überörtlichen BAG** (übAG) ist nicht mit der Aufnahme eines neuen Partners in eine schon länger bestehende BAG gleichzusetzen. Die Errichtung der übAG ist vielmehr mit der **Neuerrichtung** einer BAG unter Vertragsärzten gleichzusetzen, die zuvor je für sich vertragsärztlich tätig waren. Daher geht der drei Jahre lang geltende **Neupraxenstatus eines Partners** nicht durch die Gründung der übAG verloren. Bei Neugründung einer BAG bleibt einem Gründungsmitglied sein ggf. vorhandener Neupraxenstatus erhalten (so ausdrücklich SG Marburg, Urt. v. 26.10.2016 - S 12 KA 59/15 - juris Rn. 35, RID 16-04-4). Diese Fallgruppe ist streng zu trennen von derjenigen, in der ein in der Aufbauphase befindlicher Vertragsarzt in eine BAG eintritt, die der Aufbauphase schon entwachsen ist; in dieser Konstellation verliert der neu hinzutretende „Jungarzt“ seinen Neupraxenstatus (vgl. hierzu BSG, Urt. v. 17.07.2013 - B 6 KA 44/12 R - SozR 4-2500 § 87b Nr. 2, juris Rn. 27).

Eine angestellte Ärztin „verbraucht“ in einer **Angestelltentätigkeit** vor dem Eintritt ins MVZ (hier: am Krankenhaus H vom Juli 2008 bis Dezember 2009) nicht Teile eines **Jungarztstatus**. Ein abhängig beschäftigter angestellter Arzt verfügt über keine vertragsärztliche Zulassung. Die BSG-Rspr. zu Praxen in der Aufbauphase hatte stets den in freier Unternehmerschaft selbständig tätigen Vertragsarzt im Blick, dem es ermöglicht werden sollte, zur Herstellung von Honorarverteilungsgerechtigkeit eine Steigerung des Honorars auf den Fachgruppendurchschnitt ohne zeitliche Verzögerung zu realisieren (vgl. nur BSG, Urt. v. 24.01.2018 - B 6 KA 2/17 R - SozR 4-2500 § 87b Nr. 13, juris Rn. 25).

Die Beteiligten streiten noch um die Frage, ob die bekl. KV für die im MVZ am Krankenhaus H angestellte Ärztin A bei der Berechnung des Regelleistungsvolumens eine Fallzahlerhöhung auf Grundlage der Neupraxenregelung für die Quartale II bis IV/12 zu gewähren hat. Die Kl. ist Trägergesellschaft der seit April 2012 errichteten übAG, die aus dem MVZ im P (zugelassen seit April 2006) und dem MVZ am Krankenhaus H (zugelassen seit Oktober 2010) besteht. In dem MVZ am Krankenhaus H waren zum Zeitpunkt der Errichtung im Oktober 2010 der Facharzt für Chirurgie Dr. G und die Fachärztin für Neurochirurgie Frau A als Angestellte tätig. Der Arzt Dr. G war schon seit dem Oktober 1999 in B als Vertragsarzt zugelassen und ab Oktober 2010 mit einem vollen Versorgungsauftrag in dem MVZ tätig. Die **Ärztin A** war zunächst vom Juli 2008 bis Dezember 2009 im

MVZ Gelenk- und Wirbelsäulenzentrum S angestellt. Seit Oktober 2010 war sie im MVZ am Krankenhaus H als Angestellte auf einem dort von Seiten des MVZ neu angesiedelten Vertragsarztsitz für Neurochirurgie tätig, und zwar auch nach der Errichtung der üBAG weiter bis zum März 2013. *SG Berlin*, Urt. v. 30.01.2019 - S 79 KA 1066/16 - verpflichtete die Bekl., der Kl. für diese im MVZ am Krankenhaus H angestellte Ärztin bei der Berechnung des Regelleistungsvolumens eine Fallzahlerhöhung im Rahmen der Neupraxenregelung für die Quartale II bis IV/12 zu gewähren, und wies im Übrigen die Klage ab. Das *LSG* wies die Berufung der Bekl. zurück.

b) Postoperative Augenhintergrunduntersuchungen und außerbudgetäre Vergütung

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 22.02.2023 - L 7 KA 56/19

RID 23-02-2

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 87b

Die **Augenhintergrunduntersuchung** nach GOP 06333 stellt eine **allgemeine Leistung** dar, die sowohl von operativen als auch von konservativ tätigen Augenärzten durchgeführt wird. Die Augenhintergrunduntersuchung wird auch nicht durch eine operative Praxisausrichtung zu einer für die Versorgung bedeutsamen fachlichen Spezialisierung. Es fehlt an der Verknüpfung der Überschreitung des Fallwertes mit der Spezialisierung jedenfalls dann, wenn die postoperativ vermehrt anfallenden binokularen Untersuchungen bis zum 28. postoperativen Tag von der außerbudgetären Vergütung über die IV-Verträge mitumfasst werden.

Der Vortrag, dass **Augenhintergrunduntersuchungen postoperativ** auch nach Ablauf von vier Wochen zur Kontrolle in besonderer Häufigkeit vorgenommen werden, spiegelt sich nicht in den Leitlinien, sondern deutet nur auf eine individuell bezweckte Leistungsmengenausweitung, die keine Praxisbesonderheit begründen kann. Es handelt sich damit bei den ab dem 29. postoperativen Tag vorgenommenen binokularen Untersuchungen um schlicht augenarzttypische Leistungen.

Leistungen, die im Rahmen der über den **IV-Vertrag außerbudgetär** vergüteten ambulanten Operationen erbracht werden und von der außerbudgetären Vergütung nicht vollständig abgegolten sind, können nicht als Praxisbesonderheit geltend gemacht werden (vgl. auch *LSG Berlin-Brandenburg*, Urt. v. 09.02.2022 - L 7 KA 10/18 - juris Rn. 65, RID 22-03-1).

Die Beteiligten streiten darüber, ob die Bekl. dem kl. Facharzt für Augenheilkunde, der an den Standorten S und L jeweils mit einem halben Versorgungsauftrag einen operativen Praxisschwerpunkt hat, aufgrund von Praxisbesonderheiten ein höheres Honorar für die Quartale I bis IV/16 zu gewähren hat. *SG Potsdam*, Urt. v. 16.10.2019 - S 1 KA 145/17 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

Parallelverfahren:

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 22.02.2023 - L 7 KA 57/19

RID 23-02-3

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

c) Auszahlungsquote bei Sonderregelung zum RLV (KV Hessen)

LSG Hessen, Urteil v. 25.05.2023 - L 4 KA 10/20

RID 23-02-4

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 87b

Bezugszeitraum für eine **Sonderregelung** zum RLV ist nicht das Aufsatzquartal, sondern das Quartal, für das die Sonderregelung gefordert wird (Festhalten an *LSG Hessen*, Urt. v. 20.02.2019 L 4 KA 31/15 - RID 19-02-4).

Die Berücksichtigung der **Auszahlungsquote** begegnet als solche bei der Bestimmung der Sonderregelung keinen Bedenken. Die „Übersetzung“ des Vorstandsbeschlusses vom 28.07.2014 in eine Formel ermöglicht es allerdings nicht, am Ende der Berechnung in der Rechtsfolge als **Kappungsgrenze** einen nochmals quotierten arztindividuellen Fallwert als Obergrenze anzunehmen. Auch hier ist die Auszahlungsquote des aktuellen Quartals maßgeblich.

Die Beteiligten streiten um die Höhe des Honorars für die drei Quartale I bis III/15 und hierbei insb. um einen höheren Fallwert für die Berechnung des Regelleistungsvolumens. *SG Marburg*, Gerichtsbb. v. 08.04.2020 - S 12 KA 823/16 - RID 20-02-4 verurteilte die Bekl. zur Neubescheidung, das *LSG* verpflichtete die Bekl., die Widersprüche über die Honoraransprüche der Quartale I bis III/15 der ehemaligen BAG Dres. med. A./C. unter

Beachtung der Rechtsauffassung des Senats neu zu bescheiden und wies die Berufung des Kl. im Übrigen und die Berufung der Beklagten zurück.

2. Kostenpauschale für Sachkosten bei endoskopischen Gelenkeingriffen

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 25.01.2023 - L 7 KA 12/21

RID 23-02-5

Nichtzulassungsbeschwerde B 6 KA 5/23 B zurückgenommen

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 87 I; EBM 2014 Nr. 40752, 40754

Leitsatz: GOP 40752 und 40754 EBM 2014 („**Kostenpauschale** für die Sachkosten in Zusammenhang mit endoskopischen Gelenkeingriffen“) umfassen sämtliche im Rahmen einer Arthroskopie entstandenen **Sachkosten**, selbst wenn diese im Einzelfall von der Pauschale (200 bzw. 333 €) nicht vollständig abgedeckt sind. Einer erweiternden Auslegung sind die GOP nicht zugänglich.

Die Beteiligten streiten um Zahlung von 1.127,07 € für die Verwendung von Einmalmaterial bei ambulanten endoskopischen Gelenkeingriffen (Arthroskopien) in den Quartalen II/14 und III/14 für vier Behandlungsfälle. Der Kl. ist Facharzt für Chirurgie. *SG Berlin*, Gerichtsbb. v. 03.03.2021 - S 22 KA 4/18 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

3. Jahresfrist für die Vorlage der vertragsärztlichen Abrechnung

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 21.12.2022 - L 7 KA 35/19

RID 23-02-6

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 87b

Mit BSG, Urt. v. 22.06.2005 - B 6 KA 19/04 R - SozR 4-2500 § 85 Nr. 19 steht fest, dass eine KV auch ohne gesetzliche Ermächtigung Fristen für die Vorlage der **vertragsärztlichen Abrechnung** eines Quartals setzen und als materielle Ausschlussfristen ausgestalten darf. Eine **Jahresfrist** ist weiträumig bemessen und auch unter Aspekten der Verhältnismäßigkeit frei von rechtlichen Bedenken, wenn „im begründeten Einzelfall“ auf Antrag Abweichungen zulässig sind (vgl. LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 22.05.2013 - L 11 KA 11/11 - juris Rn. 28 f., RID 13-04-9).

Die Beteiligten streiten um die Honorarabrechnung der Quartale IV/12 und I/13. Die Kl. ist Fachärztin für Nervenheilkunde und nahm mit vollem Versorgungsauftrag vom Januar 1992 bis zum Mai 2021 an der vertragsärztlichen Versorgung teil; vom 11.03.2015 bis zum 30.06.2015 ruhte ihre Zulassung. *SG Berlin*, Urt. v. 08.05.2019 - S 83 KA 94/17 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

II. Sachlich-rechnerische Richtigstellung

1. Nichtteilnahme an der Telematikinfrastruktur

a) Quartal IV/20

SG München, Urteil v. 26.01.2023 - S 38 KA 72/22

RID 23-02-7

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V a.F. § 291 IIb 14

Leitsatz: 1. Die im Quartal IV/20 vorgenommene Honorarkürzung (Honorarabzug wegen Nichtteilnahme an der Telematikinfrastruktur), die ihre rechtliche Grundlage in § 291 Abs. 2b S. 9 SGB V a.F. findet, ist rechtmäßig. Die Regelungen über die **Telematikinfrastruktur** (§§ 291 ff. SGB V) sind mit **höherrangigem Recht**, der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) und dem Grundgesetz zu **vereinbaren** (vgl. BSG, Urt. v. 20.01.2021 - B 1 KR 7/20 R - BSGE 131, 169 = SozR 4-2500 § 291a Nr. 2; SG Stuttgart, Urt. v. 27.01.2022 - S 24 KA 166/20 - RID 22-02-06; SG Mainz, Urt. v. 27.07.2022 - S 3 KA 84/20 - RID 23-01-8; SG München, Urt. v. 09.11.2022, u.a. - S 38 KA 5155/21 - RID 23-01-7; SG München, Urt. v. 26.01.2023 - S 38 KA 190/22 - RID 23-02-08).

2. Auch im Quartal IV/20 findet kein **Abgleich aller Patientenstammdaten** im eigentlichen Sinne statt. Vielmehr wird nur verschlüsselt bei den Krankenkassen angefragt, ob es ein Update gibt. Es handelt sich um eine Datenverarbeitung auf sehr niedrigem Niveau, weshalb lediglich geringere Anforderungen an den **Datenschutz** zu stellen sind.

3. Die **Gematik** als Institution wird den Anforderungen an eine angemessene Datensicherheit formell und materiell gerecht. Sowohl die **Beteiligung des Spitzenverbandes der Apotheker** als auch eine eventuelle **Beteiligung der Privaten Krankenversicherer** ist rechtlich nicht zu beanstanden.
4. Die Regelungen in §§ 291 ff. SGB V zeugen von dem großen Bemühen des Gesetzgebers, ein Optimum an **Datenschutz** zu erreichen. Durch die Neufassung und Ergänzung der bisherigen Regelungen (insb. §§ 306 ff. SGB V) wird die bisherige **Regelungsdichte** noch **erweitert**.
5. Der **Bestimmtheitsgrundsatz** aus Art. 20 GG und die daraus entwickelte Wesentlichkeitstheorie sind eingehalten.
6. Maßgeblich für die Beurteilung des **Sicherheitsniveaus** ist nicht das Sicherheitsprofil (EAL3+) für den Konnektor, sondern das vom Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik vorgegebene Schutzprofil.
7. Mit der **Gesetzesänderung zum 14.10.2020** sind nunmehr ausdrücklich **Verantwortlichkeiten** im SGB V festgelegt worden, darunter auch eine subsidiäre Verantwortlichkeit der Gematik (§ 307 SGB V). Den Anforderungen der **DSGVO** (Art. 24, 26) ist damit Rechnung getragen.
8. Ein Verstoß gegen Art. 12 GG und gegen Art. 2 GG (**Recht auf informationelle Selbstbestimmung**) ist nicht ersichtlich.
9. Bei bestimmungsgemäßem Anschluss an die TI, bestimmungsgemäßer Nutzung, ordentlicher Wartung und Beachtung der erforderlichen Datenschutzmaßnahmen ist mangels Vorliegen des subjektiven Tatbestandes der **strafrechtliche** Tatbestand des § 203 StGB nicht erfüllt.
Der Kl., der als Facharzt für Augenheilkunde zugelassen ist, wandte sich gegen die Honorarkürzung im Quartal IV/20 in Höhe von 2,5 % (= 1.704,73 €) wegen Nichtteilnahme an der Telematikinfrastruktur. Das **SG** gab dem Antrag, Beweis durch Einholung eines Sachverständigengutachtens entsprechend der schriftlichen Vorlage des Prozessbevollmächtigten zu erheben, nicht statt und wies die Klage ab.

b) Quartale I bis IV/19

SG München, Urteil v. 26.01.2023 - S 38 KA 190/20

RID 23-02-8

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V a.F. § 291 Iib 14

- Leitsatz:** 1. Die in den Quartalen des Jahres 2019 vorgenommene Honorarkürzung (Honorarabzug wegen Nichtteilnahme an der Telematikinfrastruktur), die ihre rechtliche Grundlage in § 291 Abs. 2b S. 14 SGB V a.F. findet, ist rechtmäßig. Die Regelungen über die **Telematikinfrastruktur** (§§ 291 ff. SGB V) sind mit **höherrangigem Recht**, der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) und dem Grundgesetz zu **vereinbaren** (vgl. BSG, Urt. v. 20.01.2021 - B 1 KR 7/20 R - BSGE 131, 169 = SozR 4-2500 § 291a Nr. 2; SG Stuttgart, Urt. v. 27.01.2022 - S 24 KA 166/20 - RID 22-02-06; SG Mainz, Urt. v. 27.07.2022 - S 3 KA 84/20 - RID 23-01-8; SG München, Urt. v. 09.11.2022, u.a. - S 38 KA 5155/21 - RID 23-01-7; SG München, Urt. v. 26.01.2023 - S 38 KA 72/22 - RID 23-02-07).
2. In den Quartalen des Jahres 2019 findet kein **Abgleich aller Patientenstammdaten** im eigentlichen Sinne statt. Vielmehr wird nur verschlüsselt bei den Krankenkassen angefragt, ob es ein Update gibt. Es handelt sich um eine Datenverarbeitung auf sehr niedrigem Niveau, weshalb lediglich geringere Anforderungen an den **Datenschutz** zu stellen sind.
 3. Die **Gematik** als Institution wird den Anforderungen an eine angemessene Datensicherheit formell und materiell gerecht. Sowohl die **Beteiligung des Spitzenverbandes der Apotheker**, als auch eine eventuelle **Beteiligung der Privaten Krankenversicherer** ist rechtlich nicht zu beanstanden.
 4. Die Regelungen in §§ 291 ff. SGB V zeugen von dem großen Bemühen des Gesetzgebers, ein Optimum an **Datenschutz** zu erreichen.
 5. Im Hinblick darauf, dass die Digitalisierung gerade auch im Gesundheitsbereich rasant zunimmt, dementsprechend eine kurzfristige und laufende Anpassung der Sicherheitsvorkehrungen zur Einhaltung des Datenschutzes notwendig ist, aber auch im Hinblick auf die Anfangs- und Erprobungsregelung im Zusammenhang mit der Einführung der TI und im Hinblick auf den Verarbeitungsprozess auf niedrigster Stufe erscheint es akzeptabel und mit dem **Bestimmtheitsgrundsatz** und der Wesentlichkeitstheorie vereinbar, wenn in den gesetzlichen Regelungen detaillierte Vorgaben und Regelungen zum Sicherheitsniveau und zu den geeigneten Sicherheitsmaßnahmen einschließlich konkreter Gefahren Regelungen zur Gefahrenvorsorge nicht oder nur ungenügend enthalten sind.

6. Maßgeblich für die Beurteilung des **Sicherheitsniveaus** ist nicht das Sicherheitsprofil (EAL3+) für den Konnektor, sondern das vom Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik vorgegebene Schutzprofil.

7. Daraus, dass vor dem 14.10.2020 (Gesetzesänderung) keine ausdrücklichen **Verantwortlichkeiten** im SGB V festgelegt wurden, ergibt sich kein Verstoß gegen die **DSGVO** (Art. 24, 26).

8. Ein Verstoß gegen Art. 12 GG und gegen Art. 2 GG (**Recht auf informationelle Selbstbestimmung**) ist nicht ersichtlich.

9. Bei bestimmungsgemäßem Anschluss an die TI, bestimmungsgemäßer Nutzung, ordentlicher Wartung und Beachtung der erforderlichen Datenschutzmaßnahmen ist mangels Vorliegen des subjektiven Tatbestandes der **strafrechtliche** Tatbestand des § 203 StGB nicht erfüllt.

Der Kl., der als Facharzt für Augenheilkunde zugelassen ist, wandte sich gegen die Honorarkürzungen in den Quartalen I bis IV/19 in Höhe von 1 % (= 2.399,11 €) wegen Nichtteilnahme an der Telematikinfrastruktur. Das **SG** gab dem Antrag, Beweis durch Einholung eines Sachverständigengutachtens entsprechend der schriftlichen Vorlage des Prozessbevollmächtigten zu erheben, nicht statt und wies die Klage ab.

c) Kein Verstoß gegen (zahn-)ärztliche Schweigepflicht (Quartale I bis III/19)

SG München, Urteil v. 28.02.2023 - S 38 KA 5092/21

RID 23-02-9

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 291 ff.

Leitsatz: I. Die **Vorschriften über die Telematikinfrastruktur** (§§ 291 ff.) stehen mit höherrangigem Recht, der DSGVO und dem Grundgesetz (Art. 14, 2 GG) in Einklang (vgl. SG Stuttgart, Urt. v. 27.01.2022 - S 24 KA 166/20 - RID 22-02-6; SG Mainz, Urt. v. 27.07.2022 - S 3 KA 84/20 - RID 23-01-8; SG München, Urt. v. 09.11.2022, u.a. - S 38 KA 5155/21 - RID 23-01-7; SG München, Urt. v. 26.01.2023 - S 38 KA 190/20 - RID 23-02-00 und - S 38 KA 72/22 - RID 23-02-00).

II. Ein Vertrags-(zahn)arzt, der sich entsprechend den gesetzlichen Regelungen an die Telematikinfrastruktur anschließt, verstößt nicht gegen die (zahn-)ärztliche **Schweigepflicht** aus § 203 StGB. Denn § 291 Abs. 2b S. 4, 5 SGB V stellt eine Gebotsvorschrift dar, die automatisch eine Erlaubnisvorschrift beinhaltet. Dies schließt eine **Strafbarkeit** nach § 203 StGB aus. Im Übrigen ist auch der subjektive Tatbestand des § 203 StGB bei bestimmungsgemäßem Anschluss an die TI, bestimmungsgemäßer Nutzung, ordentlicher Wartung und Beachtung der erforderlichen Datenschutzmaßnahmen (z.B. Absicherung der Hard- und Software) zu verneinen (vgl. Thomas Fischer, Kommentar zum StGB, Rn. 92 zu § 203).

Der kl. Vertragszahnarzt wandte sich gegen die mit dem angefochtenen Ausgangsbescheid vorgenommenen Honorarkürzungen in den Quartalen I bis III/19 in Höhe von 1 % (= 1.087,19 €) wegen Nichtteilnahme an der Telematikinfrastruktur. Das **SG** wies die Klage ab.

2. Patientenbezogene Plausibilitätsprüfung trotz abweichender Praxisanschriften

SG Marburg, Gerichtsbescheid v. 04.04.2023 - S 18 KA 523/17 WA

RID 23-02-10

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V a.F. §§ 106a II 1, 106d II 1; Ärzte-ZV § 33

Leitsatz: Ein **Formenmissbrauch**, der die Beklagte zur Aufhebung und Neufestsetzung der Honorarbescheide berechtigt, besteht auch bei zwei Einzelpraxen, wenn sich die formale Aufgliederung im Praxisalltag nicht widerspiegelt und die Patienten trotz abweichender Praxisanschriften wie im Rahmen einer **Gemeinschaftspraxis** behandelt werden.

Die Beteiligten streiten um Honorarrückforderungen aufgrund patientenbezogener Plausibilitätsprüfungen für die Quartale III/05 bis IV/07 (39.602,46 €) und I/08 bis IV/10 (50.898,34 €). Der Kl. ist Arzt für Allgemeinmedizin. Bis zum 01.06.2002 führte er mit Frau Dr. D.-A. eine Praxisgemeinschaft. Ob die Praxisgemeinschaft auch noch im Zeitraum II/05 bis IV/10 bestand, ist zwischen den Beteiligten streitig. Frau Dr. D.-A. war vom 24.04.2003 bis 21.03.2007 als psychotherapeutisch tätige Ärztin und Fachärztin für Allgemeinmedizin zugelassen und ab dem 22.03.2007 bis zum 31.12.2008 als Fachärztin für Allgemeinmedizin. Seit dem 01.01.2009 ist sie wieder in Doppelzulassung tätig.

Das **SG** wies die Klage ab.

3. Jobsharing: Absenkung der Leistungsobergrenzen/Vertrauensschutz

LSG Hamburg, Urteil v. 25.01.2023 - L 5 KA 2/21

RID 23-02-11

www.juris.de
SGB V § 106d

Werden die im Zusammenhang mit dem **Jobsharing** festgelegten und bindenden **Leistungsobergrenzen** überschritten, sind die **Honorarbescheide richtigzustellen**. Es verstößt nicht gegen höherrangiges Recht, dass sich die Leistungsobergrenzen in diesem Zeitraum **abgesenkt** haben (vgl. LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 28.05.2008 - L 3 KA 8/07 - juris, RID 08-03-27). Nach § 23f BedarfspURL a.F. bzw. § 45 BedarfspURL n.F. folgen die Leistungsobergrenzen der Entwicklung des Fachgruppendurchschnitts. Der Regelung ist nicht zu entnehmen, dass dies nur einseitig zu einer Anhebung führen darf.

Aus der unterlassenen Mitteilung der von der KV zu ermittelnden Anpassungsfaktoren ist kein **Vertrauensschutz** abzuleiten. Hat die KV überhaupt keinen Anpassungsfaktor mitgeteilt, fehlt es an jeglichem Anknüpfungspunkt für ein Vertrauen, das einer Korrektur der mitgeteilten Anpassungsfaktoren oder der sachlich-rechnerischen Richtigstellung entgegenstehen würde (vgl. BSG, Urt. v. 14.07.2021 - B 6 KA 12/20 R - SozR 4-2500 § 101 Nr. 22).

Die kl. BAG von zwei Ärzten für Urologie wandte sich gegen eine sachlich-rechnerische Berichtigung der Honorarbescheide für die Quartale IV/12 bis IV/15 in Höhe von 29.436,30 €. **SG Hamburg**, Urt. v. 14.04.2021 - S 27 KA 311/18 - hob den angefochtenen Bescheid auf, das **LSG** wies die Klage ab.

4. Dokumentation der Arzt-Patienten-Kontakte (Nr. 07320 EBM)

SG Stuttgart, Beschluss v. 29.03.2022 - S 12 KA 2/22 ER

RID 23-02-12

www.juris.de = MedR 2023, 252
SGB V § 106d; SGG § 86b I 1 Nr. 2

Höchstrichterlich **nicht geklärt** ist bisher die Frage, ob die **vierjährige Ausschlussfrist letztmals** für das Quartal gilt, das vor Inkrafttreten des TSVG abgeschlossen war - also das Quartal I/19 -, oder für Honorarbescheide, die vor dem Inkrafttreten des TSVG erlassen wurden; danach wären das Quartal I/19 betreffende Honorarbescheide bereits von der Neuregelung erfasst. Die erstgenannte Interpretation entspräche der BSG-Rspr., wonach für Prüfungszeiträume, die vor Inkrafttreten der Gesetzesänderung abgeschlossen waren, die zum früheren Zeitpunkt geltenden Rechtsvorschriften maßgeblich sind (BSG, Urt. v. 15.05.2019 - B 6 KA 63/17 R - SozR 4-2500 § 106a Nr. 23 Rn. 34), die zweitgenannte der Gesetzesbegründung (BT-Drucks 19/8351, S. 196; ebs. Clemens, in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 4. Aufl., § 106d <Stand: 21.12.2021>, Rn. 106). Im Verfahren des einstweiligen Rechtsschutzes kann das jedoch offen bleiben.

Nach **GOP 07320 EBM** „Zusatzpauschale Diagnostik und/oder Therapie bei viszeralchirurgischer(n) Erkrankung(en) und/oder Eingriff(en)“ muss einer der obligaten **Arzt-Patienten-Kontakte** persönlich sein; der zweite kann auch telefonisch erfolgen. Beide Arzt-Patienten-Kontakte müssen indessen dokumentiert sein. Als Anspruchsteller trifft den Arzt grundsätzlich die Feststellungslast hinsichtlich der Voraussetzungen für seinen Vergütungsanspruch.

Für die Abrechnung der GOP 07320 EBM ist das Vorliegen einer **viszeralchirurgischen Erkrankung** Voraussetzung. Der Ausschluss einer solchen erfüllt die Leistungsvoraussetzungen nicht.

Wenn der Vertragsarzt ein **grundsätzliches (Fehl-)Verständnis** von der Abrechnungsfähigkeit der Leistung deutlich macht, bedarf es keines gesonderten Nachweises für jedes einzelne Quartal (BSG, Urt. v. 15.05.2019 - B 6 KA 63/17 R - aaO. Rn. 32). Zur Schätzung des Berichtigungsbetrags können die beanstandeten zu den jeweils abgerechneten Fällen ins Verhältnis gesetzt und hieraus eine Kürzungsquote ermittelt werden.

Der ast. Facharzt für Allgemeinchirurgie sowie Facharzt für Viszeralchirurgie mit der Zusatzbezeichnung Proktologie beehrte einstweiligen Rechtsschutz gegen eine aufgrund einer Plausibilitätsprüfung der Quartale III/17 bis I/20 verfügte Honorarrückforderung (47.301,37 € aufgrund einer Berichtigung der GOP 07320 EBM jeweils um 60%). Das **SG** lehnte den Antrag auf einstweiligen Rechtsschutz ab.

5. Dermatochirurgische Eingriffe: Nachweis der Notwendigkeit mittels Bilddokumentation

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 22.02.2023 - L 7 KA 12/18

RID 23-02-13

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 11/23 B
www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V a.F. § 106a

Leitsatz: Das in Kapitel 31.2.2 EBM enthaltene Erfordernis einer histologischen Untersuchung entnommenen Materials und/oder einer Bilddokumentation des prä- und postoperativen Befundes bei **dermatochirurgischen Eingriffen** ist nicht verfassungswidrig; im Zuge eines praktisch verstärkten Verlangens nach ästhetischer Veränderung im Genitalbereich, welches auch mit den Mitteln der plastischen Chirurgie bedient wird (Stichwort: „Intimästhetik/Intimchirurgie für den Mann“, „Intimkorrektur“), erscheint es nicht unvertretbar, die medizinische Notwendigkeit mittels Fotodokumentation des OP-Gebietes zu belegen.

Der kl. Facharzt für Urologie wandte sich gegen eine sachlich-rechnerische Richtigstellung im Quartal II/12 (32 Mal die GOP 26340 <Kalibrierung/Bougierung der Harnröhre> und viermal die GOP 31102 <dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A2> und damit im Zusammenhang zweimal die GOP 31503 <postoperative Überwachung im Anschluss> und viermal die GOP 31609 <postoperative Behandlung im Anschluss>). *SG Potsdam*, Urt. v. 06.12.2017 - S 1 KA 83/15 - wies die Klage ab, das *LSG* verurteilte die Bekl., dem Kl. für das Quartal II/12 31 Mal die GOP 26340 nachzuvergüten, und wies im Übrigen die Berufung des Kl. zurück. Nach Ansicht des LSG wird die enge Interpretation der Bekl., dass die GOP nur abrechenbar ist, wenn eine Harnröhrenenge festgestellt und dokumentiert wurde, nicht vom Wortlaut der GOP 26340 gedeckt.

6. Chromosomenanalyse

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 22.02.2023 - L 7 KA 47/19

RID 23-02-14

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 12/23 B
www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V a.F. § 106a

Leitsatz: Die GOP 11310 und 11311 EBM 2014 umfassen alle notwendigen Untersuchungsschritte, die für die Erstellung eines Karyogramms notwendig sind. Die ggf. notwendige **Anlage und Auswertung mehrere Zellkulturen** kann nicht mehrfach abgerechnet werden.

Die einfache **Chromosomenbandanalyse** mittels einer gängigen Bänderungstechnik (hier: GTG-Bänderung) ist Bestandteil der GOP 11310 und 11311 EBM 2014 und kann nicht gesondert über die GOP 11312 EBM 2014 abgerechnet werden.

Die GOP 11312 EBM 2014 umfasst nur spezielle Techniken zur Darstellung der Strukturen einzelner Chromosomen und kann daher bei einem Einsatz der benannten Techniken auf alle Chromosomenpaare nicht abgerechnet werden. Insbesondere das sog. **Subtelomerscreening** wird von der GOP 11312 nicht erfasst.

Der kl. Facharzt für Humangenetik wandte sich gegen eine sachlich-rechnerische Richtigstellung für das Quartal III/14 im Hinblick auf die Abrechnung der GOP 11310 bis 11312 EBM. *SG Potsdam*, Urt. v. 12.06.2019 - S 1 KA 60/16 - verurteilte zur Neubeschreibung, das *LSG* wies auf die Berufung der Bekl. die Klage insgesamt ab und wies die Anschlussberufung des Kl. zurück.

7. Notfallbehandlung durch Krankenhaus: Verbringung in anderes Krankenhaus

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 22.02.2023 - L 7 KA 70/19 WA

RID 23-02-15

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

Leitsatz: 1. Ein vertragsärztlicher **Vergütungsanspruch** für eine **Notfallbehandlung** wird nicht dadurch ausgeschlossen, dass der Versicherte anschließend in ein **anderes Krankenhaus aufgenommen** wird als das Krankenhaus der Notfallbehandlung (BSG, Urt. v. 11.09.2019 - B 6 KA 6/18 R - SozR 4-2500 § 76 Nr. 5).

2. Eine konkludente (stationäre) **Aufnahmeentscheidung** wird nicht durch die Intubation und **Beatmung** eines Versicherten getroffen, wenn dies im Rahmen der Aufnahmeuntersuchung mit dem Ergebnis einer Weiterverweisung lediglich dazu dient, den Zustand des Patienten zu **stabilisieren** und seine Transportfähigkeit aufrechtzuerhalten (BSG, Urt. v. 18.05.2021 - B 1 KR 11/20 R - BSGE 132,

137 = SozR 4-2500 § 109 Nr. 85). Dies gilt auch dann, wenn die Beatmung im Rahmen der diagnostischen Untersuchung auf einer Neurologischen Fachabteilung durchgeführt wird.

3. Ein **fortgesetzter Rettungstransport** liegt nicht vor, wenn erst nach einer im Rahmen der Aufnahmeentscheidung im Krankenhaus durchgeführten Diagnostik feststeht, dass eine **Weiterverweisung notwendig** ist.

Die Beteiligten stritten noch über die Rechtmäßigkeit einer sachlich-rechnerischen Richtigstellung der Abrechnung von Leistungen in zwei Behandlungsfällen, die im Quartal III/10 in der Notfallambulanz des Krankenhauses der Kl. erbracht wurden. *SG Potsdam*, Urt. v. 22.02.2017 - S 1 KA 99/13 - wies die Klage ab, das *LSG* verurteilte die Bekl., über den Honoraranspruch der Kl. für das Quartal III/10 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats erneut zu entscheiden.

8. Abrechnung von Corona-Tests: Vorgaben KBV-LE/Erstattung der Kostenpauschalen

SG München, Beschluss v. 22.03.2023 - S 38 KA 11/23 ER

RID 23-02-16

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

CoronaTestV 2021-07 §§ 6, 7, 7a, 11; SGG § 86 b I 1 Nr. 2

Leitsatz: 1. Bei summarischer Prüfung im Rahmen eines Antragsverfahrens nach § 86b Abs. 1 Ziff. 2 SGG sind die **Vorgaben der KBV** für die Leistungserbringer (Vorgaben KBV-LE), hier die Beschaffung und Abrechnung nach 1.3.1 KBV-LE, mit den Vorschriften der **Coronavirus-Testverordnung** (§ 11) zu vereinbaren.

2. Maßgeblich für die **Erstattung der Kostenpauschalen** sind nicht die selbstbeschafften Tests, sondern die tatsächlich genutzten PoC-Antigen-Tests.

Das *SG* wies den Antrag auf Anordnung der aufschiebenden Wirkung des Widerspruchs gegen den Rückforderungsbescheid der Ag. ab.

III. Genehmigung/Vertretung/Notdienst

Nach BSG, Urt. v. 23.03.2023 - **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 Kap. III.a Abschnitt 4.5.1 EBM einer zusätzlichen zulassungsrechtlichen Befugnis nach § 73 Abs. 1a S. 3 SGB V. Der EBM unterscheidet bei Leistungen der Kinder- und Jugendmedizin zwischen Leistungen der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung. Dies ergibt sich zwar nicht unmittelbar aus der Gliederung des EBM, aber **aus Regelungen der Präambel 4.1 Nummer 4 zu Kapitel 4**. Die Zuordnung der unter den Abschnitten 4.4 und 4.5 genannten Leistungen zur fachärztlichen Versorgung wird ferner durch den Umstand bestätigt, dass vergleichbare Leistungen der „Erwachsenenmedizin“ den fachärztlichen Kapiteln des EBM zugeordnet sind. Auch die Abbildung der einzelnen kinderärztlichen Leistungen im Kapitel 4 des EBM bestätigt dieses Ergebnis. Der EBM könnte nach dem derzeitigen Regelungskonzept des SGB V über die Struktur der vertragsärztlichen Versorgung auch keinen dritten, neben der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung stehenden eigenständigen Versorgungsbereich der Kinder- und Jugendmedizin regeln. Bislang sehen die einschlägigen Vorschriften im SGB V allein zwei Versorgungsbereiche - nämlich den hausärztlichen und den fachärztlichen Versorgungsbereich - vor.

1. Widerruf einer Genehmigung als schmerztherapeutische Einrichtung: BAG und 75 %-Anteil

SG München, Urteil v. 12.01.2023 - S 20 KA 164/20

RID 23-02-17

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB X § 47 I Nr. 2

Schmerzpatienten im Sinne des Kapitels 30.7 EBM sind ausschließlich Patienten, bei denen die GOP 30700 EBM abgerechnet wird.

Haben beide **Mitglieder einer BAG** eine Genehmigung zur Abrechnung der GOP 30704, so ist der **75 %-Anteil** an der Gesamtzahl der Patienten nach **Ziff. 6 der Präambel zu Kap. 30.7 EBM** im Ergebnis auf die Behandlungsfälle jedes einzelnen Arztes in der BAG zu beziehen. Die Mitbehandlung weiterer Patienten, für die der weitere BAG-Gesellschafter die GOP 30700 ansetzt, fallen nicht ins Gewicht, da es sich um einen Behandlungsfall der BAG handelt.

Der kl. Facharzt für Rehabilitative und Physikalische Medizin betreibt eine fachübergreifende BAG mit Frau F2, Fachärztin für Anästhesiologie. Beide führen die Zusatzbezeichnung Spezielle Schmerztherapie und verfügen über Genehmigungen nach der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie und sind zur Abrechnung der GOP 30700 ff. EBM berechtigt. Dem Kl. wurde überdies mit Bescheid vom 07.04.2008 die Genehmigung als schmerztherapeutische Einrichtung zur Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten im Rahmen der

vertragsärztlichen Versorgung erteilt, die zur Abrechnung der GOP 30704 berechtigt. F2 hat eine solche Genehmigung im Jahre 2010 erhalten. Die für den Kl. erteilte Genehmigung vom 07.04.2008 wurde unter der Auflage erteilt, dass die Anzahl der regelmäßig in der Einrichtung behandelten chronisch schmerzkranken Patienten mindestens 150 im Quartal, der Anteil dieser Patienten mindestens 75 % der Gesamtzahl der Patienten beträgt und die Gesamtzahl der schmerztherapeutisch betreuten Patienten die Höchstzahl von 300 Behandlungsfällen pro Vertragsarzt pro Quartal nicht überschreitet. Mit Bescheid vom 09.01.2020 widerrief die Bekl. die Genehmigung vom 07.04.2008. Die Auflage, wonach der Anteil der schmerztherapeutisch betreuten Patienten an der Gesamtzahl der Patienten mindestens 75 % betragen müsse, sei nicht erfüllt. Der Anteil sei arzt- und nicht praxisbezogen zu ermitteln. Das **SG** hob den angefochtenen Bescheid auf.

2. Vakanzvertretung angestellter Psychotherapeuten

SG Marburg, Urteil v. 15.03.2023 - S 17 KA 130/22

RID 23-02-18

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

Ärzte-ZV §§ 32, 32b

Leitsatz: 1. Eine 6-wöchige **Vakanzvertretung** ist auch bei **angestellten Psychotherapeuten** nur anzeigepflichtig.

2. Die Vertretung kann - sofern nicht entsprechende Genehmigungen vorliegen - aufgrund des Grundsatzes der persönlichen Leistungserbringung **keine genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen** nach Kapitel 35 EBM umfassen.

Die kl. Trägerin eines MVZ, das überwiegend psychotherapeutische Leistungen erbringt, beantragte im Hinblick auf das bevorstehende Ausscheiden der angestellten Ärztin Frau M.Sc.-Psych. L. D. zum 18.11.2021 die Genehmigung zur Beschäftigung einer Vertretung gem. § 32b Abs. 6 Ärzte-ZV i.V.m. § 32 Abs. 2 S. 5 Ärzte-ZV. Als Vertretung ab dem 19.11. bis zum 31.12.2021 wurde Frau M.Sc.-Psych. R. H. (approbierte Psychologische Psychotherapeutin mit Vertiefungsrichtung Verhaltenstherapie) benannt. Es sei geplant, dass Frau H. ab Januar 2022 als angestellte Psychotherapeutin tätig werde. Zudem beantragte die Kl. die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung psychotherapeutischer Leistungen im Richtlinienverfahren Verhaltenstherapie für eine angestellte Psychologische Psychotherapeutin. Die Bekl. lehnte den Antrag auf Vertretung ab, weil nach § 14 Abs. 3 BMV-Ä eine Vertretung bei genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen einschl. der probatorischen Sitzungen grundsätzlich unzulässig, d.h. in jedem Fall ausgeschlossen sei. Eine adäquate Vertretung für eine psychologische Psychotherapeutin ohne die Erbringung genehmigungspflichtiger Leistungen durch die Vertretung sei nicht darstellbar. Das **SG** stellte fest, dass der angefochtene Bescheid insoweit rechtswidrig ist, als die Vertretung für nicht genehmigungspflichtige Leistungen durch die Bekl. versagt wurde, und wies im Übrigen (Antrag: festzustellen, dass die streitgegenständliche Vertretung zulässig gewesen ist) die Klage ab.

3. Notdienst

a) Erweiterung des Notdienstbezirks

SG München, Urteil v. 25.01.2023 - S 28 KA 276/21

RID 23-02-19

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 75 Ib 1, 81 I 1 Nr. 4

Eine KV kann eine **Erweiterung der Kinderärztlichen Bereitschaftsdienstgruppe** vornehmen. Durch die Vergrößerung stehen mehr Vertragsärzte für die Einteilung zum Bereitschaftsdienst innerhalb der Region bereit und sind demzufolge pro Arzt in der Dienstgruppe im Schnitt weniger Dienststunden zu leisten. Die Erweiterung der Bereitschaftsdienstgruppe führt zwar auch zu einer höheren Belastung des einzelnen Arztes pro Bereitschaftsdienst, da mehr Patienten pro Dienst zu behandeln sind. Dies wirkt sich jedoch auch wieder positiv auf eine höhere Vergütung der Mitglieder der Bereitschaftsdienstgruppe aus.

Die **Errichtung zentraler Bereitschaftspraxen** ist nicht zu beanstanden, wie es auch gesetzlich gem. § 75 Abs. 1b S. 3 SGB V vorgesehen ist (vgl. SG München, Urt. v. 08.02.2017 - S 38 KA 1121/15 - RID 17-02-45, juris Rn. 22; vgl. auch LSG Bayern, Beschl. v. 17.06.2016 - L 12 KA 28/16 B EE, Umdruck S. 7; BSG, Beschl. v. 02.08.2017 - B 6 KA 11/17 B - RID 17-04-62, juris Rn. 8).

Die kl. Kinderärztin wandte sich gegen die Neustrukturierung zur Fachärztlichen Bereitschaftsdienstgruppe Kinderärzte A-Stadt/M-Stadt/M-S und gegen ihre Zuordnung zu dieser Gesamtdienstgruppe. Das **SG** wies die Klage ab.

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

LSG Hessen, Urteil v. 25.01.2023 - L 4 KA 17/22

RID 23-02-20

Revision anhängig: B 6 KA 4/23 R

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 69, 75, 77, 81; HessHeilberG § 23 Nr. 2; GG Art. 3 I, 12 I, 72; GKAR Art. 4 § 1 II

Parallelverfahren zu LSG Hessen, Urt. v. 27.07.2022 - L 4 KA 16/22 - RID 22-04-18, Revision anhängig: B 6 KA 17/22 R

Leitsatz L 4 KA 16/22: 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**.

Die Beteiligten streiten um die Rechtmäßigkeit der Heranziehung zur Kostenbeteiligung am Ärztlichen Bereitschaftsdienst in den Quartalen III und IV/19 sowie I bis IV/20 aufgrund ausschließl. privatärztlicher Tätigkeit. **SG Marburg**, Gerichtsbl. v. 04.02.2022 - S 11 KA 198/21 - hob den angefochtenen Bescheid auf, das LSG wies die Berufung zurück.

Siehe auch LSG Hessen, Urt. v. 27.07.2022 - L 4 KA 38/22 - RID 23-01-13, Revision anhängig: B 6 KA 20/22 R.

IV. Wirtschaftlichkeitsprüfung/Arzneikostenregress

1. Prävalenzprüfung und Praxisbesonderheit

SG Marburg, Urteil v. 16.11.2022 - S 17 KA 234/21

RID 23-02-21

Berufung anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 1/23 -

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 106

Leitsatz: 1. Mit der **Prävalenzprüfung**, bei der der Beklagte zur Ermittlung einer **Praxisbesonderheit** das Verhältnis der F-Diagnosen nach der PT-Richtlinie zu den abgerechneten GOP 35110 EBM bildet und dieses mit der Prüfgruppe vergleicht, sind **Unschärfen** verbunden, die bei der **Ermessensausübung** zu berücksichtigen sind.

2. Eine **Vergleichbarkeit mit der Prüfgruppe** kann nur hergestellt werden, wenn sowohl die Ermittlung der F-Diagnosen als auch die Abrechnungshäufigkeit der GOP 35110 EBM **patientenbezogen** erfolgen.

Gegenstand des Widerspruchsverfahrens sind die Honorarprüfungen des seit 1998 in einer Einzelpraxis zugelassenen Kl. für die Quartale I bis IV/15 wegen eines „offensichtlichen Missverhältnisses“ im Vergleich zur Fachgruppe (Allgemeinärzte/Hausärztliche Internisten) bei der GOP 35110 (Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen) EBM (Kürzung in Höhe von 12.270,80 € vor bzw. 11.193,88 € nach Quotierung). Das **SG** verurteilte den Bekl. zur Neubescheidung und wies die Klage im Übrigen ab. Das **SG** berichtigte mit Beschl. v. 24.02.2023 - juris das Urteil.

2. Arzneikostenregress

a) Differenzberechnung: Geltung auch für unzulässige Verordnungen

SG München, Urteil v. 15.03.2023 - S 38 KA 240/22

RID 23-02-22

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 nach der Sprechstundenbedarfsvereinbarung **unzulässige Verordnung** von Arzneimitteln anzuwenden (vgl. **SG München**, Urt. v. 05.05.2022 - S 49 KA 139/21 - RID 22-04-24; **SG München**, Urt. v. 23.06.2022 - S

38 KA 145/21 - RID 22-04-25 und - S 38 KA 217/21 -; a.A. SG Stuttgart, Gerichtsbb. v. 02.06.2021 - S 4 KA 3885/20 - RID 21-03-23).

II. **Unzulässige Verordnungen** sind im weitesten Sinne unwirtschaftlich (BSG, Urt. 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, Urt. 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, Urt. v. 30.07.2003 - L 11 KA 116/01 - juris) wird verdrängt von der gesetzlichen Regelung des § 106b Abs. 2 S. 1 SGB V.

Der Bekl. gab dem Widerspruch der beigel. Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände gegen den Prüfbescheid der Prüfungsstelle mit dem Inhalt statt, dass ein Nachforderungsbetrag in Höhe von 82,77 € festgesetzt wurde. Gegenstand der vorausgegangenen Prüfung war die Verordnung von Sprechstundenbedarf, konkret die Verordnung von Fastjekt Autoinjektor. Nach der Sprechstundenbedarfsvereinbarung sei das Präparat nicht verordnungsfähig. Der Antrag der Arbeitsgemeinschaft sei gerechtfertigt. Eine sog. Differenzschadensberechnung nach § 106b Abs. 2a SGB V sei hier nicht vorzunehmen, da es sich um eine unzulässige Verordnung handle. Das SG hob auf Klage der KV den angefochtenen Widerspruchsbescheid insoweit auf, als dem Widerspruch der Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände in Bayern stattgegeben wurde, und verurteilte den Bekl. zur Neubescheidung.

b) Einzelfall: Verordnung von Atriumhydrogencarbonat als Rezeptur

SG München, Urteil v. 26.01.2023 - S 20 KA 4/21

RID 23-02-23

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 31, 106, 106b, 106c

Leitsatz: 1. Wirtschaftlichkeitsprüfung einer **ärztlichen Verordnung**, §§ 106, 106 b, 106c SGB V, § 7, § 6 und § 27 PV.

2. Autosomal-rezessive kongenitale Ichthyose (ARCI) als **seltene Erkrankung**, medizinisch begründeter Einzelfall, § 31 Abs. 1 S. 4 SGB V, zur Verordnung von **Atriumhydrogencarbonat** als **Rezeptur** und damit Bezug eines in Wirkung und Qualität in Apothekenqualität gesicherten Stoffes.

3. Kein **Regress** gegen verordnenden Arzt.

Die Kl. wandte sich gegen die Ablehnung eines im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung gestellten Antrags auf Regress in Höhe von 546,83 € bzgl. vom Beigel. zu 1 in den Quartalen IV/18 und I/19 als Rezeptur verordneten Natriumhydrogencarbonats. Das SG wies die Klage ab.

c) Richtgrößenvolumen: „Filterverfahren“

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 30.03.2022 - L 5 KA 2708/20

RID 23-02-24

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

Die Prüfungsgremien wenden zur Beurteilung von Praxisbesonderheiten i.S.d. § 106 Abs. 5a S. 3 SGB V a.F. ein auf statistischen und medizinisch-pharmakologischen Grundsätzen beruhendes „**Filterverfahren**“ an, das durch eine intellektuelle (Einzelfall-)Prüfung ergänzt werden muss. Hierzu sind sie befugt (vgl. LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 22.05.2019 - L 5 KA 2616/16 -, n.v).

Die kl. BAG, bestehend aus zwei Fachärzten für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, wandte sich gegen die Anordnung einer individuellen Beratung wegen Überschreitung des Richtgrößenvolumens für das Jahr 2014 um 31,2 %. **SG Stuttgart**, Gerichtsbb. v. 17.07.2020 - S 12 KA 6962/17 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

3. Zahnersatz: Planungsfehler/Heil- und Kostenplan

SG München, Urteil v. 28.02.2023 - S 38 KA 5028/21

RID 23-02-25

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

Leitsatz: I. Ob ein **Planungsfehler** vorliegt, ist insbesondere nach den Richtlinien für die **Versorgung mit Zahnersatz** zu beurteilen. Oberstes Ziel der Versorgung mit Zahnersatz ist, eine ausreichende Funktionstüchtigkeit des Kauorgans wiederherzustellen oder ihre Beeinträchtigung zu verhindern; d.h., es ist grundsätzlich eine Gesamtplanung notwendig (Rili C.6).

II. Ein Planungsfehler ist aber nur dann zu bejahen, wenn es eine den Richtlinien entsprechende **alternative Versorgung** gibt.

III. Liegt ein genehmigter **Heil- und Kostenplan** vor und besteht deshalb Vertrauensschutz nach § 242 BGB, so ist ein Rückforderungsanspruch ausgeschlossen (vgl BSG, Urt. v. 10.05.2017 - B 6 KA 9/16 R - SozR 4-2500 § 106a Nr. 16); dies gilt auch für eine Versorgung, die als nicht vertragsgemäß anzusehen ist.

Das SG hob den angefochtenen Bescheid auf.

V. Zulassungsrecht

Nach BSG, Urt. v. 23.03.2023 - **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**), nicht das Erfordernis, neben der geeigneten fachärztlich-psychiatrischen Leitung des gesamten Krankenhauses eine **weitere Person als ärztliche Leitung** für die psychiatrische Institutsambulanz zu bestimmen. Erforderlich ist allein die ärztliche Leitung des Krankenhauses, die sich allerdings auf eine Ambulanz, die über keine gesonderte Leitung verfügt, erstrecken muss. Auch aus der in § 118 Abs. 1 S. 3 SGB V geregelten Verpflichtung des Krankenhausträgers, die für die ambulante psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung erforderlichen Ärzte und nichtärztlichen Fachkräfte zur Verfügung zu stellen, kann nicht die Vorgabe abgeleitet werden, dass die Psychiatrische Institutsambulanz über eine gesonderte ärztliche Leitung verfügen müsse. Zwar kann der Senat das Vorbringen des Berufungsausschusses nachvollziehen, soweit er geltend macht, dass die Durchsetzung der aus § 118 Absatz 1 Satz 3 SGB V folgenden personellen Anforderungen in der Praxis auf Schwierigkeiten stoße. Es erscheint aber bereits fraglich, ob möglichen Defiziten durch die Formulierung von Anforderungen gerade an eine gesonderte ärztliche Leitung der Ambulanz begegnet werden könnte. Entgegen der Auffassung des Bkl. kann es jedenfalls nicht Aufgabe der Rspr. sein, Vorgaben zu einer gesonderten ärztlichen Leitung von Psychiatrische Institutsambulanzen zu entwickeln, für **die es keine konkreten gesetzlichen oder untergesetzlichen Anknüpfungspunkte gibt**. Nach BSG, Urt. v. 23.03.2023 - **B 6 KA 7/22 R** - besteht ein Rechtsanspruch auf Erteilung einer Ermächtigung zum Betrieb einer **psychiatrischen Institutsambulanz** nach § 118 Abs. 1 SGB V auch dann, wenn sich am geplanten Standort nur eine als „Satellit“ der Hauptklinik in den Krankenhausplan aufgenommene Tagesklinik befindet. Bei der **Tagesklinik** handelt es sich um den **Standort eines Krankenhauses i.S.d. § 107 Abs. 1 SGB V**, das in den **Krankenhausplan** des Landes Baden-Württemberg **aufgenommen** worden und damit zur Behandlung gesetzlich Versicherter zugelassen ist. Wie sich aus den Feststellungen des LSG ergibt und auch von keinem Beteiligten in Frage gestellt wird, steht das Krankenhaus fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung. Der Einordnung der Tagesklinik als Krankenhaus steht nicht entgegen, dass die Tagesklinik - nach den für den Senat bindenden Feststellungen des Landessozialgerichts - nicht als vollkommen unabhängige, eigenständige Einrichtung, sondern als **Teil eines größeren, über mehrere Standorte verfügenden Krankenhauses** - als sog. „Satellit“ - in den Krankenhausplan aufgenommen worden ist. Bei dem **Begriff „Satellit“** handelt sich schon nicht um einen Rechtsbegriff. Es unterliegt auch keinem Zweifel, dass ein Krankenhaus über mehrere Standorte verfügen kann. Ein solches Krankenhaus kann - entgegen der Auffassung des LSG - die Anforderungen des § 107 Abs. 1 SGB V nicht nur an seinem Hauptstandort, sondern auch an einem Nebenstandort erfüllen. Die Aufnahme in den Krankenhausplan entfaltet im Rahmen des § 118 Abs. 1 SGB V gegenüber den Zulassungsgremien **Tatbestandswirkung** nicht nur bezogen auf den Status als Krankenhaus, sondern grundsätzlich auch bezogen auf die im Krankenhausplan erfassten Standorte. Auch aus den Regelungen des § 118 SGB V selbst ergibt sich nicht, dass eine unselbstständige Tagesklinik kein ermächtigungsfähiges psychiatrisches Krankenhaus i.S.d. Absatz 1 sein kann.

1. Zulassung

a) Keine Zulassung unter Verzichtsvorbehalt bei zwei hälftigen Versorgungsaufträgen

SG München, Urteil v. 15.03.2023 - S 38 KA 12/21

RID 23-02-26

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 95; Ärzte-ZV § 20

Leitsatz: 1. Neben einer **vollen Zulassung** ist kein Raum mehr für eine **weitere Zulassung** bzw. Teilzulassung und erst recht nicht, wenn zusätzlich eine Filialgenehmigung besteht (vgl BSG, Urt. v. 16.12.2015 - B 6 KA 19/15 R - BSGE 120, 197 = SozR 4-5520 § 20 Nr. 4; Andreas Ladurner, Kommentar zur Ärzte-ZV/Zahnärzte-ZV, Rn. 8, 12 zu § 20 Ärzte-ZV). Ein solcher Zulassungsbewerber ist als ungeeignet i.S.d. § 20 Abs. 2 Ärzte-ZV anzusehen.

2. Der **Normzweck von § 20 Abs. 3 Ärzte-ZV**, der die Zulassung unter einer Bedingung vorsieht, besteht darin, vor allem angestellten Zulassungsbewerbern zu ermöglichen, auf eine Kündigung ihres aktuellen Arbeitsverhältnisses vor und während des Zulassungsverfahrens zu verzichten und die Kündigung erst auszusprechen, wenn der Zulassungsbescheid vorliegt (Andreas Ladurner, Kommentar zur Ärzte-ZV/Zahnärzte-ZV, Rn. 27 zu § 20 Ärzte-ZV).

3. Es stellt keinen Ermessensnichtgebrauch bzw. keinen **Ermessensfehler** dar, einem Zulassungsbewerber, der über eine Vollzulassung bzw. zwei Teilzulassungen verfügt, die Zulassung verbunden mit einer Nebenbestimmung zu versagen, wenn es weitere Zulassungsbewerber gibt, denen

die Zulassung oder Anstellungsgenehmigung erteilt werden kann, ohne dass damit **Auflagen** einhergehen müssten, um die Zulassungsvoraussetzungen zu erfüllen. Hier ist auch der Grundrechtsschutz (Art. 12 GG) der anderen Zulassungsbewerber vorrangig zu berücksichtigen.

4. Einem solchen Zulassungsbewerber obliegt eine **Bringschuld**, durch einfache Erklärung gegenüber den Zulassungsgremien (Verzicht auf eine seiner bereits bestehenden Teilzulassungen im Falle einer anderen Teilzulassung) seine Bereitschaft, vertragsärztlich auf der Grundlage der neuen Teilzulassung tätig zu werden, zu bekunden.

Der Kl. besitzt eine Teilzulassung (hälftige Zulassung) in B, Planungsbereich E, eine weitere Teilzulassung (hälftige Zulassung) in N, Planungsbereich N sowie eine Filialgenehmigung in P, Planungsbereich N. Nach Entsperrung des Planungsbereiches N für einen halben Vertragsarztsitz (Bedarfsplanungsfaktor 0,5) für die Arztgruppe der Urologen stellte der Kl. einen Antrag auf Teilzulassung für sich selbst (Vertragsarztsitz N) (ein alternativer Antrag auf Anstellungsgenehmigung wurde im Klageverfahren nicht weiter verfolgt). Seine Tochter, Fachärztin für Neurologie, beantragte eine Anstellungsgenehmigung für den Kl. Ferner beantragte eine BAG eine Anstellungsgenehmigung für Dr. K. (12,5 Wochenstunden). Der Bekl. entschied letztendlich unter Hinweis und Prüfung der Auswahlkriterien nach § 26 Abs. 4 BedarfspIRL zugunsten der BAG. Der Antrag des Kl. wurde im Rahmen der Auswahlentscheidung nicht geprüft. Denn eine Teilzulassung für den Kl. sei abzulehnen. Der Kl. besitze nämlich bereits mit zwei Teilzulassungen eine Vollzulassung, sodass für eine weitere Teilzulassung kein Raum mehr sei. Der beantragten Teilzulassung könne nur dann näher getreten werden, wenn auf eine der Teilzulassung verzichtet worden wäre. Der Antrag der Tochter des Kl. wurde abgelehnt, weil eine Anstellung des Kl. weder rechtlich noch zeitlich möglich sei; in tatsächlicher Hinsicht deshalb nicht, weil er neben den Teilzulassungen eine weitere vertragsärztliche Tätigkeit in einem Angestelltenverhältnis mit einem Umfang von 15 Wochenstunden nicht ausüben könne. Das **SG** wies die Klage ab.

b) Anstellungsgenehmigung: Keine Hinweispflicht auf bedingten Zulassungsverzicht

SG München, Urteil v. 15.03.2023 - S 38 KA 13/21

RID 23-02-27

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 95 IX; Ärzte-ZV §§ 1 III Nr. 3, 20, 32b II 3

Leitsatz: I. § 20 Ärzte-ZV ist wegen § 1 Abs. 3 Nr. 3 Ärzte-ZV auch auf einen Antrag auf **Anstellungsgenehmigung** nach § 32b Abs. 2 S. 3 Ärzte-ZV anwendbar.

II. Einer **Auswahlentscheidung** nach § 26 Abs. 4 BedarfspIRL bedarf es nicht, wenn der anzustellende Arzt **ungeeignet** im Sinne von § 20 Ärzte-ZV ist.

III. Es stellt keinen Ermessensnichtgebrauch bzw. keinen **Ermessensfehler** dar, eine Anstellungsgenehmigung unter **Nebenbestimmungen** zu versagen (§ 20 Abs. 3 Ärzte-ZV), wenn der anzustellende Arzt über eine **Vollzulassung** bzw. zwei Teilzulassungen, die einer Vollzulassung entsprechen, verfügt, und es weitere Zulassungsbewerber gibt, denen die Zulassung oder Anstellungsgenehmigung erteilt werden kann, ohne dass damit Auflagen einhergehen müssten, um die Zulassungsvoraussetzungen zu erfüllen.

Nach Entsperrung des Planungsbereiches für einen halben Vertragsarztsitz (Bedarfsplanungsfaktor 0,5) für die Arztgruppe der Urologen bewarben sich die Kl. (Fachärztin für Neurologie) im Wege einer Anstellungsgenehmigung für ihren Vater, Herrn Dr. Kö. (Vertragsarztsitz P-Stadt; Wochenstundenzahl: 15), Dr. Kö. (Antrag auf Anstellungsgenehmigung für Dr. Kr. (Vertragsarztsitz: N-Stadt) und Antrag auf eigene Teilzulassung am Vertragsarztsitz P-Stadt), sowie die K. G.B (BAG). Dr. Kö. (Facharzt für Urologie) besitzt bereits eine Teilzulassung (hälftige Zulassung) in B-Stadt, Planungsbereich Landkreis E-Stadt, eine weitere Teilzulassung (hälftige Zulassung) in N-Stadt, Planungsbereich Landkreis N-Stadt sowie eine Filialgenehmigung in P-Stadt, Planungsbereich Landkreis N-Stadt. Die K. beantragte eine Anstellungsgenehmigung für Dr. K. (Planungsbereich: N-Stadt; 12,5 Wochenstunden). Der Bekl. entschied zugunsten der BAG. Das **SG** wies die Klage ab.

c) Erledigung des Auswahlverfahrens nach Verzicht der zugelassenen Ärztin

SG München, Gerichtsbescheid v. 24.04.2023 - S 38 KA 65/21

RID 23-02-28

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 95; SGG § 54

Leitsatz: I. Steht die durch eine Vertragsärztin/einen Vertragsarzt anzustellende Ärztin/Arzt, zu deren/dessen (Vertragsärztin/Vertragsarzt) Gunsten die Auswahlentscheidung nach Entsperrung des Planungsbereiches erfolgte, aus welchen Gründen auch immer nicht mehr zur Verfügung, **erledigt** sich das **Auswahlverfahren** (vgl. BSG, Urt. v. 05.11.2003 - B 6 KA 11/03 R - BSGE 91, 253 = SozR 4-2500 § 103 Nr. 1; SG München, Urt. v. 22.11.2022 - S 38 KA 35/21 - RID 23-01-26).

II. Die Zulassungsablehnung/en des/der Mitbewerber teilen das Schicksal der positiven Zulassungsentscheidung. Dieser Grundsatz gilt auch dann, wenn nach **Verzicht des begünstigten Bewerbers** bis auf einen Bewerber keine weiteren Bewerber vorhanden sind. Auch Versorgungsgesichtspunkte vermögen eine Ausnahme von dem Grundsatz nicht zu rechtfertigen.

III. Eine kombinierte **Anfechtungs- und Verpflichtungsklage** von abgelehnten **Mitkonkurrenten** nach § 54 SGG ist **unzulässig**.

Das **SG** wies die Klage als unzulässig zurück.

VI. Angelegenheiten der KBV und des GKV-Spitzenverbands

Nach BSG, Urt. v. 23.03.2023 - **B 6 KA 14/22 R** - hat eine Krankenkasse für die Behandlungsfälle, in denen Versicherte dem behandelnden Vertragsarzt eine **Europäische Krankenversicherungskarte** vorgelegt haben, **tatsächlich aber keine Grenzgänger**, sondern originäre Mitglieder der Krankenkasse waren, der KV **keine Einzelleistungsvergütung zusätzlich** zu der bereits geleisteten **Gesamtvergütung** zu gewähren. Der Umstand, dass der behandelnde Vertragsarzt annehmen durfte, dass es sich bei den Patienten um Grenzgänger handelt, begründet keine Zahlungspflicht der Krankenkasse. Die Krankenkasse ist zwar verpflichtet, die Europäische Krankenversicherungskarte bei **Beendigung des Grenzgängerstatus einzuziehen**. Ein Verstoß gegen diese gesetzliche Vorgabe hat jedoch keinen Zahlungsanspruch der KV gegenüber der Krankenkasse zur Folge. Die im hier maßgebenden Zeitraum bestehenden bundesmantelvertraglichen Regelungen erfassen nur solche Fälle, in denen dem behandelnden Arzt eine Krankenversicherungskarte vorgelegt wird, obwohl - anders als hier - tatsächlich kein Versicherungsschutz besteht. Die Krankenkasse hat die Gesamtvergütung nach den Feststellungen des LSG bereits unter Einbeziehung der zunächst fälschlich als Grenzgänger behandelten Versicherten an die KV entrichtet, sodass kein Grund dafür ersichtlich ist, dass die Krankenkasse die Behandlung dieser Versicherten zusätzlich vergüten sollte. Da Fragen der Haftung in Fällen der missbräuchlichen Nutzung von Krankenversicherungskarten zwischen den Beteiligten vertraglich geregelt worden sind, besteht kein Bedürfnis, in Fallkonstellationen wie der vorliegenden, in der kein Haftungstatbestand eingreift, im Wege der Rechtsfortbildung eine Rechtsscheinhaftung anzunehmen. Auch andere Schadensersatzansprüche kommen nicht in Betracht.

1. Hausarztzentrierte Versorgung: Fehlerhafte Abrechnung des Arztes

SG Mainz, Urteil v. 07.09.2022 - S 7 KA 36/19

RID 23-02-29

Sprungrevision anhängig: B 6 KA 1/23 R
www.juris.de
SGB V §§ 73b, 87a, 106d III

Die **KV Rheinland-Pfalz** kann nach den in ihrem Bezirk geltenden Regelungen von der Krankenkasse die **Vergütung** der im Rahmen der **hausarztzentrierten Versorgung** erbrachten Leistungen verlangen, wenn diese Leistungen aufgrund eines **fehlerhaften Abrechnungsverhaltens des Vertragsarztes** nicht oder nicht allein innerhalb der hausarztzentrierten Versorgung gegenüber der Krankenkasse, sondern innerhalb der vertragsärztlichen Regelversorgung gegenüber der KV abgerechnet wurden.

Das **SG** verurteilte die bekl. Krankenkasse, an die kl. KV 4.195,75 € zzgl. Zinsen zu zahlen.

VII. Verfahrensrecht/EHV KV Hessen

1. Rechtswegzuständigkeit: Coronavirus-Testverordnung

a) Rechtsweg zu den Sozialgerichten

VGH Hessen, Beschluss v. 29.03.2023 - 8 B 20/23

RID 23-02-30

www.juris.de

GVG § 17a; SGG § 51 I Nr. 2; VwGO § 40 I 1; Corona-TestVO § 7

Leitsatz: Für Streitigkeiten im Zusammenhang mit der Abrechnung nach § 7 Corona-TestV ist der Rechtsweg zu den Sozialgerichten eröffnet.

VG Frankfurt a.M., Beschl. v. 20.12.2022 - 5 L 3332/22.F - erklärte den Rechtsweg zu den Verwaltungsgerichten vorab für zulässig, der **VGH** verwies auf die Beschwerde der Ag. den Rechtsstreit an das SG Darmstadt.

b) Unzulässigkeit des Verwaltungsrechtswegs

VG Berlin, Beschluss v. 13.02.2023 - 14 L 23/23

RID 23-02-31

www.juris.de

SGB V § 20i III 2 Nr. 1b u, 13 Nr. 2; GVG § 17a II 2

Für Angelegenheit der **Abrechnung** von Leistungen **eines Leistungserbringers nach § 6 Abs. 1 TestV**, nämlich eines beauftragten Dritten i.S.d. § 6 Abs. 1 Nr. 2 TestV, mit der KV gem. § 7 Abs. 1 TestV ist der Verwaltungsrechtsweg unzulässig. Zuständig sind die Sozialgerichte.

Das **Bundesverwaltungsgericht** wird zur Bestimmung des zuständigen Gerichts **angerufen**.

BVerwG, Beschl. v. 24.04.2023 - 3 AV 1/23 - juris bestimmte als zuständiges Gericht das VG Berlin.

c) Verwaltungsrechtsweg aus allgemeiner Zuweisung/Keine Angelegenheit der GKV

LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 18.01.2023 - L 7 KA 1/23 B

RID 23-02-32

Weitere Beschwerde anhängig: B 6 SF 1/23 R

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

TestV § 7; SGG § 51 I Nr. 2 Halbs. 1; VwGO § 40

Leitsatz: Für Streitigkeiten über die Abrechnung von Leistungen nach § 7 TestV ist der Rechtsweg zu den Verwaltungsgerichten eröffnet.

SG Berlin, Beschl. v. 19.12.2022 - S 22 KA 150/22 - erklärte den Rechtsweg zu den Sozialgerichten für unzulässig und verwies den Rechtsstreit an das VG Berlin, das **LSG** wies die Beschwerde der Bekl. zurück.

Siehe auch LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 17.01.2023 - L 7 KA 29/22 B ER - RID 23-01-34; LSG Niedersachsen-Bremen, Beschl. v. 28.10.2022 - L 16 KR 433/22 B ER - RID 23-01-129; s. ferner LSG Niedersachsen-Bremen, Beschl. v. 20.01.2023 - L 4 KR 549/22 B ER - RID 23-01-128.

Parallelverfahren:

LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 18.01.2023 - L 7 KA 28/22 B

RID 23-02-33

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

2. Klageänderung in der Berufungsinstanz

LSG Bayern, Urteil v. 14.09.2022 - L 12 KA 35/19

RID 23-02-34

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGG §§ 99 I, 144 I Nr. 1, 153 I

Leitsatz: Eine **Klageänderung** nach § 99 SGG in der **Berufungsinstanz** setzt neben Einwilligung oder Sachdienlichkeit die Zulässigkeit der Berufung voraus.

Der Kl. nahm bis Ende November 2002 als MKG-Chirurg an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Streitig war die Rechtmäßigkeit eines Arzneimittelregresses für das Quartal II/00 aufgrund einer Einzelfallprüfung in Höhe von 485,26 €. **SG München**, Gerichtsbs. v. 10.07.2019 - S 28 KA 230/18 - hob den angefochtenen Bescheid auf, das **LSG** wies die Berufung des Kl. zurück, **BSG**, Beschl. v. 12.05.2020 - B 6 KA 2/20 B - juris verwarf die Nichtzulassungsbeschwerde als unzulässig.

3. Rechtsmissbräuchliche Befangenheitsgesuche/Bezeichnung des Klagegegenstandes

LSG Schleswig-Holstein, Urteil v. 29.03.2022 - L 4 KA 18/20

RID 23-02-35

www.juris.de
SGG § 60

Befangenheitsgesuche, die erkennbar **rechtsmissbräuchlich** sind, sind unzulässig. Unterlässt ein Kl. es trotz einer Aufforderung des Gerichts, den **Gegenstand des Klagebegehrens zu bezeichnen**, ist die Klage als unzulässig abzuweisen.

SG Kiel, Gerichtsbb. v. 29.03.2022 - S 2 KA 147/18 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück. *BSG*, Beschl. v. 24.01.2023 - B 6 KA 2/22 BH - juris lehnte den Antrag des Kl., ihm für das Verfahren der Beschwerde gegen die Nichtzulassung der Revision Prozesskostenhilfe zu bewilligen und ihm einen Rechtsanwalt beizuordnen, ab.

4. EHV KV Hessen: Berücksichtigung „besonderer Kosten“

SG Marburg, Urteil v. 15.02.2023 - S 17 KA 356/20 WA

RID 23-02-36

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
EHV KV Hessen

Leitsatz: 1. Die Berücksichtigung „besonderer Kosten“ in der Neufassung der Grundsätze der Erweiterten Honorarverteilung in Umsetzung der Rechtsprechung des BSG (BSG, Urt. v. 11.12.2019 - B 6 KA 12/18 R - SozR 4-2500 § 87b Nr. 22) ist rechtswidrig, weil sie die Verteilungsprinzipien der EHV nicht hinreichend berücksichtigt.

2. Die KV ist als Körperschaft des öffentlichen Rechts verpflichtet, sowohl gegenüber den aktiven wie auch inaktiven Vertragsärzten, zumindest auf berechnigte Nachfrage, ein Zahlenwerk zur Verfügung zu stellen, aufgrund dessen die von ihr durchgeführten **Berechnungen rechnerisch nachvollzogen** werden können.

Die Beteiligten streiten über die Höhe der Beitragsbemessung in der EHV, insb. um die Berücksichtigung besonderer Kosten. Die Kl. ist ein radiologisches MVZ. Mit Bescheid vom Juni 2013 setzte die Bkl. den Beitrag zur EHV für die Radiologin Dr. M. für den Zeitraum vom 01.07.2013 bis 30.06.2014 gem. der Beitragsklasse 5 mit 3.219 € pro Quartal fest. Dr. M. ist Fachärztin für diagnostische Radiologie und seit Juli 2007 bei der Kl. angestellt. Das *SG* verpflichtete die Bkl., die Kl. unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

VIII. Bundessozialgericht (BSG)

1. BVerfG: Unzulässige Rückwirkung des Strukturzuschlags

BVerfG, 1. Sen. 2. Ka., Beschluss v. 20.03.2023 - 1 BvR 669/18

RID 23-02-37

Fortsetzung des Revisionsverfahrens B 6 KA 37/17 R nunmehr unter dem Az. B 6 KA 6/23 R
www.juris.de

Die GOP 35251 und 35252 im Abschnitt 35.2 EBM i.d.F.d. Beschl. des Erweiterten Bewertungsausschusses v. 22.09.2015 sind mit Art. 3 Abs. 1 GG unvereinbar, soweit für die Quartale I und II/13 die im Quartalszeitraum abgerechnete Gesamtpunktzahl nur der GOP 35200 bis 35225 berücksichtigt werden.

Soweit die Änderungsbescheide der KV Hessen v. 04.07.2016 und *BSG*, Urt. v. 11.10.2017 - B 6 KA 35/17 R - MedR 2018, 704 = USK 2017-95 und *BSG*, Urt. v. 11.10.2017 - B 6 KA 37/17 R - BSGE 124, 218 = SozR 4-2500 § 87 Nr. 35 auf diesen für mit dem Grundgesetz unvereinbar erklärten Bestimmungen des EBM beruhen, werden die Bf. in ihrem Grundrecht aus Art. 3 Abs. 1 GG verletzt. Insoweit werden die Urt. des BSG aufgehoben und die Sachen an das BSG zurückverwiesen.

Im Übrigen werden die Verfassungsbeschwerden nicht zur Entscheidung angenommen.

Die vom Erweiterten Bewertungsausschuss gewählte Ausgestaltung des **Strukturzuschlages** führt innerhalb der Gruppe der Psychotherapeuten zu verfassungsrechtlich relevanten **Ungleichbehandlungen** in Abhängigkeit von der Menge und der Art der erbrachten Leistungen. Zunächst werden Psychotherapeuten unterschiedlich behandelt, die weniger als die erforderliche Mindestpunktzahl pro Quartal ansammeln, mithin durch die Versorgung gesetzlich Versicherter gemessen an ihren Versorgungsaufträgen zu weniger als 50% ausgelastet sind. Anders als Psychotherapeuten, die diese Mindestpunktzahl überschreiten, haben sie überhaupt keinen Anspruch auf einen Zuschlag. Daneben erfolgt eine unterschiedliche Behandlung von Psychotherapeuten, die die

Mindestpunktzahl überschritten haben, in Abhängigkeit der von ihnen angesammelten Gesamtpunktemenge. Denn je mehr Punkte sie sich durch ihre abrechenbaren Leistungen verdienen, umso höher fällt der Strukturzuschlag grundsätzlich aus. Die Zuschlagsregelungen führen schließlich aber auch zu einer Besserstellung von Psychotherapeuten, die nur oder überwiegend antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen erbringen, gegenüber denjenigen, die häufiger auch andere Leistungen erbringen, ohne dabei als voll ausgelastet zu gelten. Denn nur antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen werden bei der Punktemenge berücksichtigt, anhand derer der Strukturzuschlag festgesetzt wird.

Gegen den **Strukturzuschlag als solchen** bestehen keine grundsätzlichen verfassungsrechtlichen Bedenken. Soweit er jedoch rückwirkend nach der **Menge und der Art der erbrachten psychotherapeutischen Leistungen** unterscheidet, genügt er den Anforderungen aus dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit nur in Bezug auf die Menge der erbrachten Leistungen, nicht jedoch in Bezug auf ihre Art.

Soweit die Zuschlagsregelungen an den **Umfang erbrachter Leistungen** anknüpfen, bestehen keine Bedenken gegen ihre Verfassungsmäßigkeit. Bereits der verfolgte Refinanzierungszweck stellt einen sachlich einleuchtenden, die darin liegende Ungleichbehandlung rechtfertigenden Grund dar, der sich auch im Hinblick auf die rückwirkende Geltung des mit Beschl. des Erweiterten Bewertungsausschusses v. 22.09.2015 eingeführten Strukturzuschlags als verhältnismäßig erweist.

Die **Differenzierung nach der Art der erbrachten Leistung** hält den sich aus einer Willkürüberprüfung ergebenden verfassungsrechtlichen Bindungen zwar nicht im Hinblick auf den vom Erweiterten Bewertungsausschuss verfolgten Refinanzierungszweck stand, wohl aber hinsichtlich des zugleich verfolgten Steuerungszwecks.

Der **Steuerungszweck** hält allerdings einer Verhältnismäßigkeitsprüfung nicht stand, soweit der Erweiterte Bewertungsausschuss vergangene Abrechnungsquartale **rückwirkend** geregelt hat. Es fehlt bereits an der Geeignetheit zur Zweckförderung. Eine Steuerung vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Verhaltens kann nur für die künftige Regelungswirkung gelten, die von einer Änderung des EBM ausgeht. Die in zurückliegenden Quartalen erbrachten Leistungen stehen unabänderlich fest, sodass durch eine rückwirkende Änderung des EBM von vornherein für diese Zeiträume kein Anreiz gesetzt werden kann, bestimmte, als förderungswürdig angesehene Leistungen (vermehrt) zu erbringen oder jedenfalls den eigenen Versorgungsauftrag zu reduzieren, um bereits bei einer geringeren Mindestpunktzahl zur Geltendmachung des Strukturzuschlags berechtigt zu sein.

2. Kinderärzte mit Schwerpunkt: Kein fachärztl. Versorgungsbereich (Nr. 04040, 04220 u. 04221 EBM)

BSG, Beschluss v. 01.03.2023 - B 6 KA 22/22 B

RID 23-02-38

www.juris.de

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Niedersachsen-Bremen*, Beschl. v. 25.05.2022 - L 3 KA 16/18 - wird zurückgewiesen.

Wenn allein die richtige oder **falsche Anwendung der Interpretationsgrundsätze auf einzelne GOP** als fraglich geltend gemacht wird, besteht in der Regel keine **grundsätzliche Bedeutung**. Wird allein die Frage nach der richtigen Anwendung der in der BSG-Rspr. herausgearbeiteten Grundsätze der Interpretation von Leistungstatbeständen in Frage gestellt, besteht in der Regel keine grundsätzliche Bedeutung. Aufgabe des Revisionsgerichts ist es nicht, die - unterstellt - fehlerhafte Subsumtion eines Berufungsgerichts zu korrigieren (vgl. z.B. BSG, Beschl. v. 31.01.2013 - B 6 KA 49/12 B - juris Rn. 9, RID 13-02-76; BSG, Beschl. v. 18.08.2022 - B 6 KA 25/21 B - juris Rn. 16).

Für die Beurteilung der Frage, wie die Ausnahmeregelung in Abs. 4 S. 2 der **Leistungslegende zur GOP 04040 EBM** bzw. der damit übereinstimmende Abs. 3 der Leistungslegenden zu den GOP 04220 und 04221 auszulegen ist, kommt es nicht auf die Beantwortung der in BSG, Urt. v. 10.12.2014 - B 6 KA 49/13 R - SozR 4 2500 § 73 Nr. 5 angesprochenen und z.T. offengelassenen Fragen zur Zuordnung von Gebührenordnungspositionen der schwerpunktorientierten Kinder- und Jugendmedizin zum haus- oder zum fachärztlichen Versorgungsbereich an. Ob die genannte Ausnahmeregelung eingreift, hängt hier nicht davon ab, ob bestimmte ärztliche Leistungen dem haus- oder dem fachärztlichen Versorgungsbereich zuzurechnen sind, sondern davon, ob die Leistungen „von Vertragsärzten des fachärztlichen Versorgungsbereiches erbracht“ worden sind.

Bei **Kinderärzten mit Schwerpunktbezeichnung**, die nach § 73 Abs. 1a S. 4 SGB V (in der hier noch maßgebenden Fassung des Art 1 Nr. 29 Buchst. a GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 v. 22.12.1999, heute Satz 5) berechtigt sind, „auch an der fachärztlichen Versorgung teilzunehmen“, handelt es sich deshalb noch **nicht um Vertragsärzte „des fachärztlichen Versorgungsbereiches“** i.S.d. GOP 04040, 04220 und 04221 EBM. Für die Ärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunktbezeichnung gilt insofern nichts anderes als für Ärzte, die aufgrund einer entsprechenden Entscheidung des Zulassungsausschusses nach § 73 Abs. 1a S. 3 SGB V berechtigt sind, Leistungen aus dem fachärztlichen Versorgungsbereich zu erbringen: Sie werden dadurch nicht insgesamt zu „Vertragsärzten des fachärztlichen Versorgungsbereiches“.

3. Sachlich-rechnerische Richtigstellung

a) Fachgebietsgleiche BAG und arztbezogene Kennzeichnungspflicht mit LANR/Treu und Glauben

BSG, Beschluss v. 01.03.2023 - B 6 KA 10/22 B

RID 23-02-39

www.juris.de

Die Nichtzulassungsbeschwerde der Bekl. gegen *LSG Saarland*, Urt. v. 09.02.2022 - L 3 KA 1/19 - wird zurückgewiesen.

Seit der Einführung der LANR zum 01.07.2008 (vgl. § 37a Abs. 3 BMV-Ä) besteht grundsätzlich auch bei **fachgebietsgleichen BAGen** eine arztbezogene **Kennzeichnungspflicht mit der LANR** (vgl. bereits BSG, Urt. v. 21.03.2018 - B 6 KA 46/17 R - BSGE 126, 96 = SozR 4-2500 § 103 Nr. 25, Rn. 30). Die LANR ermöglicht eine Zuordnung jeder einzelnen Behandlungsmaßnahme zu einem bestimmten Arzt. Dies erlaubt den KVen, neben der Einhaltung der Fachgebietsgrenzen auch z.B. die Einhaltung der Plausibilitätsgrenzen zu überprüfen.

Die Befugnis zur sachlich-rechnerischen Richtigstellung der Honorarforderung besteht nicht nur im Falle rechnerischer und gebührenordnungsmäßiger Fehler, sondern erfasst auch Fallgestaltungen, in denen der Vertragsarzt Leistungen unter **Verstoß gegen Vorschriften über formale oder inhaltliche Voraussetzungen der Leistungserbringung** durchgeführt und abgerechnet hat. Hierzu gehört daher auch die Prüfung, ob der Arzt gegen das Gebot der persönlichen Leistungserbringung verstoßen hat (BSG, Urt. v. 18.12.1996 - 6 RKA 66/95 - BSGE 80, 1 = SozR 3-5545 § 19 Nr. 2; BSG, Urt. v. 13.05.2015 - B 6 KA 27/14 R - SozR 4-5540 § 25 Nr. 1 Rn. 18).

Die Rechtsgrundsätze über die **Geltung von Treu und Glauben** im Sozialrecht sind bereits seit längerem höchstrichterlich geklärt. Das LSG hat seine Entscheidung an den Maßstäben orientiert, die der Senat unter dem Gesichtspunkt des Vertrauensschutzes zugrunde legt, selbst wenn es etwas unscharf formuliert, die Befugnis zur sachlich-rechnerischen Richtigstellung sei „aus Gründen der Verhältnismäßigkeit in Verbindung mit dem ... Grundsatz von Treu und Glauben“ zu verneinen. Diese in der Senatsrechtsprechung in diesem Zusammenhang so nicht verwendete Formulierung führt aber nicht zur Revisionszulassung wegen **grundsätzlicher Bedeutung der Rechtssache**. Denn im Ergebnis gelangt das Berufungsgericht aufgrund einer Gesamtwürdigung der Umstände des konkreten Einzelfalles zum Ergebnis, dass die Voraussetzungen für eine Rückforderung nicht vorliegen. Hierzu zählen nach Auffassung des LSG insb. die **mangelnde Transparenz** und **unterbliebene Klarstellung der Kennzeichnungspflicht** in den Abrechnungsbestimmungen der Bekl., die seinerseits bis Ende 2016 vom BSG vertretene Rechtsauffassung, dass bei gleicher Qualifikation der Mitglieder nicht gekennzeichnet werden müsse, welcher der BAG angehörende Arzt welche Leistungen erbracht hat (Hinweis auf BSG, Urt. v. 30.11.2016 - B 6 KA 17/15 R - USK 2016-85, juris Rn. 29) und das jahrelange Zuwarten seitens der Bekl. trotz Kenntnis der wesentlichen Tatsachen. Fragen von grundsätzlicher Bedeutung stellen sich insoweit nicht.

Ob ein bloßes **Auswechseln der und/oder ein Nachschieben von Gründen** zulässig ist, ist in der BSG-Rspr. geklärt und hängt bei belastenden Verwaltungsakten, die im Wege der reinen Anfechtungsklage angegriffen werden, davon ab, ob sie dadurch in ihrem „Wesen“ verändert werden und der Betroffene infolgedessen in seiner Rechtsverteidigung beeinträchtigt werden kann. Eine solche Änderung des „Wesens“ eines Verwaltungsakts ist in Anlehnung an den zweigliedrigen Streitgegenstandsbegriff zu bestimmen und demzufolge anzunehmen, wenn die Regelung auf einen anderen Lebenssachverhalt oder auf eine abweichende und einem anderen Zweck dienende Rechtsgrundlage gestützt wird.

Parallelverfahren:

BSG, Beschluss v. 01.03.2023 - B 6 KA 11/22 B
www.juris.de

RID 23-02-40

4. Wirtschaftlichkeitsprüfung

a) Unbrauchbarkeit von Impfstoff nach Havarie des Kühlschranks

BSG, Urteil v. 29.06.2022 - B 6 KA 14/21 R

RID 23-02-41

SozR 4-2500 § 106 Nr. 65 = GesR 2022, 720 = SGB 2023, 185

Leitsatz: Eine ersatzweise Verordnung von **Impfstoff** erweist sich als unwirtschaftlich, wenn der im Rahmen der Erstverordnung als Sprechstundenbedarf bezogene Impfstoff aufgrund einer technischen Fehlfunktion des zur Impfstoffaufbewahrung genutzten Medikamentenkühlschranks in der Arztpraxis **vernichtet** werden musste.

b) Vierjährige Ausschlussfrist für Festsetzung einer Beratung

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

RID 23-02-42

SozR 4-2500 § 106 Nr. 66

Leitsatz: Für die Festsetzung einer **Beratung** gegenüber einem Vertragsarzt wegen **unwirtschaftlicher Verordnungsweise** gilt nicht die zum 1.1.2008 für den Richtgrößenregress eingeführte zweijährige, sondern eine vierjährige **Ausschlussfrist**.

5. Zulassungsrecht

a) Sonderbedarfszulassung durch mehrere Viertelversorgungsaufträge

BSG, Urteil v. 06.04.2022 - B 6 KA 7/21 R

RID 23-02-43

SozR 4-2500 § 101 Nr. 23 = GesR 2022, 654 = ZMGR 2022, 319 = MedR 2023, 169

Leitsatz: 1. Die Erteilung einer Zulassung oder Anstellungsgenehmigung im **Sonderbedarf** setzt voraus, dass eine **Versorgungslücke** mindestens im Umfang eines **halben Versorgungsauftrags** besteht.

2. Ein Sonderbedarf im Umfang von mindestens einem halben Versorgungsauftrag kann auch durch **mehrere Anstellungsgenehmigungen** im Umfang von mindestens einem **Viertelversorgungsauftrag** gedeckt werden.

b) Ermächtigung zum Betrieb einer psychiatrischen Institutsambulanz

aa) Zumutbare Wege mit öffentlichen Verkehrsmitteln und UN-Behindertenrechtskonvention

BSG, Urteil v. 29.06.2022 - B 6 KA 3/21 R

RID 23-02-44

SozR 4-2500 § 118 Nr. 3 = GesR 2022, 704 = MedR 2023, 154 = KRS 2023, 80

Leitsatz: 1. Eine **psychiatrische Institutsambulanz** ist für Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen regelmäßig zumutbar **erreichbar**, wenn die Fahrt mit öffentlichen Verkehrsmitteln eine Stunde nicht überschreitet.

2. Aus dem Gebot der **UN-Behindertenrechtskonvention**, Menschen mit Behinderungen Gesundheitsleistungen so gemeindenah wie möglich anzubieten, folgt keine Verpflichtung, eine psychiatrische Institutsambulanz am jeweiligen Wohnort vorzuhalten.

bb) Krankenhausplan und Ausweisung einer stationären Einrichtung am Standort

BSG, Urteil v. 29.06.2022 - B 6 KA 13/21 R

RID 23-02-45

SozR 4-2500 § 118 Nr. 2 = GesR 2022, 714

Leitsatz: Die Ermächtigung einer räumlich und organisatorisch nicht an das betreibende Krankenhaus angebotenen **psychiatrischen Institutsambulanz** hängt nicht davon ab, dass der **Krankenhausplan** des Landes am geplanten Standort eine stationäre Einrichtung des Krankenhausträgers ausweist.

c) Fiktion der Widerspruchsrücknahme bei nicht rechtzeitiger Entrichtung der Gebühr

BSG, Urteil v. 07.09.2022 - B 6 KA 11/21 R

RID 23-02-46

BSGE = SozR 4-5520 § 45 Nr. 1 = Die Leistungen Beilage 2023, 92 = GesR 2023, 248

Leitsatz: Für die Regelung in der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte, nach der ein Widerspruch bei nicht fristgerechter Zahlung der **Widerspruchsgebühr** als **zurückgenommen** gilt, fehlt es an einer **Ermächtigungsgrundlage**.

B. KRANKENVERSICHERUNGSRECHT

I. Vertrags(zahn)ärztliche Behandlung

1. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

a) MRT-Untersuchung: Rezidivrisiko eines Mammakarzinoms

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 28.03.2023 - L 11 KR 1579/21

RID 23-02-47

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 35/23 B

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 2 Ia, 13 III, 27 I 2 Nr. 2, 92 I, 135; SGG §§ 54 I, IV, 55 I Nr. 1

Leitsatz: 1. Hat die Klägerin ihren **Antrag auf Erstattung** der ihr entstandenen Kosten für eine selbstbeschaffte MRT **begrenzt** und die Krankenkasse nur über diesen mittels Verwaltungsakt entschieden, fehlt es betreffend die zukünftige Versorgung mit einer MRT-Untersuchung pro Jahr zur Nachsorge an einem anfechtbaren Verwaltungsakt.

2. Der GBA hat in der Anlage I Nr. 9 der **Richtlinie Methoden** vertragsärztliche Versorgung den Umfang der von den Krankenkassen geschuldeten ambulanten Leistungen bzgl. der MRT-Untersuchung der weiblichen Brust verbindlich festgelegt, und zwar auch für den Fall eines invasiv-lobulären Mammakarzinoms.

3. Ein **Rezidivrisiko eines Mammakarzinoms** stellt keine lebensbedrohliche oder regelmäßig tödliche Erkrankung oder eine zumindest wertungsmäßig vergleichbare Erkrankung i.S.d. § 2 Abs. 1a SGB V dar.

Zwischen den Beteiligten ist die Erstattung der Kosten für eine MRT-Untersuchung der weiblichen Brust am 21.06.2017 i.H.v. 489,94 € sowie die Versorgung mit einer jährlichen MRT-Untersuchung der Brust als Sachleistung in Zukunft streitig. *SG Karlsruhe*, Gerichtsbb. v. 31.03.2021 - S 7 KR 1575/18 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

b) Brustangleichung durch Lipofilling

LSG Bayern, Urteil v. 25.11.2021 - L 4 KR 276/20

RID 23-02-48

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 27, 39, 137c

Leitsatz: 1. Es bestehen keine Hinweise auf die Notwendigkeit einer **stationären Behandlung**; **Lipofilling** wird aufgrund der verhältnismäßig geringfügigen Eingriffe in den Körper regelmäßig **ambulant** durchgeführt.

2. Für eine ambulante Behandlung liegt das erforderliche positive **Votum des Gemeinsamen Bundesausschusses** nach wie vor nicht vor.

3. Es handelt sich vorliegend nicht um einen Fall der **Nachkorrektur**, da im Rahmen der Erstoperation eine DIEP-Lappen-Rekonstruktion vorgenommen worden war.

4. Ein Anspruch auf Kostenübernahme für die Methode des Lipofillings ergibt sich ferner auch nicht aus **§ 137c SGB V**.

5. Auch ein Anspruch bei **grundrechtsorientierter Leistungsauslegung** im Sinne von § 2 Abs. 1a SGB V oder ein Systemversagen scheiden aus.

SG Landshut, Ur. v. 08.06.2020 - S 13 KR 433/19 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

c) Kataraktoperation unter Einsatz eines Femtosekundenlasers

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 13.01.2023 - L 1 KR 188/20

RID 23-02-49

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 135 I

Leitsatz: Die **ambulante Kataraktoperation** unter Einsatz eines **Femtosekundenlasers** ist eine **neue Behandlungsmethode** i.S.d. § 135 Abs. 1 SGB V, die ohne Empfehlung des Gemeinsamen Bundesausschusses nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen erbracht werden darf. Die fehlende Empfehlung des Gemeinsamen Bundesausschusses war im zweiten Quartal 2017 nicht wegen des Vorliegens eines Falles des sog. Systemversagens entbehrlich.

SG Berlin, Gerichtsbb. v. 04.03.2020 - S 221 KR 2279/17 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

2. Künstliche Befruchtung: Altersgrenze für Frauen verfassungsgemäß

LSG Bayern, Urteil v. 16.03.2023 - L 4 KR 384/22

RID 23-02-50

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 13 III, 27a III; GG Art. 3 I, III, 6 I

Leitsatz: Zur weiterhin bestehenden **Verfassungsmäßigkeit** der **Höchstaltersgrenze für Frauen** im Rahmen der Genehmigung einer Behandlung zur künstlichen Befruchtung.

SG Landshut, Urt. v. 16.08.2022 - S 4 KR 125/22 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

II. Stationäre Behandlung

1. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode

a) Hochintensiv-fokussierter Ultraschall (HIFU) bei Prostatakarzinom

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 07.12.2022 - L 26 KR 67/20

RID 23-02-51

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 2 I, 12 I, 13 III, 135 I 1

Die Befürwortung der Methode durch einen behandelnden Facharzt genügt hierfür bei Fehlen einer Richtlinie des GBA nicht. Dafür, dass eine Antragstellung zur Prüfung der Methode des **hochintensiv-fokussierten Ultraschalls** bei Prostatatumoren unzulässig verzögert worden wäre, bestehen keinerlei Anhaltspunkte.

SG Berlin, Urt. v. 26.11.2019 - S 122 KR 2582/17 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

b) Immunadsorptionstherapie bei chronischem Fatiguesyndrom

SG Augsburg, Beschluss v. 15.12.2022 - S 2 KR 356/22 ER

RID 23-02-52

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 2 Ia, 27, 39, 137c III

Das Vorliegen einer **lebensbedrohlichen Erkrankung** nach § 2 Abs. 1 a SGB V ist glaubhaft gemacht, wenn u.a. ein massiv ausgeprägtes **chronisches Müdigkeitssyndrom** besteht und eine parenterale Ernährung über einen existierenden Port nicht toleriert wird und ein Tod durch Verhungern droht. Die **Immunadsorption** hat vor diesem Hintergrund hinreichende Aussicht auf einen Behandlungserfolg.

Das *SG* verpflichtete die Ag. vorläufig im Wege der einstweiligen Anordnung, die Ast. mit der begehrten Immunadsorptionstherapie bis 31.03.2023 als Sachleistung zu versorgen.

2. Liposuktion: Potentialleistung und Erprobungs-Richtlinie

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 19.01.2023 - L 5 KR 345/19

RID 23-02-53

Revision anhängig: B 1 KR 10/23 R

www.juris.de

SGB V §§ 2 I, 27, 39, 135 I, 137c, 137e

Orientierungssatz (juris): 1. Bei einem **BMI** von über 44 kg/m² und nicht ersichtlicher konsequenter Behandlung der Adipositas besteht kein Anspruch gem. § 4 QLipRL auf Versorgung mit stationärer Liposuktion.

2. Versicherte haben auch nach Erlass einer **Erprobungs-Richtlinie** 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 3. die einschlägigen Regelungen der Verfahrensordnung des GBA für die Erfüllung einer erforderlichen Behandlungsalternative erfüllt sind (vgl. BSG, Urt. v. 18.08.2022 - B 1 KR 38/21 R - KrV 2022, 262; BSG, Urt. v. 18.08.2022 - B 1 KR 29/21 R - juris).

3. Aus Sicht des erkennenden Senates spricht Überwiegendes dafür, dass eine **schwerwiegende Erkrankung** im vorgenannten Sinne bei der Patientin besteht.
4. Ein Anspruch aus Versorgung mit einer **Potentialleistung** besteht jedoch unabhängig davon im konkreten Fall nicht, da zur Behandlung der Patientin noch **Standardmethoden** zur Verfügung stehen.
Vorausgehend: *SG Köln*, Urt. v. 29.03.2019 - S 23 KR 1429/18 -.

3. Magenbandoperation: Vorheriges Durchlaufen eines multimodalen Behandlungskonzepts

SG Nürnberg, Urteil v. 19.01.2023 - S 7 KR 737/21

RID 23-02-54

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 2 I, 12 I, 13 III, 27 I 2 Nr. 5, 39 I 2

Eine chirurgische Behandlung ist keine notwendige und wirtschaftliche Maßnahme, wenn bereits mehrere Maßnahmen der Gewichtsreduktion unternommen wurden, aber kein für wenigstens sechs Monate durchzuführendes ärztlich begleitetes **multimodales Behandlungskonzept**, welches durch ein Konzept der psychologischen Begleitung und Ernährungsberatung sowie Bewegungsanregung begleitet wird, vollständig durchlaufen wurde.

Das *SG* wies die Klage ab.

4. Postbariatrische Wiederherstellungsoperation

a) Voraussetzungen für postbariatrische Hautstraffungsoptionen

LSG Schleswig-Holstein, Urteil v. 21.06.2022 - L 10 KR 178/17

RID 23-02-55

www.juris.de

SGB V §§ 13 IIIa 6, 27 I 1

Leitsatz: 1. Eine **einseitige Erledigungserklärung** des Klägers kann in einem gerichtskostenfreien Verfahren als Klagrücknahme ausgelegt werden, die sich bei Streit um die Rechtmäßigkeit eines teilbaren Verwaltungsakts auch auf einen **Teil des Streitgegenstandes** beschränken kann.

2. Die nach § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V **fingierte Leistungsgenehmigung** begründet keinen Sachleistungsanspruch, sondern gewährt dem begünstigten Versicherten lediglich einen **Kostenerstattungsanspruch** nach § 13 Abs. 3a Satz 7 SGB V (BSG, Urt. v. 26.05.2020 - B 1 KR 9/18 R - BSGE 130, 200 = SozR 4-2500 § 13 Nr. 53).

3. Ein Anspruch auf Resektion von Hautweichteilüberschüssen nach **vorangegangener Magenbypass-OP** erfordert körperliche **Funktionseinschränkungen** beim Versicherten. Werden Einschränkungen der Funktionsweise der Haut angeführt, lässt sich der Behandlungsanspruch nur begründen, wenn durch die Hautüberschüsse ständige Hautreizungen wie Pilzbefall, Sekretionen oder entzündliche Veränderungen auftreten.

4. Eine den Anspruch auf Hautlappenresektion auslösende **Entstellung** erfordert eine objektiv erhebliche Auffälligkeit, die erwarten lässt, dass bei Mitmenschen im Hinblick auf den betroffenen Versicherten - in bekleidetem Zustand - Reaktionen wie Neugier oder Betroffenheit hervorgerufen werden, so dass der Versicherte zum Objekt besonderer Beachtung anderer wird und sich deshalb aus dem Leben in der Gemeinschaft zurückziehen und zu vereinsamen droht, wodurch seine Teilnahme am Leben in der Gesellschaft gefährdet ist.

5. Ein Anspruch auf Fettschürzenresektion lässt sich nicht - als eine Art „Folgenbeseitigungsanspruch“ - schon damit begründen, dass die Hautweichteilüberschüsse infolge eines vorangegangenen, von der GKV erbrachten bariatrischen Eingriffs entstanden sind. Dies ließe außer Betracht, dass die operative Veränderung eines intakten Organs stets einer speziellen Rechtfertigung bedarf. Von dieser ist nur auszugehen, wenn der Eingriff nach Abwägung der Art und Schwere der Erkrankung, der Dringlichkeit der Intervention, der Risiken und des zu erwartenden Nutzens der Operation sowie etwaiger Folgekosten für die GKV angezeigt erscheint. Dies setzt eine **Einzelfallbetrachtung** voraus.

SG Schleswig, Urt. v. 11.08.2017 - S 28 KR 383/15 - verurteilte die Bekl., der Kl. postbariatrische Wiederherstellungsoperationen im Bereich des Gesäßes, der Brust, beider Oberarme sowie an Ober- und Unterschenkeln beidseitig als Sachleistung zu gewähren. Das *LSG* wies die Klage ab.

b) Bruststraffung beidseits

SG Würzburg, Gerichtsbescheid v. 17.01.2023 - S 17 KR 364/21

RID 23-02-56

www.juris.de

SGB V § 27 I 1

Nach den vorliegenden medizinischen Unterlagen und den schlüssigen Ausführungen des Sachverständigen ist die 1985 geb. Kl. in ihren **Körperfunktionen beeinträchtigt**. So bestehen wiederkehrende entzündliche Hautveränderungen im Bereich der Auflageflächen und Hautumschlagsfalten unter beiden Brüsten, die auch bei sorgfältiger Hautpflege nicht zu vermeiden sind. Durch die Wiederherstellungsoperation können die entzündlichen Hautveränderungen durch die Reduzierung der Auflageflächen und Umschlagsfalten gebessert werden, so dass insgesamt eine kausale und wahrscheinlich dauerhafte **Behebung der Störung** erzielt werden kann. Die begrenzten konservativen Behandlungsmöglichkeiten sind in diesem Fall nicht ausreichend.

Das **SG** verurteilte die Bekl., die Kosten für eine postbariatrische Wiederherstellungsoperation (Bruststraffung beidseits) unter vollstationären Bedingungen zu übernehmen.

5. Brustangleichung mittels Lipofilling

SG Speyer, Urteil v. 19.01.2023 - S 17 KR 408/21

RID 23-02-57

www.juris.de

SGB V §§ 27, 39 I, 137c I, III 1

Leitsatz: 1. Zum **Lipofilling** als **Potentialbehandlungsmethode** im Sinne von § 137c Abs. 3 SGB V.
2. Das mit der Behandlungsmethode des Lipofilling ggf. verbundene theoretische **Risiko eines Rezidivs der Krebserkrankung** stellt keine medizinische Kontraindikation dar. Es wird jedoch eine gesteigerte Aufklärungspflicht der Krankenhausärzte ausgelöst (zum Umfang der Aufklärungspflicht: BSG, Urt. v. 19.03.2020 - B 1 KR 20/19 R - BSGE 130, 73 = SozR 4-2500 § 12 Nr. 18, Rn. 34 ff).

Das **SG** verurteilte die Bekl., die Kl. mit einer stationären Krankenhausbehandlung zur Brustangleichung rechts mittels Lipofilling zu versorgen.

6. Behandlungsbedürftige Geschlechtsdysphorie als Krankheit

SG Hamburg, Urteil v. 15.09.2022 - S 25 KR 519/21

RID 23-02-58

www.juris.de

SGB V §§ 13 III, 27 I 1, 31 I 1

Nach aktuellem medizinischen Erkenntnisstand ist davon auszugehen, dass die rechtliche Prüfung an der Krankheit der **Geschlechtsdysphorie** anknüpft. Eine Geschlechtsdysphorie liegt dann vor, wenn eine Person fortdauernd unter der Diskrepanz zwischen der Geschlechtsidentität bzw. dem (empfundenen) Geschlecht bzw. der (empfundenen) Geschlechtszugehörigkeit einerseits und den körperlichen Geschlechtsmerkmalen (Geschlechtsinkongruenz) und/oder der häufig als falsch empfundenen Wahrnehmung des eigenen Geschlechts durch Andere leidet (Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit. S3-Leitlinie zur Diagnostik, Beratung und Behandlung, AWMF-Register-Nr. 138|001, S. 10). Soweit das **BSG** in den früheren Entscheidungen darauf abstellt, für die Diagnose sei die Stabilität des transsexuellen Wunsches, der vollständigen psychischen Identifikation mit dem anderen, dem eigenen Körper widersprechenden Geschlecht, entscheidend (BSG, Urt. v. 11.09.2012 - B 1 KR 11/12 R - KHE 2012/137, juris Rn. 10), ist dies dementsprechend in der Weise anzupassen, dass es zwar weiterhin auf die Stabilität der Identifikation mit einer abweichenden Geschlechtsidentität ankommt, aber nicht mehr darauf ankommen kann, dass sich Wunsch und Leidensdruck der Versicherten genau auf die **Anpassung an das binär verstandene (sozusagen gegenteilige) andere Geschlecht** richten. Dies ergibt sich aus den Erwägungen des BVerfG, Beschl. v. 10.10.2017 - 1 BvR 2019/16 - BVerfGE 147, 1 („Drittes Geschlecht“).

Das **SG** verurteilte die Bekl., der kl. Person die Kosten der zwischen dem 23.09.2020 und dem 28.09.2020 erfolgten Mastektomie und Hysterektomie sowie der erforderlichen Wundversorgung in Höhe von insgesamt 8.676,75 € zu erstatten.

III. Kostenerstattung

Nach BSG, Urt. v. 24.01.2023 - **B 1 KR 7/22 R** - steht der Kl. der geltend gemachte **Kostenerstattungsanspruch** nicht zu. Die Voraussetzungen für die Versorgung mit dem **Arzneimittel Cytotect CP Biotest** zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung lagen nicht vor. Die Klägerin litt zwar an einer behandlungsbedürftigen **Krankheit**. Dafür genügt auch das hier vorliegende **Risiko einer Schädigung des bislang nicht infizierten ungeborenen Kindes** durch eine mögliche Übertragung der Infektion im Mutterleib. Der Anspruch auf Krankenbehandlung scheidet aber daran, dass das Arzneimittel Cytotect CP Biotest für die Behandlung einer Infektion mit dem Zytomegalievirus während der Schwangerschaft **nicht zugelassen** ist und die durch Gesetz und Rechtsprechung anerkannten Ausnahmen nicht vorlagen. Der für einen **Off-Label-Use** erforderliche Nachweis der Wirksamkeit ist nicht geführt. Die Klägerin hatte auch keinen Anspruch auf das Arzneimittel nach **§ 2 Absatz 1a SGB V**. Sie und ihr ungeborenes Kind litten nicht an einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlichen oder wertungsmäßig hiermit vergleichbaren Erkrankung. Hierzu muss nach den konkreten Umständen des Falles bereits drohen, dass sich mit großer Wahrscheinlichkeit der voraussichtlich tödliche oder hiermit gleichgestellte Krankheitsverlauf innerhalb eines kürzeren, überschaubaren Zeitraums verwirklichen wird. Dies gilt auch für die Behandlung von Schwangeren zum Schutz des ungeborenen Lebens. Im Falle einer für das ungeborene Kind gefährlichen Infektion der Schwangeren liegt aber jedenfalls dann keine notstandsähnliche Lage in dem vorbeschriebenen Sinne vor, wenn die Wahrscheinlichkeit der Geburt eines gesunden Kindes deutlich überwiegt. Dies ergibt sich aus Wortlaut, Systematik und Entstehungsgeschichte des **§ 2 Absatz 1a SGB V**. Die Schutzwirkungen der Grundrechte auf Leben und körperliche Unversehrtheit in Verbindung mit dem Sozialstaatsprinzip führen nicht zu einer erweiternden Auslegung. Nach den nicht mit durchgreifenden Verfahrensrügen angegriffenen Feststellungen des Landessozialgerichts bestand keine hohe Wahrscheinlichkeit, dass das ungeborene Kind der Klägerin durch die Infektion sterben oder eine wertungsmäßig vergleichbare dauerhafte Schädigung erleiden würde.

1. Genehmigungsfiktion

a) BVerfG: Unzulässige Verfassungsbeschwerde (Begründungsanforderungen)

BVerfG, 1. Sen. 3. Ka., Beschluss v. 20.03.2023 - 1 BvR 172/22

RID 23-02-59

www.juris.de

SGB V § 13 IIIa; GG Art. 3 I

Die Verfassungsbeschwerde gegen **BSG**, Beschl. v. 10.11.2021 - B 1 KR 62/21 B - RID 22-01-165 wird nicht zur Entscheidung angenommen.

Die Bf. lässt unberücksichtigt, dass das LSG ihren Leistungsanspruch auch nach materiellem Leistungsrecht als eigenständige Anspruchsgrundlage geprüft, einen solchen Anspruch aber abgelehnt hat. Der geltend gemachte Anspruch aus der Genehmigungsfiktion des **§ 13 Abs. 3a S. 6 SGB V** betrifft also **Leistungen**, auf die gerade **kein materiell-rechtlicher Anspruch bestand**. Damit ist weder eine **Äquivalenz von Beitrag und Leistung** noch das **Grundrecht** aus Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG betroffen. Das BSG stellt in seinem Beschluss ausdrücklich darauf ab, der allgemeine Gleichheitssatz verlange nicht die Gewährung von Sachleistungen, auf die materiell-rechtlich kein Anspruch besteht, um zu vermeiden, dass auch mittellose Versicherte auf eine Selbstbeschaffung der gewünschten Leistungen mit anschließender Kostenerstattung verwiesen sind.

Parallelverfahren:

BVerfG, 1. Sen. 2. Ka., Beschluss v. 20.03.2023 - 1 BvR 909/22

RID 23-02-60

www.juris.de

b) Zurechnung des Wissens des Prozessbevollmächtigten

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 15.03.2023 - L 9 KR 357/20

RID 23-02-61

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 13 IIIa; SGB X § 37 II; BGB § 166

Leitsatz: Die **Genehmigungsfiktion** des **§ 13 Abs. 3a SGB V** tritt unter Berücksichtigung der Wertung des **§ 37 Abs. 2 Satz 3 SGB X** auch dann ein, wenn der genaue **Zeitpunkt der Bekanntgabe** des Ablehnungsbescheides nicht bekannt ist.

Ein **guter Glaube** des Versicherten an das Bestehen des Leistungsanspruches im Zeitpunkt der Selbstbeschaffung kann nicht durch eine **grob fehlerhafte anwaltliche Beratung** begründet werden.

Dem Versicherten ist die **Kenntnis bzw. grob fahrlässige Unkenntnis seines Prozessbevollmächtigten** vom Nichtbestehen des Leistungsanspruches bei geklärter Rechtslage durch das BSG (hier: Kopforthese) nach **§ 166 BGB** zuzurechnen.

SG Berlin, Urt. v. 05.08.2020 - S 73 KR 442/18 - verurteilte die Bekl., dem Kl. die Kosten für die Kopforthesenversorgung in Höhe von 1.819 € zu erstatten, das **LSG** wies die Klage ab.

2. Psychotherapie: Keine Beschränkung des Erstattheronorars auf 1-fachen Gebührensatz

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 06.12.2022 - L 14 KR 247/21

RID 23-02-62

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 13 III, 27; GOÄ § 11

Fehlt dem **Berufungsschriftsatz** sowohl eine qualifizierte als auch einfache elektronische **Signatur**, fehlt es am Schriftformerfordernis. Die bloße Nennung des Nachnamens bzw. des Namenskürzels im Kopf des Schriftsatzes zeigt lediglich den zuständigen Sachbearbeiter auf, trifft jedoch keine Aussage darüber, ob dieser oder diese für den sodann folgenden Inhalt der Berufungsschrift auch die Verantwortung übernehmen will.

Die von der Krankenkasse **genehmigte Therapie** durch einen **nicht zugelassenen Psychotherapeuten** wird nicht als Naturalleistung erbracht. In einem Fall des **Systemversagens** ohne dringende Behandlungsbedürftigkeit im Sinne einer Notfallbehandlung darf sich der Versicherte unter den Voraussetzungen des § 13 Abs. 3 SGB V außerhalb des Vertragsarztsystems privat behandeln lassen, wobei sich der **Vergütungsanspruch** des Arztes gegen den Patienten richtet, dem wiederum ein Kostenerstattungsanspruch gegen die Krankenkasse zusteht. Wenn die Notwendigkeit der Leistung feststeht, sind die Kosten „in der entstandenen Höhe“ zu erstatten. Entstanden sind Kosten, wenn eine GOÄ-konforme Rechnung erstellt wurde.

Die **Beschränkung des Gebührensatzes** für **sozialrechtliche Leistungsträger** als Schuldner nach § 11 GOÄ gilt dann nicht, wenn der Patient selbst Honorarschuldner auf der Behandlungsseite ist und die Kosten nur vom jeweiligen Träger übernommen werden, wenn also der Patient selbst dem Arzt gegenüber aufgrund des abgeschlossenen Behandlungsvertrages das Honorar schuldet, seinerseits jedoch einen Kostenerstattungsanspruch, z.B. gegenüber einem Träger, hat.

Die Beteiligten streiten über die Höhe der Kostenübernahme für eine außervertragliche Psychotherapie. Die Bekl. genehmigte einmalig die Kosten für eine Langzeittherapie (Verhaltenstherapie) von max. 60 Therapieeinheiten bei dem nicht zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Psychotherapeuten F. In einem der Bewilligung beigefügten Schreiben an F wird u.a. ausgeführt, dass sich die Abrechnungsgrundlage an der GOÄ orientiere. Daher sei ihr als Leistungsträgerin gegenüber in diesem Zusammenhang gemäß § 11 GOÄ nur der einfache GOÄ-Gebührensatz abrechnungsfähig. Eine Steigerung der Gebühr innerhalb des bestehenden Gebührenrahmens sei nicht zulässig. Die erbrachte psychotherapeutische Leistung sei unmittelbar mit ihr, der Krankenkasse, abzurechnen. Mehrkosten dürften dem Kl. nicht auferlegt werden. Der Widerspruch des Kl. gegen die Honorarbeschränkung blieb erfolglos. *SG Berlin*, Urt. v. 28.05.2021 - S 76 KR 1371/20 - hob den angefochtenen Bescheid auf, soweit er eine Beschränkung der Erstattung von Kosten auf die Höhe des einfachen Gebührensatzes nach der GOÄ enthält. Das *LSG* verwarf die Berufung der Bekl. als unzulässig.

IV. Arzneimittel

1. Versorgung mit Medizinal-Cannabis: Begründete Einschätzung eines Vertragsarztes

LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 02.02.2023 - L 1 KR 315/22 B PKH

RID 23-02-63

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 31 VI

Ein Anspruch auf Versorgung mit **Medizinal-Cannabis** auf der Grundlage von § 31 Abs. 6 SGB V setzt voraus, dass eine begründete **Einschätzung eines behandelnden Vertragsarztes** vorliegt. Die eigenen guten Erfahrungen mit Cannabinoiden können diese zwingende Voraussetzung ebenso wenig ersetzen wie der Umstand, dass die behandelnden Ärzte Privatrezepte ausstellen und Atteste erstellen.

SG Berlin, Beschl. v. 21.07.2022 - S 210 KR 2025/21 - wies den Antrag auf PKH ab, das *LSG* wies die Beschwerde zurück.

2. Off-Label-Use: Ondansetron bei stetiger Übelkeit und stetigem Erbrechen

SG Neuruppin, Urteil v. 21.04.2023 - S 20 KR 211/16

RID 23-02-64

www.juris.de

SGB V §§ 27 I 2 Nr. 3, 31 I 1, 35c

Bei Erkrankungen des **Verwachsungsbauches** und des **Kurzdarmsyndroms**, die Ursache für stetige **Übelkeit** und stetiges **Erbrechen** sind, handelt es sich um **schwerwiegende** - nämlich die

Lebensqualität auf Dauer nachhaltig beeinträchtigende - Erkrankungen. Es besteht die begründete Aussicht, dass mit dem Arzneimittel Ondansetron ein Behandlungserfolg (kurativ oder palliativ) erzielt werden kann. Es besteht ein Versorgungsanspruch nach den vom BSG entwickelten allgemeinen Grundsätzen für einen **Off-Label-Use** zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung.

Das **SG** verurteilte die Bekl., die Kl. unter der Voraussetzung einer vertragsärztlichen Verordnung mit dem Arzneimittel Ondansetron zu versorgen.

3. Medikament Xeljanz (Wirkstoff Tofacitinib) bei entzündlicher Hauterkrankung

LSG Thüringen, Urteil v. 08.12.2022 - L 2 KR 956/21

RID 23-02-65

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 10/23 B
www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 27, 31, 35c

Leitsatz: 1. Die entzündliche **Hauterkrankung Necrobiosis lipoidica** ist nicht „medizinisch nicht erforschbar“ im Sinne eines sog. **Seltenheitsfalls** nach der BSG-Rechtsprechung.

2. Zum daher fehlenden Anspruch auf Versorgung mit dem **Medikament Xeljanz (Wirkstoff Tofacitinib)**.

SG Meiningen, Urt. v. 11.06.2021 - S 22 KR 185/20 - verurteilte die Bekl., die Behandlung der Kl. mit dem Medikament Tofacitinib zu bezahlen. Das **LSG** wies die Klage ab.

V. Hilfsmittel

1. Handbike

SG Konstanz, Gerichtsbescheid v. 01.03.2022 - S 7 KR 326/20

RID 23-02-66

www.juris.de = Behinderung und Recht 2023, 24
SGB V § 33 I

Wird bei Nutzung eines **Aktivrollstuhls mit einem e-Motion Restkraftverstärker** die Beübung der oberen Extremitäten nicht unterstützt, sondern würde dies eher zur weiteren Einsteifung und Intensivierung der Schmerzsymptomatik bei fehlendem Training beitragen, und kommt es demgegenüber bei Nutzung des **Handbike** durch aufrechte Haltung und Aktivierung der Schultermuskulatur zu einer Beübung der Rumpf-/Bauch-/Brust- und Schultergürtelmuskulatur, so besteht ein Anspruch auf Versorgung mit einem Handbike.

Das **SG** verurteilte die Bekl., den Kl. mit dem Handbike Speedy Versatio 20 mit Motorunterstützung entsprechend dem Kostenvoranschlag der Speedy Reha-Technik GmbH vom 29.08.2019 mit Ausnahme der Traktionshilfe zu versorgen, und wies im Übrigen die Klage ab.

2. Elektrisches Rollstuhlzuggerät: Verbesserte Bedienweise/Auswirkung auf die Krankheit

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 13.12.2021 - L 4 KR 526/20

RID 23-02-67

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

Es besteht ein Anspruch auf Versorgung mit einem **elektrischen Rollstuhlzuggerät**, wenn das Hilfsmittel durch die Bedienweise die **Erschließung des Nahbereichs** verbessert und zugleich einer weitergehenden gesundheitlichen Beeinträchtigung (hier: Verschlimmerung der Rhizarthrose) vorbeugt.

SG Hildesheim, Urt. v. 18.11.2020 - S 56 KR 152/18 - wies die Klage ab, das **LSG** verurteilte die Bekl., den Kl. mit einem Rollstuhlzuggerät mit elektrischer Unterstützung (entsprechend dem Modell im Kostenvoranschlag vom 12.11.2015 der Firma J. GmbH aus K.) zu versorgen.

3. Orthesenstrümpfe

SG Koblenz, Urteil v. 01.02.2021 - S 11 KR 1704/19

RID 23-02-68

www.juris.de
SGB V §§ 2, 27, 33 I, 34 IV

Leitsatz: 1. Bei **Orthesenstrümpfen** handelt es sich um Zubehör im Rahmen der Hilfsmittelversorgung nach § 33 SGB V, nicht um Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens.

2. Die Krankenkasse darf Versicherte nicht auf **herkömmliche Kinderstrumpfhosen oder Funktionstextilien als Ersatz** verweisen. Diese sind zur Dauerversorgung unter Beinorthesen weder geeignet noch zumutbar. Dies gilt insbesondere dann, wenn tagsüber Windelwechsel oder Katheterisierungen notwendig sind.

3. Sind zur Versorgung Orthesenstrümpfe mit Fuß erforderlich, hat der Versicherte **keinen Eigenanteil** für die ersparte Anschaffung von Strümpfen zu tragen (abweichend zu SG Chemnitz, Urt. v. 16.05.2012 - S 10 KR 456/10 - RID 12-04-90).

Das *SG* verurteilte die Bekl., den Kl. mit den verordneten Orthesenstrümpfen zu versorgen.

4. Hörgeräteversorgung

a) An Taubheit grenzende Schwerhörigkeit: 5 % besseres Sprachverstehen

LSG Hessen, Urteil v. 01.02.2023 - L 1 KR 384/21

RID 23-02-69

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 33 I

Leitsatz: Ein durch **5 % besseres Sprachverstehen** zu erlangender Gebrauchsvorteil gegenüber dem zuzahlungsfreien Hörgerät ist bei **an Taubheit grenzender Schwerhörigkeit** nicht als unwesentlich anzusehen.

SG Darmstadt, Gerichtsb. v. 12.07.2021 - S 13 KR 270/20 - juris = www.sozialgerichtsbarkeit.de wies die Klage ab, das *LSG* verurteilte die Bekl., der Kl. die ihr für das Hörsystem Widex Unique FS-330 entstandenen Kosten in Höhe von 2.895,60 € zu erstatten.

b) Subjektives Empfinden: Unterschiedliche Angaben zum Sprachverstehen

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 31.03.2022 - L 16 KR 353/20

RID 23-02-70

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 33 I

Auf das **subjektive Empfinden**, ein selbst beschafftes Hörsystem sei „viel besser“, kommt es jedenfalls dann nicht an, wenn ein besseres Sprachverstehen nicht ausreichend belegbar ist und die vorgelegte Dokumentation des Hörgeräteakustikers verdeutlicht, dass auch der subjektive Eindruck nicht einheitlich war, sondern seitens der Versicherten in Abhängigkeit von der jeweiligen Tagesform **unterschiedliche Angaben** zum „Sprachverstehen“ mit den getesteten Hörgeräten gemacht wurden.

SG Köln, Gerichtsb. v. 28.04.2020 - S 36 KR 58/19 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

5. Unterstützte Kommunikation: Humanelektronik-Kommunikator

LSG Bayern, Urteil v. 17.11.2022 - L 4 KR 508/19

RID 23-02-71

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 33 I

Leitsatz: 1. Der **HE-Kommunikator** Light II Go Talk Now stellt keinen **Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens** dar. Es handelt sich vielmehr um ein **Hilfsmittel** im Sinne von § 33 Abs. 1 SGB V.

2. Dabei ist es unschädlich, dass der Kommunikator auf Basis eines **handelsüblichen iPads Air 2** gefertigt ist.

3. Der Sachleistungsanspruch nach § 33 Abs. 1 SGB V setzt nicht zwingend eine vertragsärztliche **Verordnung** des Hilfsmittels voraus.

4. Zu einem **Anspruch** der Klägerin auf dieses Hilfsmittel.

SG München, Gerichtsb. v. 07.08.2019 - S 15 KR 73/17 - wies die Klage ab, das *LSG* verurteilte die Bekl., die Kl. mit einem HE-Kommunikator Light II Go Talk Now - ohne Zubehör - zu versorgen, und wies im Übrigen die Berufung der Kl. zurück.

6. Assistenzhund nach posttraumatischer Belastungsstörung

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 31.01.2023 - L 11 KR 3181/20

RID 23-02-72

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 3 KR 9/23 B

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 33 I

Leitsatz: 1. Das Hilfsmittelbegehren auf die Versorgung mit einem **PTBS-Assistenzhund** konkretisiert sich mit dem Kauf des Hundes auf den selbst beschafften Hund.

2. Voraussetzung für einen **Erstattungsanspruch** nach § 18 Abs. 6 SGB IX ist, dass die Kostenbelastung des Leistungsberechtigten wesentlich auf der **Leistungsversagung** des Rehabilitationsträgers beruht (vorliegend verneint).

3. Ein unter Beachtung des Bedarfs eines Menschen mit Behinderungen speziell ausgebildeter **Hund**, der aufgrund seiner Fähigkeiten und erlernten Assistenzleistungen dazu bestimmt ist, diesem Menschen die selbstbestimmte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen, zu erleichtern oder behinderungsbedingte Nachteile auszugleichen, stellt grundsätzlich ein **Hilfsmittel** i.S.d. § 33 Abs. 1 Satz 1 SGB V und **keinen Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens** dar.

Zwischen den Beteiligten ist die Erstattung von Kosten für die Anschaffung und Ausbildung eines PTBS-Assistenzhundes sowie die Übernahme zukünftiger Kosten (Versorgungspauschale) streitig. Die 1985 geb. Kl. ist bei der bekl. Krankenkasse krankenversichert. Sie leidet an einer posttraumatischen Belastungsstörung (**PTBS**), einer rezidivierenden depressiven Störung, einer dissoziativen Störung und Epilepsie. Bei ihr sind ein GdB i.H.v. 80 sowie die Merkmale G und B festgestellt. Die Kl. bezieht Leistungen (Pflegegeld) der bei der Bekl. geführten Pflegekasse ab März 2020 nach Pflegegrad 2. Seit März 2021 erhält sie durch den Beigel. Leistungen der Eingliederungshilfe in Form des Ambulant Betreuten Wohnens durch eine Fachkraft, derzeit im Umfang von 275 Minuten je Woche (ca. 20 Stunden im Monat, monatliche Vergütungspauschale 1.651,53 €). *SG Stuttgart*, Urt. v. 09.09.2020 - S 18 KR 5305/18 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

7. Penis-Hoden-Epithese bei Transsexualität

SG Marburg, Urteil v. 21.02.2023 - S 14 KR 136/22

RID 23-02-73

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 33 I

Leitsatz: 1. **Transsexualität** ist unter bestimmten Voraussetzungen eine behandlungsbedürftige Krankheit in Gestalt einer **psychischen Erkrankung**.

2. Die Versorgung mit einem **Hilfsmittel** ist danach auszurichten, ob das Hilfsmittel geeignet, erforderlich und angemessen ist, um das in § 33 Abs. 1 S. 1 genannte Versorgungsziel zu erreichen. **Versorgungsziel** ist vor allem, den Leidensdruck der betroffenen Personen zu lindern und damit den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern.

3. Die Versorgung mit einer **Penis-Hoden-Epithese**, die zum Geschlechtsverkehr genutzt werden kann, kann im Einzelfall geeignet und notwendig sein, um den Erfolg einer Krankenbehandlung zu sichern.

Das *SG* verpflichtete die Bekl., den Kl. mit einer weiteren Penis-Hoden-Epithese zum Geschlechtsverkehr zu versorgen.

VI. Rehabilitation/Häusliche Krankenpflege/Fahrkosten/Zuzahlungen

Nach BSG, Urt. v. 19.04.2023 - **B 3 KR 5/22 R** - sind Dritte **beizuladen**, wenn sie an dem streitigen Rechtsverhältnis derart beteiligt sind, dass die Entscheidung auch ihnen gegenüber nur einheitlich ergehen kann („echte“ notwendige Beiladung). So liegt es, soweit eine Krankenkasse die Übernahme von **Kosten für selbstbeschaffte Leistungen für häusliche Krankenpflege** als Behandlungssicherungspflege mit Verweis auf die aus ihrer Sicht vorrangige Einstandspflicht einer Einrichtung der Eingliederungshilfe oder von vergleichbaren Eingliederungsleistungen ablehnt. Derartige Einstandspflichten bestehen nach der Rechtsprechung des Senats nach dem bis Ende 2019 geltenden Eingliederungshilferecht bei Maßnahmen der einfachsten Behandlungspflege, die keine medizinische Fachkunde erforderten und nach den Umständen des Einzelfalls zu den im Rahmen der Eingliederungshilfe wahrzunehmenden Aufgaben insbesondere der Hilfe zum Erwerb praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten gerechnet werden konnten. Sozialhilferechtlich bestimmt sich das im Dreiecksverhältnis zwischen Sozialhilfeträger, Leistungserbringer und Leistungsberechtigtem nach Maßgabe des zwischen Sozialhilfeträger und Leistungserbringer abgeschlossenen Vertrags, mit dem der Sozialhilfeträger im Verhältnis zum Leistungsberechtigten seiner Verpflichtung zur Verschaffung der diesem sozialhilferechtlich zustehenden Leistungen nachkommt. Soweit krankenversicherungsrechtlich die in einem solchen Vertrag ausgestaltete Leistungspflicht des Einrichtungsträgers nach dem bis Ende 2019 geltenden Eingliederungshilferecht maßgebend dafür ist, inwieweit die betreffende Einrichtung ein zur Erbringung von Leistungen der Behandlungssicherungspflege geeigneter Ort war, kann über den Anspruch auf Übernahme von Kosten für selbstbeschaffte häusliche Krankenpflegeleistungen nicht entschieden werden, ohne den **Vertragsinhalt** im Verhältnis zwischen Sozialhilfeträger und Einrichtungsträger verbindlich **auch mit Wirkung für den Versicherten zu bestimmen**. Das kann im Verhältnis zwischen Krankenkasse und Versichertem nicht anders erfolgen als in dem auf heimrechtlicher Grundlage bestehenden Rechtsverhältnis zwischen Einrichtung und Versichertem, der effektiven Rechtsschutz nur bei Beteiligung aller in Betracht kommender Leistungsverpflichteter am Rechtsstreit erlangen kann. Das nötigt zur Vermeidung divergierender Entscheidungen in einem etwaigen Streit zwischen Versichertem und Einrichtung über die Folgen einer - aus Sicht der beklagten Krankenkasse - unzureichenden Erfüllung von Pflichten des Einrichtungsträgers dem Versicherten gegenüber zur Beiladung des Einrichtungsträgers im Rechtsstreit des Versicherten mit der Krankenkasse auch dann, wenn dieser Streit wie vorliegend ausschließlich die Übernahme von Kosten für in der Vergangenheit erbrachte Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege zum Gegenstand hat.

1. Häusliche Krankenpflege

a) Kein Erstattungsanspruch bei fehlendem schriftlichen Vertrag

SG Neuruppin, Urteil v. 31.03.2023 - S 20 KR 45/20

RID 23-02-74

www.juris.de

SGB V §§ 2, 13 III, 27 I 2 Nr. 4, 37 II, 132a

Fehlt es an einem **schriftlichen Vertrag** mit dem ambulanten Pflegedienst über die Erbringung der behandlungspflegerischen Leistungen des Verabreichens von Medikamenten, so spricht dies dagegen, dass der Pflegedienst einen vertraglich begründeten Zahlungsanspruch haben kann. Auch spricht gegen einen Zahlungsanspruch, dass der Pflegedienstleister über einen Zeitraum von deutlich mehr als drei Jahren die jeden Monat entstandenen erheblichen Kosten einerseits gestundet haben soll, aber andererseits die in den sozialgerichtlichen Verfahren vorgelegten Rechnungen erst erstellt worden sind, nachdem die Krankenkasse eingewandt hatte, die Versicherte sei wirksamen Forderungen nicht ausgesetzt.

Das **SG** wies die Klage ab.

2. Fahrkosten

a) Fahrkosten zur Arbeitsstelle während stufenweiser Wiedereingliederung ins Erwerbsleben

LSG Sachsen, Urteil v. 21.09.2022 - L 1 KR 365/20

RID 23-02-75

Revision anhängig: B 1 KR 7/23 R

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 60

Leitsatz: 1. Versicherte haben nach dem Recht der gesetzlichen Krankenversicherung keinen Anspruch auf Übernahme der **Fahrkosten zur Arbeitsstelle** während einer stufenweisen Wiedereingliederung.

2. Die **stufenweise Wiedereingliederung** ist im **SGB V** nicht als Leistung zur **medizinischen Rehabilitation** ausgestaltet.

3. Die (vorherige) **Antragstellung** ist keine materiell-rechtliche Voraussetzung für die Entstehung eines Fahrkostenanspruchs nach § 60 Abs. 5 **SGB V**.

SG Dresden, Urt. v. 17.06.2020 - S 18 KR 967/19 - verurteilte die Bkl., dem Kl. Fahrkosten in Höhe von 85 € für die stufenweise Wiedereingliederungsmaßnahme zu zahlen, das **LSG** wies die Klage ab.

Parallelverfahren:

LSG Sachsen, Urteil v. 21.09.2022 - L 1 KR 340/21

RID 23-02-76

Revision anhängig: B I KR 4/23 R

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

b) Wiedereingliederung ins Erwerbsleben: Fahrkosten nach Rentenrecht

LSG Sachsen, Urteil v. 14.10.2022 - L 1 KR 320/20

RID 23-02-77

Revision zugelassen

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 11 II, 60, 74; SGB VI § 28 I; SGB IX §§ 14, 64 I Nr. 5, 73 I 1

Leitsatz: 1. **Fahrkosten zur Arbeitsstelle** während einer stufenweisen **Wiedereingliederung** sind zwar nicht nach dem Recht der gesetzlichen Krankenversicherung zu übernehmen. Sie sind aber nach dem Recht der gesetzlichen Rentenversicherung zu übernehmen, wenn die stufenweise Wiedereingliederung im Zusammenhang mit einer vom **Rentenversicherungsträger** bewilligten **medizinischen Rehabilitationsleistung** steht.

2. Die stufenweise Wiedereingliederung ist keine (Sach-)Leistung eines Rehabilitationsträgers. Sie ist einem Rehabilitationsträger aber dann zuzurechnen, wenn sie mit einer von ihm bewilligten medizinischen Rehabilitationsleistung in einem so engen Zusammenhang steht, dass sie Bestandteil einer **einheitlichen (Gesamt-)Maßnahme** darstellt.

3. Fahrkosten zur Arbeitsstelle können auch dann nach **Rentenversicherungsrecht** zu übernehmen sein, wenn statt der bewilligten medizinischen Rehabilitationsleistung nur die stufenweise Wiedereingliederung durchgeführt wird.

Streitig ist die Erstattung von Kosten für Fahrten zur Arbeitsstelle während einer stufenweisen Wiedereingliederung ins Erwerbsleben. *SG Chemnitz*, Gerichtsbb. v. 18.05.2020 - S 36 KR 717/19 - wies die Klage ab, das *LSG* verurteilte die Bekl., der Kl. 672 € zu bezahlen, und wies im Übrigen die Berufung zurück.

3. Zuzahlungen: „Kosten der Unterbringung in einem Heim“

LSG Hamburg, Urteil v. 23.03.2023 - L 1 KR 12/22

RID 23-02-78

www.juris.de

SGB V § 62

„Kosten der Unterbringung in einem Heim“ i.S.d. § 62 Abs. 2 S. 5 Nr. 2 SGB V sind nicht einschränkend so auszulegen, dass nur Kosten für Unterkunft und Verpflegung gemeint sind. Diese Auslegung hätte zur Folge, dass ein Versicherter, der lediglich Hilfe zur Pflege nach den §§ 61 ff. SGB XII erhielt, nicht jedoch Hilfen zum Lebensunterhalt nach den §§ 27 ff SGB XII, nicht von § 62 Abs. 2 S. 5 Nr. 2 SGB V erfasst würde.

SG Hamburg, Urt. v. 02.12.2021 - S 48 KR 1428/21 - stellte fest, dass die jährliche Belastungsgrenze der Kl. für das Jahr 2021 53,52 € betrage. Das *LSG* wies die Berufung der Bekl. zurück.

VII. Beziehungen zu Krankenhäusern

Nach BSG, Urt. v. 11.05.2023 - *B I KR 10/22 R* - steht einer Kürzung der Vergütung unter Zugrundelegung der aus dem Wirtschaftlichkeitsgebot entwickelten Grundsätze des fiktiven wirtschaftlichen Alternativverhaltens (**Fallzusammenführung**) seit dem 01.01.2019 § 8 Abs. 5 S. 3 KHEntgG entgegen. Die Konkretisierung des Wirtschaftlichkeitsgebots im Zusammenhang mit Entlassungen und Wiederaufnahmen in dasselbe Krankenhaus ist seither abschließend den **Vertragsparteien der Fallpauschalenvereinbarung** zugewiesen. Diesen steht ein weiter Gestaltungsspielraum zu, bei dem sie die Grundsätze des Wirtschaftlichkeitsgebots beachten müssen (§ 17b Abs. 2 S. 2 KHG). Sie dürfen dabei auch aus Gründen der Vereinfachung und Praktikabilität Verallgemeinerungen in Form von Generalisierungen, Pauschalierungen oder Standardisierungen vornehmen. Die **gerichtliche Prüfung** beschränkt sich darauf, ob die Zuständigkeits- und Verfahrensbestimmungen sowie die gesetzlichen Vorgaben nachvollziehbar und widerspruchsfrei Beachtung gefunden haben, um den Gestaltungsspielraum auszufüllen. Im vorliegenden Fall haben die Parteien der Fallpauschalenvereinbarung 2019 Ausnahmen vorgesehen, die hier einer Fallzusammenführung entgegenstehen. Unter Berücksichtigung des weiten Gestaltungsspielraums der Vertragsparteien begegnet dies keinen durchgreifenden rechtlichen Bedenken. Eine Ausnahme vom Grundsatz, dass die Wirtschaftlichkeit einer Entlassung und Wiederaufnahme im Einzelfall nicht zu überprüfen ist, gilt für **Missbrauchsfälle**. Ein solcher liegt vor, wenn für die Entlassung im konkreten Einzelfall überhaupt kein nachvollziehbarer sachlicher Grund ersichtlich ist und diese offensichtlich allein dazu dient, eine weitere Fallpauschale zu generieren. Ein solcher Missbrauchsfall lag nach den vom LSG getroffenen Feststellungen hier nicht vor. Der Senat hat im Verfahren B I KR 14/22 R über die Wirksamkeit von Aufrechnungen nach einem Landesvertrag über die allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung gemäß § 112 SGB V entschieden. Nach BSG, Urt. v. 11.05.2023 - *B I KR 14/22 R* - ist der Vergütungsanspruch des Krankenhauses nicht durch Aufrechnung mit einer Erstattungsforderung der Krankenkasse erloschen. Dem stand gemäß dem nordrhein-westfälischen

Landesvertrag eine **Aufrechnungsbeschränkung** entgegen. Die Vereinbarung in dem nordrhein-westfälischen Landesvertrag über die allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung, welche die Aufrechnung gegen Vergütungsforderungen des Krankenhauses verbietet, war im Jahr 2015 außerhalb des Anwendungsbereichs der Prüfverfahrensvereinbarung mit höherrangigem Recht vereinbar. Rechtsgrundlage hierfür ist § 112 Abs. 1 und Abs. 2 S. 1 Nr. 1b SGB V. Die Vorschrift ermächtigt die Vertragspartner unter anderem, die Abrechnung der Entgelte zu regeln, was die Vereinbarung eines Aufrechnungsverbots einschließt. § 9 **Prüfverfahrensvereinbarung 2014**, der eine vorrangige Aufrechnungsbefugnis enthält, war vorliegend nicht anwendbar, da die Prüfung nicht in den Anwendungsbereich der Prüfverfahrensvereinbarung 2014 fiel. Gegenstand war allein eine sachlich-rechnerische Prüfung. Der **Grundsatz der Beitragssatzstabilität** (§ 71 Abs. 1 S. 1 SGB V) sowie die Verpflichtung der Krankenkasse, Einnahmen rechtzeitig und vollständig zu erheben (§ 76 Abs. 1 SGB IV), stehen der Wirksamkeit des landesvertraglichen Aufrechnungsverbots nicht entgegen, da die anderweitige Durchsetzung der Ansprüche hierdurch nicht verhindert wird. Allerdings kann bei einer wirtschaftlichen Krise des Krankenträgers und seiner Insolvenz eine Aufrechnung die Liquidierung von Gegenansprüchen der Krankenkassen erleichtern und sichern. Das Aufrechnungsverbot ist jedoch vor dem Hintergrund der Vorleistungspflicht des Krankenhauses zu betrachten. Es bietet den Vertragsparteien die Möglichkeit, das kompensatorische Beschleunigungsgebot zu stärken. Die Verständigung der Vertragsparteien auf ein Aufrechnungsverbot ist unter Abwägung der sich aus § 71 Abs. 1 S. 1 SGB V und § 76 Abs. 1 SGB IV ergebenden gewichtigen Interessen der Krankenkassen zwar nicht rechtlich geboten, aber ebenso wenig rechtlich zu beanstanden. Der Grundsatz der Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit (§ 4 Absatz 4 SGB V) bezieht sich nur auf die Betriebs- und Haushaltsführung der Krankenkassen. Ebf. steht das allgemeine Wirtschaftlichkeitsgebot (§§ 2 Abs. 1 S. 1 und Abs. 4, 12 Abs. 1, 70 Abs. 1 Satz 2 SGB V) der Vereinbarung von Aufrechnungsverboten nicht entgegen, da Ansprüche der Krankenkassen dadurch weder aufgegeben werden noch deren Durchsetzung vereitelt wird. Eine Einschränkung des Gestaltungsspielraums ergibt sich schließlich nicht aus der entsprechenden Anwendung zivilrechtlicher Vorschriften (§ 69 Abs. 1 S. 3 SGB V i.V.m. §§ 134, 138, 242 BGB). Auch stellt es grundsätzlich keine unzulässige Rechtsausübung dar, wenn sich das Krankenhaus auf das vertragliche Aufrechnungsverbot beruft, selbst wenn die Gegenforderung der Krankenkasse vom Krankenhaus nicht bestritten wird. Nach BSG, Urt. v. 07.03.2023 - **B I KR 11/22 R** - kann eine medizinisch nicht notwendige **Verlegung** des Versicherten in ein anderes Krankenhaus einen Schadensersatzanspruch der Krankenkasse gegen das verlegende Krankenhaus begründen. Eine **Verlegung** führt trotz der damit verbundenen Vergütungsabschläge beider Krankenhäuser regelmäßig zu höheren Gesamtbehandlungskosten für die Krankenkasse. Deshalb bedarf es hierfür eines **sachlichen Grundes**, den das Krankenhaus im Streitfall darzulegen und ggf. zu beweisen hat. Als sachliche Gründe für eine Verlegung kommen zwingende medizinische Gründe, zwingende Gründe in der Person des Versicherten sowie übergeordnete Gründe der Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen, patienten- und bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhäusern (§ 1 Abs. 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz) in Betracht. In einem mehrstufigen Krankenhausversorgungssystem kann die Verlegung aus einem Krankenhaus einer höheren Stufe (zum Beispiel Maximalversorger) in ein Krankenhaus einer niedrigeren Stufe (zum Beispiel Grundversorger) gerechtfertigt sein, wenn und soweit es zur Behandlung des Versicherten der besonderen Mittel des Krankenhauses der höheren Stufe nicht (mehr) bedarf und die dortigen Versorgungskapazitäten für andere Patienten benötigt werden. Keines gesonderten sachlichen Grundes für die Verlegung bedarf es dagegen, wenn und soweit hierdurch für die Krankenkasse keine Mehrkosten entstehen. Dies kommt insbesondere bei einer Rückverlegung in Betracht wegen der für das wiederaufnehmende Krankenhaus in § 3 Abs. 3 Fallpauschalenvereinbarung 2017 angeordneten Fallzusammenführung. Nach BSG, Urt. v. 07.03.2023 - **B I KR 3/22 R** - entfällt der **Vergütungsanspruch des Krankenhauses für die medizinisch erforderliche Transplantation** eines im vorgesehenen Verfahren zugeteilten Organs nicht dadurch, dass das Krankenhaus **falsche Angaben zur Dringlichkeit der Transplantation an die Vermittlungsstelle gemeldet** hat. Den transplantationsrechtlichen Regelungen zur Übermittlung der für die Organzuteilung durch Eurotransplant erforderlichen Angaben kommt keine Vergütungsrelevanz zu. Die Regelungen über die Verteilung von Spenderorganen dienen nicht der Qualitätssicherung im System der gesetzlichen Krankenversicherung. Sie sollen nicht ein bestimmtes Niveau der Beschaffenheit der Leistungen sichern, sondern dienen der gerechten Verteilung von Überlebenschancen. Nach BSG, Urt. v. 07.03.2023 - **B I KR 11/22 R** - hat ein Krankenhaus keinen Anspruch auf Zahlung der **Aufwandspauschale** nach § 275c Abs. 1 S. 2 SGB V in der ab 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 Abs. 1 S. 1 Nr. 3 SGB V vorgegeben - auf Verlangen der Krankenkasse eine **medizinische Begründung** dafür gegeben hat, dass die (ursprünglich angenommene) voraussichtliche Dauer der Krankenhausbehandlung überschritten wird. Nach der Senatspr. besteht kein Anspruch auf Zahlung einer Aufwandspauschale, wenn das Prüfverfahren durch ein Fehlverhalten des Krankenhauses veranlasst worden ist. Daran hält der Senat weiter fest.

Nach BSG, Urt. v. 24.01.2023 - **B I KR 6/22 R** - hat das LSG zutreffend entschieden, dass das Krankenhaus die durchgeführte **Abtragung des Knochensporns am Kieferknochen (partielle Maxillektomie)** mit dem Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS-Kode 5-771.10) verschlüsseln durfte. Die Voraussetzungen dieses Kodes sind erfüllt. Die **Kodierung von Prozeduren** knüpft nach den Deutschen Kodierrichtlinien (hier Version 2016) an den vom jeweiligen OPS-Kode definierten Eingriff an und nicht an das mit der Behandlung insgesamt verfolgte Ziel. Es ist weder jeder einzelne Handgriff zu kodieren noch werden alle zur Erreichung des Behandlungsziels erforderlichen Maßnahmen insgesamt in einem OPS-Kode zusammengefasst. Welche Behandlungsschritte Komponenten einer Prozedur sind, bestimmt sich nach den Regeln der ärztlichen Kunst für die Ausführung des jeweiligen, durch einen OPS-Kode konkret definierten Behandlungsverfahrens. Dies ist tatrichterlich zu ermitteln. Nach den bindenden Feststellungen des Landessozialgerichts wird die partielle Maxillektomie als eigenständige Prozedur durchgeführt, nicht lediglich als Komponente einer anderen Prozedur. Sie ist nach den Regeln der ärztlichen Kunst weder regelhafter Bestandteil der Nasenseptum-Korrektur noch der Operationen an der unteren Nasenmuschel. Der Kodierung standen auch keine speziellen Ausschlussregelungen entgegen.

1. Vergütungsanspruch/Fälligkeit

a) Erforderlichkeit der Behandlung

aa) Teilstationäre Krankenhausbehandlung für Mutter und Kind

LSG Hamburg, Urteil v. 27.10.2022 - L 1 KR 15/22

www.juris.de

SGB V §§ 39, 109 IV 3; KHEntgG §§ 7, 9; KHG § 17b

RID 23-02-79

Teilstationäre Krankenhausbehandlung kann für **Mutter und Kind** erforderlich sein, wenn beide erkrankt sind und dieses Behandlungssetting gerade bei dem Säugling nötig ist. Es erfordert einige Zeit, überhaupt einen tragfähigen Behandlungskontakt mit einem Säugling herzustellen. Wenn dieser erreicht wird, soll dieser Zustand über eine längere Zeit therapeutisch genutzt werden können. Daraus resultiert ein umfangreiches Setting, das im ambulanten Umfeld nicht gewährleistet werden kann.

SG Hamburg, Urt. v. 20.12.2021 verurteilte die Bekl., an die Kl. 10.008,85 € nebst Zinsen und eine Aufwandspauschale i.H.v. 300 € zu zahlen. Das *LSG* wies die Berufung zurück.

bb) Gesteigerte Darlegungsanforderungen bei fehlendem Prüfverfahren

SG Schwerin, Gerichtsbescheid v. 10.02.2023 - S 8 KR 80/20

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 12, 39 I, 109 IV 3

RID 23-02-80

Auch **ohne Verwaltungsverfahren** ist das Krankenhaus nicht gehindert, eine **stationäre Behandlung** durchzuführen. Es setzt sich damit lediglich dem (Vergütungs-)Risiko aus, wenn sich im Nachhinein die Notwendigkeit der Behandlung nicht erweist. Für die **Adipositaschirurgie** bzw. Eingriffe in ein gesundes Organ, die einer speziellen Rechtfertigung bedürfen, gilt nichts anderes.

Veranlasst die Krankenkasse **kein Prüfverfahren**, liegt es an ihr, relevante Einwendungen gegen die Behandlung vorzutragen. Aufgrund der Beweiserleichterungen zugunsten des Krankenhauses ergeben sich für die Krankenkasse gesteigerte Darlegungsanforderungen.

Das *SG* verurteilte die Bekl., an die Kl. 7.495,23 € nebst Zinsen zu zahlen.

b) Ambulant durchzuführende Operation

LSG Sachsen, Urteil v. 26.01.2023 - L 9 KR 503/20

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 12 I, 39 I, 115b I

RID 23-02-81

Leitsatz: 1. Handelt es sich bei einer durchgeführten Operation um eine Maßnahme, die der **Kategorie 1 des AOP-Katalogs** zuzuordnen und daher in der Regel **ambulant** durchzuführen ist, vermögen allein medizinische Besonderheiten des Einzelfalls eine vollstationäre Aufnahme bzw. Durchführung der Behandlung zu rechtfertigen.

2. Liegen **keine medizinischen Besonderheiten im Einzelfall** vor, hat das Krankenhaus keinen Anspruch auf Vergütung einer vollstationären Behandlung. Gleiches gilt, wenn die vollstationäre Aufnahme bzw. Durchführung der Behandlung (allein) auf eine unwirtschaftliche Behandlungsplanung des Krankenhauses zurückzuführen ist.

3. Macht das Krankenhaus erstmals im **Berufungsverfahren** - hilfsweise - die Vergütung für eine ambulante Behandlung i.S.e. fiktiven wirtschaftlichen **Alternativverhaltens** geltend, ist es unbillig (§ 197a Abs. 1 SGG i.V.m. § 161 Abs. 2 VwGO), der Krankenkasse auch nur anteilig die **Kosten des Verfahrens** aufzuerlegen. Der Begriff „Alternativverhalten“ (lat. „alter“ und „nascere“ = „aus dem Anderen geboren“) besagt, dass beide Behandlungsformen nicht in einem Verhältnis von „major“ zu „minus“ stehen, sondern dass es sich jeweils um ein „aliud“ handelt.

SG Dresden, Gerichtsbes. v. 08.10.2020 - S 15 KR 184/18 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

c) Behandlung im Schockraum keine Aufnahme in das Krankenhaus

LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 06.02.2023 - L 1 KR 417/21

RID 23-02-82

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 39 I, 109 IV 3; KHEntgG §§ 7, 9; KHG § 17b

Leitsatz: Die im **Schockraum** vorgenommenen medizinischen Maßnahmen und Untersuchungen begründen nicht bereits die Aufnahme in das Krankenhaus. Die Behandlung im Schockraum ist regelmäßig Teil der Notfallbehandlung und der Aufnahme des Patienten in die vollstationäre Versorgung vorgeschaltet. Maßnahmen der ambulanten Notfallbehandlung, wie sie in einem Schockraum typischerweise vorgenommen werden, sind, wenn sich daran keine stationäre Behandlung um erstangegangenen Krankenhaus anschließt, der vertragsärztlichen Versorgung zuzurechnen. Das Vorhandensein einer die Möglichkeit der Lebensgefahr einschließenden Indikation bei dem Patienten und die Verwendung einzelner technischer Apparaturen, die auch in der Intensivmedizin zum Einsatz kommen, geben der Behandlung im Schockraum nicht bereits das Gepräge einer intensivmedizinischen Behandlung mit der Folge einer vollstationären Eingliederung (Anschluss an BSG, Urt. v. 18.05.2021 - B 1 KR 11/20 R - BSGE 132, 137 = SozR 4-2500 § 109 Nr. 85).

Auch wenn die bei der Einlieferung des Patienten in das Krankenhaus bereits erkennbare Schwere der Erkrankung seine **stationäre Behandlung im Anschluss an die Notfallbehandlung** erwarten lässt, genügt dies allein nicht, schon zu diesem frühen Zeitpunkt den Beginn einer stationären Krankenhausbehandlung anzunehmen.

SG Potsdam, Urt. v. 23.09.2021 - S 3 KR 4783/18 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

d) Aufklärungspflicht bei Operationen/Präklusion

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 18.01.2023 - L 4 KR 308/21

RID 23-02-83

Revision anhängig: B 1 KR 6/23 R

www.juris.de

SGB V §§ 39 I, 109 IV 3; KHEntgG §§ 7, 9; KHG § 17b

Handelt es sich um einen Eingriff, von dem nicht bewiesen ist, dass der Nutzen die Risiken übersteigt, so besteht kein medizinischer Grund, auf eine vorherige **Aufklärung des Patienten** zur Durchführung des PFO-Verschlusses zu verzichten. Die ordnungsgemäße Aufklärung über Chancen und Risiken dient im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung auch der Wahrung des Wirtschaftlichkeitsgebots (§ 12 Abs. 1 SGB V) und hat insofern Auswirkungen auf den Vergütungsanspruch des Krankenhauses (vgl. BSG, Urt. v. 19.03.2020 - B 1 KR 20/19 R - BSGE 130, 73 = SozR 4-2500 § 12 Nr. 18, juris Rn. 35; BSG, Urt. v. 08.10.2019 - B 1 KR 3/19 R - BSGE 129, 171 = SozR 4-2500 § 2 Nr. 14, juris Rn. 32; BSG, Urt. v. 08.10.2019 - B 1 KR 4/19 R - SozR 4-2500 § 12 Nr. 16, juris Rn. 32).

Nach dem Wortlaut des § 8 Satz 2 PrüfvV müssen lediglich die **wesentlichen Gründe der Ablehnungsentscheidung** mitgeteilt werden, nicht jedoch alle möglicherweise relevanten Ablehnungsgründe, um eine **Präklusion** zu verhindern. Bei der Anwendbarkeit der Norm des § 8 PrüfvV ist zu berücksichtigen, dass es sich bei der **Aufklärung** eines Patienten vor einer Operation um einen zentralen Punkt einer ärztlichen Behandlung handelt, die auch grundsätzlich **von Amts wegen** zu überprüfen ist. Dies gilt umso mehr vor dem Hintergrund, dass bei einer fehlerhaften Aufklärung nicht nur zivil-, sondern ggf. auch strafrechtliche Konsequenzen für das Krankenhaus bzw. die behandelnden Ärzte drohen.

SG Osnabrück, Urt. v. 21.04.2021 wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

e) Vorzeitige Verlegung

SG Berlin, Urteil v. 27.02.2023 - S 91 KR 2606/20

RID 23-02-84

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 39 I, 69 I 3, 109; BGB § 280 I

Leitsatz: Nach § 17 c Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 KHG hat ein Krankenhausträger durch geeignete Maßnahme darauf hinzuwirken, dass **vorzeitige Verlegungen** aus wirtschaftlichen Gründen unterbleiben. Bei einem Verstoß (hier: nicht ausreichend dokumentierter und begründeter Verlegungswunsch des Versicherten) liegt eine Pflichtverletzung nach § 280 Abs. 1 BGB vor, die zum

Schadensersatzanspruch nach § 69 Abs. 1 Satz 3 SGB V i.V.m. § 280 Abs. 1 BGB in Höhe der verursachten Mehrkosten führt.

Das *SG* wies die Klage ab.

f) Epidural gepulste Radiofrequenztherapie: Qualitätsgebot

SG Dortmund, Urteil v. 21.10.2022 - S 78 KR 1492/20 WA

RID 23-02-85

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 2 I 3, 137c I 2

Im Zeitraum November 2014 bis Juni 2015 bestand jedenfalls kein Konsens einer großen Mehrheit einschlägiger Fachleute über die Zweckmäßigkeit der **epidural gepulsten Radiofrequenztherapie** auf Grundlage von zuverlässigen, wissenschaftlich nachprüfbaren Aussagen. Vielmehr stellt das Grundsatzgutachten des MDS und der SEG 7 des MDK vom 30.06.2017 eine „ins Gewicht fallende Gegenstimme“ in dem genannten Sinne dar. Es mangelt zudem an der erforderlichen Studienlage.

Das *SG* wies die Klage ab.

g) Ausschlussfrist zur Rückzahlung von geleisteten Vergütungen

aa) Rückzahlung der Vergütung: Keine Berufung auf Rückwirkungsverbot

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 18.01.2023 - L 10 KR 173/22 KH

RID 23-02-86

Revision B 1 KR 5/23 R nicht mehr anhängig

www.juris.de

SGB V §§ 4 I, 325; GG Art. 3 I, 20 I 3

Orientierungssatz (juris): 1. Die Geltendmachung von Ansprüchen einer gesetzlichen Krankenkasse auf **Rückzahlung von geleisteten Vergütungen** gegenüber einem Krankenhaus, die vor dem 01.01.2017 entstanden sind und bis zum 09.11.2018 nicht gerichtlich geltend gemacht wurden, ist gem. § 325 SGB V (in der vom 01.01.2019 bis 19.10.2020 geltenden Fassung vom 11.12.2018) ausgeschlossen.

2. Auch wenn § 325 SGB V (i.d.F.v. 11.12.2018) echte Rückwirkung zukommt, kann sich die - nicht unter dem Schutz der Grundrechte stehende - gesetzliche **Krankenkasse** nicht auf das verfassungsrechtliche **Rückwirkungsverbot** berufen.

3. Da § 325 SGB V (i.d.F.v. 11.12.2018) im Ausgangspunkt zumindest nachvollziehbare Erwägungen des Gesetzgebers zu Grunde liegen, ist auch das (als objektives Rechtsprinzip auch zugunsten von nicht grundrechtsfähigen öffentlich-rechtlichen Körperschaften geltende) **Willkürverbot** nicht verletzt.

Vorausgehend: *SG Köln*, Gerichtsbb. v. 23.11.2020 - S 9 KR 1188/19 -.

bb) Ausschlussfrist auch für Aufrechnung

LSG Hessen, Urteil v. 16.03.2023 - L 8 KR 247/20

RID 23-02-87

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V a.F. §§ 109 IV 3, V, 325; SGB I § 45

Leitsatz: Die „gerichtliche Geltendmachung“ in § 325 SGB V a.F. umfasst jede Form der Rechtsdurchsetzung, sowohl aktiv als auch passiv, und damit nicht nur die gerichtliche Klageerhebung, sondern auch die **Aufrechnung**.

Der **Ausschlusswirkung** des § 325 SGB V a.F. steht nicht entgegen, dass diese Vorschrift erst am 1. Januar 2019 in Kraft getreten ist und damit zum Zeitpunkt der streitgegenständlichen Aufrechnung noch nicht galt.

Der Anwendung des § 325 SGB V a.F. stehen vorliegend auch keine **verfassungsrechtlichen Bedenken** entgegen.

Zum Einwand mangelnden **wirtschaftlichen Alternativverhaltens** aufgrund der nicht angewandten Beurlaubungsregelung.

SG Marburg, Gerichtsbb. v. 31.07.2020 - S 14 KR 154/19 - RID 20-03-121 wies die Klage ab, das *LSG* verurteilte die Bekl., an die Kl. 2.598,26 € nebst Zinsen zu zahlen.

h) Nachweis der Versicherungspflicht eines Patienten

SG Berlin, Urteil v. 26.04.2023 - S 223 KR 1921/20

RID 23-02-88

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 5 I Nr. 13, 39 I, 109 IV 3

Leitsatz: 1. Kann im Rahmen eines Krankenhausvergütungsstreits zwischen einem Krankenhaus und einer Krankenkasse das Vorliegen der Voraussetzungen der **Versicherungspflicht** eines Patienten nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V nicht abschließend festgestellt werden, greifen die Grundsätze des **Anscheinsbeweises** und der **Beweislastumkehr zu Lasten der Krankenkasse**.

2. Die **Versicherungspflicht** nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V tritt unabhängig von einer Anzeige oder dem Mitwirken der Versicherten kraft Gesetzes ein.

Das SG verurteilte die Bekl., an die Kl. 4.105,06 € nebst Zinsen zu zahlen.

2. Prüfvereinbarung

a) Präklusionswirkung

aa) Pauschale Unterlagenanforderung: Besondere Umstände

LSG Sachsen, Urteil v. 07.02.2023 - L 9 KR 333/20

RID 23-02-89

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
PrüfvV 2014 § 7 II; KHG § 17c; SGB V § 39 I 2

Leitsatz: 1. Die **materielle Präklusionswirkung** gem. § 7 Abs. 2 PrüfvV 2014 setzt grundsätzlich voraus, dass der **MDK** im Rahmen eines ordnungsgemäßen Prüfverfahrens **konkret bezeichnete Unterlagen anfordert**, die das Krankenhaus nicht innerhalb der vorgesehenen Frist an den MDK vorlegt. Eine pauschale Anforderung „sämtlicher prüfungsrelevanter Unterlagen“ kann die Rechtsfolge des § 7 Abs. 2 PrüfvV für sich genommen nicht auslösen.

2. Dies besagt jedoch nicht, dass die Präklusionswirkung bei **pauschaler Unterlagenanforderung** von vornherein ausgeschlossen ist. Vielmehr können zu der pauschalen Unterlagenanforderung **besondere Umstände** des Einzelfalls hinzutreten, die unter Berücksichtigung von Sinn und Zweck der Regelung in § 7 Abs. 2 PrüfvV gleichwohl die Präklusionswirkung auszulösen vermögen.

3. Derartige besondere Umstände des Einzelfalls liegen u.a. vor, wenn die den Vergütungsanspruch des Krankenhauses begründende **Unterlage erst nach Unterlagenanforderung** und Gutachtenserstellung seitens des MDK durch das Krankenhaus **erstellt** wird.

SG Dresden, Gerichtsbb. v. 25.05.2020 - S 15 KR 2091/19 - wies die Klage ab, dass *LSG* die Berufung zurück.

bb) Fehlende Anforderung der konkreten Unterlagen durch MDK

SG Detmold, Urteil v. 07.02.2023 - S 32 KR 70/21

RID 23-02-90

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
PrüfvV 2016 § 7 II

Dem MDK erst im gerichtlichen Verfahren zur Verfügung gestellte Unterlagen, die die Erforderlichkeit der vollstationären Behandlung begründen, sind nicht gem. § 7 Abs. 2 PrüfvV 2016 **präkludiert**, wenn der MDK die **konkreten Unterlagen nicht angefordert** hat.

Das SG verurteilte die Bekl., an die Kl. 1.399,77 € zzgl. Zinsen zu zahlen.

cc) Keine Präklusion im sog. Begehungsverfahren

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 01.02.2023 - L 10 KR 32/22 KH

RID 23-02-91

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 22/23 B
www.juris.de
PrüfvV 2016 § 7 II

Findet die MDK-Prüfung im sog. **Begehungsverfahren vor Ort** statt, kann von vornherein keine **Präklusion** eintreten. Eine solche sieht § 7 Abs. 2 S. 6 PrüfvV 2016 nur für die Prüfung im schriftlichen Verfahren vor. Dies ergibt sich zweifelsfrei aus dem Wortlaut des § 7 Abs. 2 S. 6 PrüfvV 2016 („Sind die Unterlagen dem MDK nicht fristgerecht zugegangen [...]“) und dessen systematischem Zusammenhang mit § 7 Abs. 2 S. 2 bis 5 PrüfvV 2016, die die Prüfung im schriftlichen Verfahren und dabei insb. die Anforderung und Übersendung von Unterlagen regeln (so zu § 7 Abs. 2 S. 2 bis 4 PrüfvV

2014 bereits BSG, Urt. v. 18.05.2021 - B 1 KR 32/20 R - BSGE 132, 143 = SozR 4-2500 § 275 Nr. 33 Rn. 15; LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 17.12.2020 - L 16 KR 238/19 - juris Rn 37 f., RID 22-01-136). Eine **analoge Anwendung** des § 7 Abs. 2 S. 6 PrüfV 2016 scheidet aus.

SG Duisburg, Urt. v. 06.12.2021 - S 60 KR 1322/20 - verurteilte die Bekl., an die Kl. 6.367,91 € nebst Zinsen zu zahlen. Das **LSG** wies die Berufung zurück.

b) Ablauf der Ausschlussfrist/Prüfung des MDK im Verhältnis zum Versicherten

SG Itzehoe, Gerichtsbescheid v. 31.01.2023 - S 26 KR 106/19

RID 23-02-92

www.juris.de

SGB V a.F. § 275 I c 2

Nach **Ablauf der Ausschlussfrist** des § 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V a.F. sind Krankenkasse und MDK bei einzelfallbezogenen Abrechnungsprüfungen auf die **Daten beschränkt**, die das Krankenhaus der Krankenkasse im Rahmen seiner Informationsobliegenheiten bei der Krankenhausaufnahme und zur Abrechnung - deren vollständige Erfüllung vorausgesetzt - jeweils zur Verfügung gestellt hat (BSG, Urt. v. 16.05.2012 - B 3 KR 14/11 R - BSGE 111, 58 = SozR 4-2500 § 109 Nr. 24, juris Rn. 17).

Die **Prüfung des MDK im Verwaltungsverhältnis mit dem Versicherten** kann die MDK-Prüfung im Abrechnungsverhältnis zwischen Krankenkasse und Krankenhaus nicht ersetzen. Das Fehlen einer Kostenübernahmeerklärung (Kostenzusage) der Krankenkasse ist im Verhältnis der Leistungserbringerin zur Krankenkasse unschädlich und steht dem Vergütungsanspruch daher nicht entgegen.

Allein der Einwand gegen eine **bariatrische Operation**, dass eine leitliniengerechte **konservative Therapie** nach multimodalem Konzept noch nicht durchgeführt worden ist, reicht nicht aus. Unterbleibt eine fristgemäße Abrechnungsprüfung durch den MDK, 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. 7.258,51 € zzgl. zu zahlen, und wies im Übrigen die Klage ab.

3. Fallpauschalen

a) Hauptdiagnose trotz erst späterer Feststellung

LSG Thüringen, Urteil v. 26.08.2021 - L 6 KR 421/18

RID 23-02-93

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 25/22 R

www.juris.de

SGB V §§ 39, 109 IV 3; KHEntgG § 6 I; KHG § 17b I 10

Nach BSG, Urt. v. 05.07.2016 - B 1 KR 40/15 R - SozR 4-2500 § 109 Nr. 58 ist für die **Hauptdiagnose** nach Nr D002f DKR 2013 entscheidend der Zeitpunkt der Krankenhausaufnahme und die zu diesem Zeitpunkt bestehende(n) Diagnose(n), die ggf. auch erst „nach Analyse“ benannt werden können, und deren stationäre Behandlungsbedürftigkeit. Liegen **mehrere Diagnosen** vor, die stationärer Behandlung bedürfen, ist dann als Hauptdiagnose die Diagnose mit dem höheren **Ressourcenverbrauch** zu kodieren. Dabei ist es unerheblich, dass diese **Erkrankung erst später** - also erst nach bereits erfolgter Krankenhausaufnahme - als weitere stationär behandlungsbedürftige Erkrankung diagnostiziert wird. Eine Aortenklappenstenose entwickelt sich langsam (über Jahre), sie ist von ihrer Ätiologie her keine Erkrankung, die innerhalb von zwei Wochen (nach der Aufnahme bis zur Aufnahme und Diagnosestellung in der kardiologischen Abteilung im Krankenhaus) entstanden ist.

SG Gotha, Urt. v. 15.02.2018 - S 9 KR 3024/16 - verurteilte die Bekl., an die Kl. einen Betrag in Höhe von 20.026,18 € nebst Zinsen zu zahlen. Das **LSG** wies die Berufung zurück.

b) Kodierung von Zusatz-Kodes bei Wiedereröffnung eines Operationsgebietes

SG Schwerin, Urteil v. 25.01.2023 - S 8 KR 181/21

RID 23-02-94

www.juris.de

SGB V §§ 39, 109 IV 3; KHEntgG § 6 I; KHG § 17b I 10

Leitsatz: Nach der zwingenden Binnensystematik der DKR P013k (dazu: BSG, Beschl. v. 24.08.2022 - B 1 KR 80/21 B - juris Rn. 11) ist zunächst zu prüfen, ob die Operation im OPS durch einen **spezifischen Kode** im betreffenden Organkapitel kodiert werden kann. Nur wenn es keinen spezifischen Kode gibt, ist die durchgeführte Operation (Primärkode) zusammen mit einem Zusatzkode für die **Reoperation/Revisionsoperation** anzugeben.

Der nach den DKR vorrangige spezifische Kode liegt mit dem **OPS-Kode 5-395.73** vor, weil er alle Informationen zu der Operation enthält, einschließlich des Umstandes eines erneuten Eingriffs nach vorausgegangener Gefäßoperation an derselben Stelle. Es reicht aus, dass die Wiedereröffnung des Operationsgebietes nicht wörtlich, aber inhaltlich aus der Leistungsbeschreibung hervorgeht (vgl. die in den DKR 013k in diesem Zusammenhang angeführten Beispiele: OPS 5-289.1 <Operative Blutstillung nach Tonsillektomie> oder 5-821.12 <Wechsel einer Femurkopfprothese in Totalendoprothese, nicht zementiert>).

Das **SG** wies die Klage ab.

c) Behandlung mit Cytosorb nach Herzoperation mit septischem Schock

SG Detmold, Urteil v. 21.03.2023 - S 32 KR 2389/19

RID 23-02-95

Berufung anhängig: LSG Nordrhein-Westfalen - L 16 KR 38723 KH -

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 2 I, Ia, 39 I, 109 IV 3; KHEntgG §§ 7, 9; KHG § 17b

Unter Berücksichtigung **verfassungsrechtlicher Maßstäbe** kann einem lebensbedrohlich erkrankten Versicherten in einer **Notstandssituation** (hier: septischer Schock nach Herzoperation mit schweren Komplikationen), bei dem bereits alle zur Verfügung stehenden Behandlungsmaßnahmen (erfolglos) ausgeschöpft wurden, die zusätzliche Behandlung mit einer **weiteren, erfolgversprechenden Behandlungsmethode** nicht verwehrt werden (hier: Behandlung mit Cytosorb).

Das **SG** verurteilte die Bekl., an die Kl. 6.537,65 € nebst Zinsen zu zahlen.

d) Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls

aa) 6-stündliche Überwachung

SG Nürnberg, Urteil v. 12.07.2022 - S 7 KR 931/21

RID 23-02-96

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 39, 109 IV 3; KHEntgG § 6 I; KHG § 17b I 10

Das Mindestmerkmal einer „**6-stündlichen (außer nachts) Überwachung und Dokumentation des neurologischen Befundes**“ im Rahmen der OPS 8-981 („Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls“) erfordert nicht die **Erhebung des neurologischen Befundes unter Verwendung eines standardisierten Verfahrens** (z.B. des NHISS). Es ist nicht ersichtlich, dass der Verzicht auf die Erhebung bestimmter Einzelbefunde (hier: Sensibilität und Fazialisparese) den Regeln ärztlicher Kunst widersprechen würde.

Das **SG** verurteilte die Bekl., an die Kl. 2.499,23 € nebst Zinsen zu zahlen.

bb) Transport

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 31.01.2023 - L 11 KR 331/21

RID 23-02-97

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 39, 109 IV 3; KHEntgG § 6 I; KHG § 17b I 10

Leitsatz: Der OPS 8-98b (Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls) in der Fassung der Corrigenda des DIMDI zum OPS 2019 setzt voraus, dass der **Transport** unter Verwendung des schnellstmöglichen Transportmittels innerhalb von 30 Minuten rund um die Uhr, d.h. auch nach Sonnenuntergang und in der Nacht, im Regelfall tatsächlich machbar und möglich sein muss. Mit einem Transportmittel (hier **Hubschrauber**), das nach den tatsächlichen Gegebenheiten des Rettungswesens und den normativen Vorgaben des Rettungsdienstgesetzes Baden-Württemberg grundsätzlich bzw. im Regelfall während der Nacht nicht zum Einsatz kommt, kann ein unmittelbarer Zugang nicht erreicht werden.

SG Ulm, Urt. v. 17.12.2022 - S 13 KR 3353/18 - verurteilte die bekl. Krankenhausträgerin, an die kl. Krankenkasse 868,33 € nebst Zinsen zu zahlen. Das *LSG* wies die Berufung zurück.

e) Kodierung einer Anämie multifaktorieller Genese

aa) DKR 2012

LSG Mecklenburg-Vorpommern, Urteil v. 24.11.2022 - L 6 KR 31/19

RID 23-02-98

www.juris.de

SGB V §§ 39, 109 IV 3; KHEntgG § 6 I; KHG § 17b I 10

Leitsatz: Zur Kodierung einer Anämie multifaktorieller Genese (DKR 2012).

bb) DKR 2015

LSG Mecklenburg-Vorpommern, Urteil v. 10.11.2022 - L 6 KR 32/19

RID 23-02-99

www.juris.de

SGB V §§ 39, 109 IV 3; KHEntgG § 6 I; KHG § 17b I 10

Leitsatz: Zur **Kodierung einer Anämie multifaktorieller Genese** (DKR 2015).

SG Stralsund, Urt. v. 01.03.2019 - S 3 KR 145/16 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

4. Aufschlagszahlung nach § 275c Abs. 3 SGB V

a) Anhörung/Datum der leistungsrechtlichen Entscheidung unerheblich

SG Duisburg, Urteil v. 08.02.2023 - S 17 KR 2475/22 KH

RID 23-02-100

www.juris.de

SGB V § 275c

Vor Erlass eines Bescheids nach § 275c Abs. 3 SGB V ist ein **Anhörungsverfahren** nach § 24 SGB X durchzuführen. Wird das Vorbringen des Krankenhausträgers im Widerspruchsbescheid nicht hinreichend gewürdigt, wird die fehlende Anhörung nicht im Widerspruchsverfahren geheilt.

Zeitlicher Anknüpfungspunkt für die Anwendbarkeit des § 275 Abs. 3 SGB V kann jedenfalls nicht die im Jahre 2022 ergangene **leistungsrechtliche Entscheidung** der Krankenkasse nach § 8 PrüfvV sein.

Das *SG* hob den angefochtenen Bescheid auf.

S. bereits *SG Duisburg*, Urt. v. 19.12.2022 - S 17 KR 1434/22 KH - RID 23-01-114.

Parallelverfahren:

SG Duisburg, Urteil v. 30.01.2023 - S 17 KR 2252/22 KH

RID 23-02-101

www.juris.de

SG Duisburg, Urteil v. 30.01.2023 - S 17 KR 2238/22 KH

RID 23-02-102

www.juris.de

SG Duisburg, Urteil v. 30.01.2023 - S 17 KR 2218/22 KH

RID 23-02-103

www.juris.de

SG Duisburg, Urteil v. 30.01.2023 - S 17 KR 2099/22 KH

RID 23-02-104

www.juris.de

SG Duisburg, Urteil v. 30.01.2023 - S 17 KR 2092/22 KH

RID 23-02-105

www.juris.de

b) Begründung/Anhörung/Einleitung einer Prüfung maßgeblich

SG Düsseldorf, Urteil v. 12.01.2023 - S 30 KR 1413/22 KH

RID 23-02-106

Sprungrevision anhängig: B 1 KR 9/23 R
www.juris.de
SGB V § 275c III

Ein Bescheid nach § 275c Abs. 3 SGB V ist zu **begründen** (§ 35 SGB X).

Vor Erlass eines Bescheids nach § 275c Abs. 3 SGB V ist ein **Anhörungsverfahren** nach § 24 SGB X durchzuführen. Fehlt es an einer Begründung des Bescheids, wird die fehlende Anhörung nicht im Widerspruchsverfahren geheilt.

Ein Aufschlag kann in rechtmäßiger Weise nur für solche Behandlungsfälle erhoben werden, die die **Einleitung einer Prüfung** durch die Krankenkasse ab dem Kalenderjahr 2022 zum Gegenstand haben. Indem man auf den Zeitpunkt der Einleitung der Prüfung (bzw. bis zum 22.09.2020 auf den Eingang der Schlussrechnung) durch die Krankenkasse abstellt, ist dem Problem der „willkürlichen Steuerung“ der Entstehung des Aufschlagsbetrags auch Einhalt geboten.

Das *SG* hob den angefochtenen Bescheid auf.

Parallelverfahren:

SG Düsseldorf, Urteil v. 12.01.2023 - S 30 KR 1356/22 KH

RID 23-02-107

Sprungrevision anhängig: B 1 KR 8/23 R
www.juris.de

c) Anhörung und „Gleichartigkeit“ der Bescheide/Leistungsrechtliche Entscheidung unerheblich

SG Duisburg, Urteil v. 15.03.2023 - S 46 KR 2211/22 KH

RID 23-02-108

www.juris.de
SGB V § 275c

Vor Erlass eines Bescheids nach § 275c Abs. 3 SGB V ist ein **Anhörungsverfahren** nach § 24 SGB X durchzuführen. Für ein ausnahmsweises Absehen von der Anhörung nach § 24 Abs. 2 Nr. 4 SGB X fehlt es an der „**Gleichartigkeit**“ der **Bescheide**. Es handelt sich nicht um schematische Entscheidungen, da die Festsetzung anhand individueller Umstände des konkreten Abrechnungsfalls erfolgt. Hinsichtlich des „Ob“ einer Aufschlagszahlung ist der krankenhausindividuelle Anteil unbeanstandeter Abrechnungen maßgeblich. Eine Frist zur Nachholung der Anhörung muss nach Maßgabe des jeweiligen Einzelfalls so bemessen sein, dass den Beteiligten ausreichend Zeit zur Einholung von rechtlichem oder medizinischem Rat sowie zur schriftlichen Abfassung einer Stellungnahme bleibt. Eine Frist von zwei Wochen ist dabei als Mindestzeitraum anzusehen (BSG, Urt. v. 06.08.1992 - 8/5a RKnU 1/87 - BSGE 71, 104 = SozR 3-1300 § 24 Nr. 7). Eine Frist von zwei Tagen bis zu einer gerichtlichen mündlichen Verhandlung ist unzureichend.

Zeitlicher Anknüpfungspunkt für die Anwendbarkeit des § 275 Abs. 3 SGB V kann jedenfalls nicht die im Jahre 2022 ergangene **leistungsrechtliche Entscheidung** der Krankenkasse nach § 8 PrüfV sein.

Das *SG* hob den angefochtenen Bescheid auf.

d) Anhörung/Begründung/Zeitpunkt der Krankenhausaufnahme maßgeblich

SG Düsseldorf, Urteil v. 02.02.2023 - S 15 KR 2741/22 KH

RID 23-02-109

www.juris.de
SGB V § 275c

Vor Erlass eines Bescheids nach § 275c Abs. 3 SGB V ist ein **Anhörungsverfahren** nach § 24 SGB X durchzuführen. Wird das Vorbringen des Krankenhausträgers im Widerspruchsbescheid nicht hinreichend gewürdigt, wird die fehlende Anhörung nicht im Widerspruchsverfahren geheilt.

Ein Bescheid nach § 275c Abs. 3 SGB V ist zu **begründen** (§ 35 SGB X).

Der Begriff „ab dem Jahr 2022“ in § 275c Abs. 3 S. 1 SGB V für die Erhebung des Strafaufschlages stellt auf den **Zeitpunkt der Krankenhausaufnahme** ab.

Die Beteiligten streiten um die Festsetzung einer Aufschlagszahlung nach § 275c Abs. 3 SGB V für einen Behandlungsfall aus dem Jahre 2021. Das *SG* hob den angefochtenen Bescheid auf.

S. auch bereits SG Düsseldorf, Urt. v. 16.11.2022 - S 15 KR 1311/22 KH - RID 23-01-115.

Parallelverfahren:

- SG Düsseldorf, Urteil v. 02.02.2023 - S 15 KR 1862/22 KH** RID 23-02-110
Berufung zugelassen
www.juris.de
- SG Düsseldorf, Urteil v. 02.02.2023 - S 15 KR 1798/22 KH** RID 23-02-111
Berufung zugelassen
www.juris.de
- SG Düsseldorf, Urteil v. 13.04.2023 - S 15 KR 251/23 KH** RID 23-02-112
www.juris.de

e) Zeitpunkt der Krankenhausaufnahme maßgebend

- SG Köln, Urteil v. 27.01.2023 - S 24 KR 751/22 KH** RID 23-02-113
www.juris.de
SGB V § 275c III

Der Begriff „ab dem Jahr 2022“ in § 275c Abs. 3 S. 1 SGB V für die Erhebung des Strafaufschlages stellt auf den **Zeitpunkt der Krankenhausaufnahme** ab (vgl. SG Düsseldorf, Urt. v. 16.11.2022 - S 15 KR 1311/22 KH - RID 23-01-115).

Das *SG* hob den angefochtenen Bescheid auf.

f) Stationären Aufnahme in das Krankenhaus maßgebend

- SG Aachen, Urteil v. 20.12.2022 - S 13 KR 309/22 KH** RID 23-02-114
www.juris.de
SGB V § 275c III

Für die zeitliche Anwendbarkeit der Aufschlagsregelung kommt es auf den **Zeitpunkt des Behandlungsfalles** bzw. der stationären Aufnahme in das Krankenhaus an.

Das *SG* hob den angefochtenen Bescheid auf.

g) Begründung/Datum der Krankenhausaufnahme als maßgeblicher Zeitpunkt

- SG Hamburg, Urteil v. 17.04.2023 - S 56 KR 2370/22** RID 23-02-115
www.juris.de
SGB V § 275c III

Wird weder die Prüfquote des Krankenhauses noch die Differenz zwischen dem ursprünglichen und dem geminderten Rechnungsbetrag genannt, fehlt es an einer ausreichenden **Begründung**. Ohne diese Angaben kann unter Anwendung des § 275c Abs. 2 und 3 SGB V nicht ermittelt werden, in welcher Höhe der Aufschlag festzusetzen ist. Für das Verständnis des Bescheids sind daher noch Informationen erforderlich, die sich nicht aus dem Bescheid selbst ergeben.

Aus der Auslegung des § 275c Abs. 3 SGB V ergibt sich, dass auf das **Datum der Krankenhausaufnahme als maßgeblichen Zeitpunkt** abzustellen ist.

Das *SG* verurteilte die Bekl., an die Kl. 1.358,03 € nebst Zinsen zu zahlen.

h) Aufnahme im Krankenhaus ab 2020/Abgeschlossene Prüffälle

- SG Kassel, Urteil v. 27.03.2023 - S 14 KR 221/22** RID 23-02-116
Sprungrevision anhängig: B 1 KR 11/23 R
www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 275 III

Leitsatz: Die Aufschlagsregelung des § 275c Abs. 3 SGB V ist auf alle **Prüffälle** anwendbar, die nach dem 01.01.2022 abgeschlossen wurden, jedenfalls soweit die **Aufnahme im Krankenhaus** ab dem 01.01.2020 erfolgte.

Das *SG* wies die Klage ab.

i) Keine Aufrechnung mit Aufschlagsforderung

SG Düsseldorf, Urteil v. 02.02.2023 - S 15 KR 344/23 KH

RID 23-02-117

www.juris.de
SGB V § 275c III

Das **Aufrechnungsverbot** gem. § 109 Abs. 6 SGB V ist nicht anwendbar, wenn der Vergütungsanspruch nicht mit einem Erstattungsanspruch der Krankenkasse aufgerechnet wird. Die Aufschlagsforderung ist keine Rückforderung i.S.d. § 109 Abs. 6 S. 1 SGB V. Vielmehr handelt es sich bei der Aufschlagsforderung um eine Sanktionsmaßnahme des Krankenhauses, die funktionell der Aufwandspauschale entspricht.

§ 15 Abs. 4 Satz 2 **Landesvertrag** normiert ausdrücklich ein **Aufrechnungsverbot** bei Rechnungsbeanstandungen sachlicher Art und konkludent ein Aufrechnungsverbot für alle Fälle, in denen der Landesvertrag eine Aufrechnung nicht explizit zulässt (u.a. LSG NRW, Urt. v. 06.12.2016 - L 1 KR 358/15 - juris Rn. 46 m.w.N., RID 17-01-145). Mangels Ausschlussgründen greift das landesvertragliche Aufrechnungsverbot bzgl. einer Aufschlagsforderung. Dem Aufrechnungsverbot aus dem Landesvertrag steht § 9 PrüfvV nicht entgegen.

Das **SG** verurteilte die Bekl., an die Kl. 300 € nebst Zinsen zu zahlen.
S. bereits SG Düsseldorf, Urt. v. 04.10.2022 - S 15 KR 1185/22 KH - RID 23-01-118.

5. BVerfG/Rückwirkende Ermächtigung des DIMDI: Unzulässiger Vorlagebeschluss

BVerfG, 1. Sen. 2. Ka., Beschluss v. 24.01.2023 - 1 BvL 11/20

RID 23-02-118

www.juris.de
SGB V § 301 II 4; GG Art. 20 II u. III, 87 III, 100 I

Die Vorlage SG München, Beschl. v. 25.06.2020 - S 12 KR 1865/18 - RID 20-03-103 ist **unzulässig**. Die **Entscheidungserheblichkeit** der Vorlagefragen ist nicht ausreichend dargetan.

6. Verfahrensrecht

a) Einseitige Erledigungserklärung nach Zahlung der Klageforderung

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 21.12.2022 - L 4 KR 180/21

RID 23-02-119

Revision anhängig: B 1 KR 2/23 R
www.juris.de
SGG § 197a; VwGO § 161 II

Eine Krankenhausträgerin ist nach **Zahlung der Klageforderung** durch die bekl. Krankenkasse nicht genötigt, die Klage zurückzunehmen, was für sie mit der Kostenlast gemäß § 197a SGG verbunden wäre. Sie ist auch nicht auf die von einem besonderen Feststellungsinteresse abhängige Umstellung ihres Klageantrages auf eine Fortsetzungsfeststellungsklage gemäß § 131 SGG beschränkt. Vielmehr eröffnet ihr das Prozessrecht die Möglichkeit, den Rechtsstreit in der Hauptsache **für erledigt zu erklären**. Die Wirksamkeit dieser Erklärung hängt nicht davon ab, dass die Klage ursprünglich zulässig und begründet war. Widerspricht die Bekl., so wird der Rechtsstreit fortgesetzt. Allerdings hat das Gericht entsprechend dem Begehren der Kl. grundsätzlich nur noch die Frage zu prüfen, ob sich das ursprüngliche Klagebegehren durch ein nach Klageerhebung eingetretenes Ereignis außerhalb des Prozesses erledigt hat. Dabei ist die Umstellung vom ursprünglichen Klageantrag auf den Antrag, die Erledigung des Rechtsstreits in der Hauptsache auszusprechen, von den für Klageänderungen geltenden einschränkenden Voraussetzungen freigestellt.

SG Braunschweig, Urt. v. 05.03.2021 - S 54 KR 621/19 - stellte fest, dass sich der Rechtsstreit betreffend den Zahlungsanspruch aus der Behandlung des Versicherten im Krankenhaus der Kl. v. 02.08.2018 bis zum 06.08.2018 dadurch erledigt hat, dass die Bekl. die Klagehauptforderung gezahlt hat. Das **LSG** wies die Berufung der Bekl. zurück.

b) Keine Fortführung des Rechtsstreits nach Zahlung der Vergütung

SG Magdeburg, Urteil v. 17.02.2023 - S 34 KR 1447/18

RID 23-02-120

www.juris.de

SGB V § 108; SGG §§ 54 V, 55, 99, 113

Leitsatz: 1. Bei einem Streit über Krankenhausvergütung ohne kostenprivilegierte Beteiligte ist eine **Feststellungsklage** zulässig und ggf. begründet, wenn sich die zunächst zulässige und begründete **Leistungsklage nur einseitig erledigt** hat und es zur Beendigung einer entsprechenden Feststellung durch das Gericht bedarf (vgl. BSG, Urt. v. 09.04.2019 - B 1 KR 3/18 R - BSGE 128, 54 = SozR 4-1780 § 161 Nr. 3).

2. Ein **berechtigtes Interesse** an einer Feststellung ist zu verneinen, wenn die Beteiligten jeweils für sich die Erledigung der Hauptsache durch Zahlung der geltend gemachten Klageforderung festgestellt haben und die Klägerin als zugelassenes Krankenhaus das Klagebegehren sodann auf die Feststellung richtet, die ursprüngliche Leistungsklage sei zulässig und begründet gewesen. Ein „**Rechtbehaltenwollen**“, ohne dass für einen medizinischen Einzelfall allgemeine Rechtsfragen zu klären waren, sieht das Sozialgerichtsgesetz nicht vor.

Die Kl. begehrt nach Zahlung der vormals streitigen Vergütung einer stationären Krankenhausbehandlung die Feststellung der Zulässigkeit und Begründetheit der ursprünglichen Klage. Das SG wies die Klage ab.

VIII. Beziehungen zu Leistungserbringern und Arzneimittelherstellern

Nach BSG, Urt. v. 22.02.2023 - **B 3 KR 13/21 R** - darf eine Krankenkasse über die Auszahlung des **Sicherstellungszuschlags für Hebammen nicht durch Verwaltungsakt** entscheiden. **Zahlungen Dritter sind auf ihn nicht anzurechnen**. Hat der Gesetzgeber **Schiedsstellen** zur Klärung von Streitfragen zwischen den Vertragsbeteiligten eingerichtet - wie hier auch -, obliegt die Auflösung des Streits zunächst diesen, bevor Sozialgerichte angerufen werden können. Auch wenn keine solche Schiedsregelung getroffen ist, kann von äußersten Grenzen abgesehen nach der Senatspr. im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung keine Seite eine gerichtliche Entscheidung über die angemessene Vergütung beanspruchen. Dass hier eine Ausnahme geboten wäre, ist nicht zu erkennen. Nach BSG, Urt. v. 22.02.2023 - **B 3 KR 7/21 R** - sind **ungenutzte Teilmengen zytostatikahaltiger Arzneimittelzubereitungen** als sog. **Verwurf** gesondert zu **vergüten**, wenn diese nicht innerhalb von 24 Stunden in weiteren Rezepturen verwendet werden konnten und wirkstoffbezogene Sonderregelungen nicht vorgehen. Nach BSG, Urt. v. 22.02.2023 - **B 3 KR 14/21 R** - ist der **Nutzenbewertungsbeschluss** des beigel. GBA jedenfalls deshalb als rechtswidrig und daher unwirksam zu beanstanden, weil über eine Nutzenbewertung von Rapiscan® wegen dessen **Solistenstellung im neuen Anwendungsgebiet** nicht zu beschließen war. Für eine Nutzenbewertung, die mangels einer heranziehbarer Vergleichstherapie im Anwendungsgebiet nicht auf die vergleichende Bewertung eines Zusatznutzens zielen kann, bietet § 35a SGB V keine Rechtsgrundlage. Mangels Grundlage für eine Erstattungsbetragsfestsetzung ist daher auch der **Schiedspruch** der bekl. Schiedsstelle rechtswidrig und aufzuheben. Nach BSG, Urt. v. 22.02.2023 - **B 3 KR 6/21 R** - hat die bekl. **Schiedsstelle** den **Erstattungsbetrag** auf der Grundlage des **Nutzenbewertungsbeschlusses** des beigel. GBA bzgl. Teriflunomid (Aubagio®) beanstandungsfrei festgesetzt. BSG, Urt. v. 12.08.2021 - B 3 KR 3/20 R - BSGE 133,1 = SozR 4-2500 § 130b Nr. 5 hat in einem insoweit gleichgelagerten Fall bereits entschieden, dass der beigel. GKV-Spitzenverband die Entwicklung des Preisniveaus von erstattungsfähigen Arzneimitteln auf dem Markt zu beobachten hat, um auf der Grundlage der frühen medizinischen Nutzenbewertung des GBA rechtskonforme und marktgerechte Erstattungsbeträge zu verhandeln; treten nach einer frühen Nutzenbewertung eines Arzneimittels ohne Zusatznutzen und ohne Festbetragsgruppe kostengünstigere vergleichbare Arzneimittel auf dem Arzneimittelmarkt hinzu, so ergibt sich die Notwendigkeit einer Anpassung des Erstattungsbetrags aus der gesetzlichen Preisobergrenze der zweckmäßigen Vergleichstherapie, bei mehreren Alternativen aus der wirtschaftlichsten Alternative; hieran hält der Senat nach erneuter Überprüfung fest. Soweit die Kl. zudem rügt, die Schiedsstelle habe unter Verstoß gegen ihre Amtsermittlungspflicht für Teilzeiträume zu geringe Erstattungsbeträge festgesetzt, kann sie damit nicht durchdringen, weil sie die **Rüge unzureichender Amtsermittlung bereits im Schiedsverfahren** hätte erheben können und müssen.

1. Apotheken

a) Konkurrentenklage einer KV: Erbringung pharmazeutischer Dienstleistungen durch Apotheken

LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 15.12.2022 - L 4 KR 290/22 KL ER

RID 23-02-121

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 129; SGG § 86b I 1 Nr. 2

Da eine KV nicht am **Schiedsverfahren** nach § 129 Abs. 7 SGB V beteiligt ist, wirkt der Schiedspruch ihr gegenüber allenfalls normativ. Daher ist nicht nur ihre **Anfechtungsklage**, sondern auch der Antrag auf Anordnung der aufschiebenden Wirkung unstatthaft.

Eine KV kann sich nicht auf die **Gesundheitsgefährdung von Patienten** berufen.

Die KV hat keine konkreten Umstände dargetan, die es glaubhaft machen, dass ihr das Zuwarten bis zu einer Entscheidung des Senats in der Hauptsache nicht zumutbar wäre. Die KV sieht ihren **Sicherstellungsauftrag** dadurch gefährdet, dass § 129 Abs. 5e SGB V Apotheken die Befugnis zur Erbringung pharmazeutischer Dienstleistungen gegenüber Versicherten verleiht, der Schiedsspruch diese Dienstleistungen konkretisiert und hierdurch für ihre Mitglieder „Konkurrenz“ im Bereich bislang ausschließlich Vertragsärzten vorbehaltenen Leistungen entsteht. Allerdings tangiert nicht bereits jede noch so geringe „Konkurrenz“ den Sicherstellungsauftrag der KV.

Die ast. KV begehrt einstweiligen Rechtsschutz gegen einen Schiedsspruch der (gemeinsamen) Schiedsstelle nach § 129 SGB V. Die Schiedsstelle entschied in einem Schiedsverfahren zwischen dem Deutschen Apothekerverband e.V. (Beigel. zu 1) und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen (Beigel. zu 2) über fünf pharmazeutische Dienstleistungen nach § 129 Abs. 5e SGB V, die Anforderungen an deren Erbringung sowie deren Vergütung. Die im Schiedsspruch vorgesehenen Dienstleistungen werden als Anhang zu Anl. 11 des zwischen den Schiedsparteien geschlossenen Rahmenvertrags nach § 129 Abs. 2 SGB V geführt und als „Erweiterte Medikationsberatung bei Polymedikation“, „Pharmazeutische Betreuung von Organtransplantierten“, „Pharmazeutische Betreuung bei oraler Antitumortherapie“, „Erweiterte Einweisung in die korrekte Arzneimittelanwendung mit Üben der Inhalationstechnik“ und „Standardisierte Risikoerfassung hoher Blutdruck“ bezeichnet. Die Ast. hat auch Klage gegen den Schiedsspruch erhoben (L 4 KR 290/22 KL). Das **LSG** lehnte den Antrag auf Gewährung einstweiligen Rechtsschutzes gegen den Beschl. der Ag. v. 19.05.2022 ab.

b) Rückforderung der Umsatzsteuer auf Fertigarzneimittel

SG Duisburg, Urteil v. 13.01.2023 - S 17 KR 2584/19

RID 23-02-122

www.juris.de

SGB V §§ 109, 129a; SGB I § 45

Die Grundsätze der **ergänzenden Vertragsauslegung** sind nach §§ 157 BGB i.V.m. § 69 Abs. 1 S. 3 SGB V der gem. § 129a SGB V geschlossenen „Vereinbarung für Krankenhausapotheken“ (VKA) 2005 und 2011 erfüllt, da in den Regelungen der VKA eine Erstattungsregelung bei einer Änderung des Umsatzsteuersatzes nicht enthalten sind und eine solche erforderlich ist, um den zugrunde liegenden Regelungsplan der Parteien zu verwirklichen, wenn ohne eine Ergänzung des Vertrages eine angemessene, sachgerechte und interessengerechte Lösung zwischen den Beteiligten nicht zu erzielen wäre (vgl. BSG, Urt. v. 09.04.2019 - B 1 KR 5/19 R - BSGE 128, 65 = SozR 4-2500 § 129a Nr. 2 zu einer ergänzenden Vertragsauslegung bei einer Erstattung geleisteter Umsatzsteuer auf Zytostatika).

Für die Erstattungsansprüche greift die **vierjährige Verjährungsfrist** des § 45 SGB I und nicht die zweijährige Verjährungsfrist in § 109 Abs. 5 SGB V. Die Regelung des § 109 SGB V bezieht sich ausweislich der Überschrift nur auf den Abschluss von Versorgungsverträgen mit Krankenhäusern und greift damit nicht auf den vorliegenden Anspruch aus ergänzender Vertragsauslegung eines Vertrages nach § 129a SGB V (vgl. BSG, Urt. v. 09.04.2019 - B 1 KR 5/19 R - aaO., Rn. 38).

Streitig ist zwischen den Beteiligten die Rückforderung der Umsatzsteuer auf Fertigarzneimittel in Höhe von insgesamt 298.762,02 € aus der Differenz von 19 % zu 7 % in den Jahren 2009 bis 2018. Das **SG** verurteilt die bekl. Krankenhausträgerin, an die zu 1) kl. Krankenkasse einen Betrag in Höhe von 107.806,13 €, an die zu 2) kl. Krankenkasse einen Betrag in Höhe von 42.238,63 €, an die zu 3) kl. Krankenkasse einen Betrag in Höhe von 363,33 €, an die zu 4) kl. Krankenkasse einen Betrag in Höhe von 1.513,42 €, an die zu 5) kl. Krankenkasse einen Betrag in Höhe von 20.899,38 € und an die zu 6) kl. Krankenkasse einen Betrag in Höhe von 75.350,26 € nebst Zinsen zu zahlen.

2. Leistungserbringer häuslicher Krankenpflege

a) BVerfG: Aufsichtsbehördliche Bestimmung einer Schiedsperson

BVerfG, 1. Sen. 2. Ka., Beschluss v. 16.01.2023 - 1 BvR 656/18

RID 23-02-123

www.juris.de

SGB V a.F. § 132a II 6; GG Art. 12 I

Die Verfassungsbeschwerde gegen **BSG**, Beschl. v. 06.01.2018 - B 3 KR 29/17 B - juris wird nicht zur Entscheidung angenommen.

Lässt sich einer Verfassungsbeschwerde nicht entnehmen, weshalb die **Bestellung einer Schiedsperson** die **Berufsfreiheit** des beschwerdeführenden Unternehmens, das bundesweit Leistungen der häuslichen

Krankenpflege erbringt und auf intensivpflegerische Leistungen spezialisiert ist, aus Art. 12 Abs. 1 GG **verletzen** soll, so ist sie unzulässig.

Soweit die Bf. vorträgt, dass die Beststellungsentscheidung für das Verfahren und ihre Grundrechte wesentlich sei und daher einer parlamentsgesetzlichen Regelung der materiellen Auswahlmaßstäbe und des Bestellungsverfahrens erfordere, lässt die Verfassungsbeschwerde eine Auseinandersetzung mit den verfassungsrechtlichen Maßstäben vermissen.

Die **Anforderungen** an die **Schiedsperson** sind in Rechtsprechung und Literatur geklärt.

b) Rechtsnachfolge in Versorgungsverträge bei gesellschaftsrechtlichen Änderungen

LSG Niedersachsen-Bremen, Beschluss v. 09.12.2021 - L 4 KR 478/17

RID 23-02-124

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 3 KR 12/22 R

www.juris.de

SGB V §§ 37, 132a; BGB § 730 II

Die **Klagebefugnis** fehlt, wenn dem Kl. der behauptete Anspruch unter keinem erdenklichen Gesichtspunkt zustehen kann. Nach dem Gesamtergebnis des Verfahrens hat die V. **GbR** bereits im Zeitpunkt der Klageerhebung vor dem SG **nicht mehr existiert**. Denn die vier Gesellschafter haben im Zuge der Neugründung der S. mbH einen undatierten Beschluss gefasst, mit dem sie über die Auflösung der GbR entschieden haben. Für die Beendigung der schwebenden Geschäfte, für die dazu erforderliche Eingehung neuer Geschäfte sowie für die Erhaltung und Verwaltung des Gesellschaftsvermögens gilt die Gesellschaft als fortbestehend, soweit der Zweck der Auseinandersetzung es erfordert (§ 730 Abs. 2 S. 2 BGB). Es ist zweifelhaft, dass es sich bei den erstmals im Juni 2011 bei der Bekl. angemeldeten Forderungen überhaupt um ein schwebendes Geschäft i.S.d. § 730 Abs. 2 S. 2 BGB handelt. Denn die Kl. hatte zum Zeitpunkt der Klageerhebung vor dem SG keinerlei Rechte mehr inne, sondern diese waren vollständig auf die S. mbH übergegangen.

Die Beteiligten streiten um die Höhe der Vergütung von Leistungen zur häuslichen Krankenpflege für den bei der Bekl. versicherten, im Jahre 1956 geborenen H. I. im Zeitraum Mai 2007 bis März 2010. Bei der Kl. handelt es sich um eine GbR, deren Fortbestand streitig ist. Es handelte sich ausweislich des Gesellschaftsbeschlusses vom 15.05.2006 dabei um einen Zusammenschluss der vier Gesellschafter J. K., Dr. L. M., N. O. und P. Q. zum Zwecke eines Alten- und Krankenpflagedienstes. Hauptsächlich übernahm die Kl. ambulante Intensivpflege in Form der speziellen Krankenbeobachtung gemäß Nr. 24 des Leistungsverzeichnisses zur Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (HKP-Richtlinie). **SG Hannover**, Urt. v. 01.09.2017 - S 86 KR 1442/11 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

3. Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe: Vertragspartner

SG Berlin, Urteil v. 25.03.2023 - S 211 KR 1185/22

RID 23-02-125

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 134a

Leitsatz: 1. Die **Feststellungsklage** ist statthaft, wenn die **Vertragspartnerschaft** im Sinne von § 134a Abs. 1 Satz 1 SGB V streitig ist.

2. Lediglich im Fall eines vertragslosen Zustandes entscheidet die **Schiedsstelle** nach § 134a Abs. 3, 4 SGB V über den Vertragsinhalt, nicht aber über die Frage, wer zur Teilnahme an den Verhandlungen zu den Verträgen nach Abs. 1 berechtigt ist.

3. **Verbände der von Hebammen geleiteten Einrichtungen** sind nicht Vertragspartner im Sinne von § 134a Abs. 1 Satz 1 SGB V des Rahmenvertrags, der hebammenhilfliche Leistungen, nicht aber Betriebskostenpauschalen zum Gegenstand hat.

Kl. und Bekl. streiten darüber, ob der Beigel. Vertragspartner des „Rahmenvertrags“ nebst seinen Anlagen als Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe ist. Im Jahr 2020 gab es bundesweit rund 27.000 Hebammen, davon gut 18.000 freiberufliche. Der Kl. hat etwa 22.000 Mitglieder, darunter knapp 16.000 freiberufliche sowie 106 von Hebammen geleitete Einrichtungen (HgE), und ist der größte deutsche Hebammenverband. Er bietet einen Rahmenhaftpflichtvertrag im Kreis seiner Mitgliedschaft an. Neben dieser Versicherungsmöglichkeit existiert auf dem Versicherungsmarkt nur noch ein weiteres Angebot einer Haftpflichtversicherung für Hebammen. Der Beigel. vertritt die wirtschaftlichen und beruflichen Interessen der Geburtshäuser sowie der in diesen tätigen Hebammen. Die Zahl der bei ihm organisierten HgE beträgt 59, die der in Geburtshäusern tätigen Hebammen 54. 1,5% der Geburten finden in Geburtshäusern statt, 0,5% als Hausgeburt, die übrigen 98% in Krankenhäusern. Das **SG** stellte fest, dass der Bekl. verpflichtet ist, die Verhandlungen zum „Rahmenvertrag“ nebst seinen Anlagen als Vertrag

über die Versorgung mit Hebammenhilfe gem. § 134a Abs. 1 S. 1 SGB V ohne die Beteiligung des Beigel. fortzuführen.

IX. Verfahrensrecht/Streitwert

1. Klageerhebung: Übersendung von Bescheiden durch Rechtsanwalt

SG Darmstadt, Beschluss v. 21.03.2023 - S 8 KR 311/22

RID 23-02-126

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGG §§ 65a, 65d

Leitsatz: 1. In der Übersendung von Bescheiden durch einen Rechtsanwalt, welche als Anlagen entsprechend gekennzeichnet sind, an ein Gericht kann die **Erhebung einer Klage** zu erkennen sein.
2. Eine solche Klage ist jedoch **formunwirksam**, soweit diese Bescheide nicht signiert wurden. Die Bescheide stellen keine Anlagen nach § 65d Abs. 3 Satz 2 SGG, sondern die originäre Klageschrift dar, welche auch nicht einem Schriftsatz beigefügt waren. Diese ist als bestimmender Schriftsatz nach § 65a Abs. 1 Satz 1 SGG zu signieren.

Das SG stellte fest, dass die Beteiligten einander keine außergerichtlichen Kosten zu erstatten haben.

2. Streitwert: Erfüllung einer Mindestmengenregelung

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 26.10.2022 - L 16 KR 530/22 B KH

RID 23-02-127

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
GKG §§ 47 I, 52 I, 63 II

Nach der BSG-Rspr. ist bei der Bemessung des wirtschaftlichen Interesses des Krankenhausträgers in Streitigkeiten über die **Erfüllung einer Mindestmengenregelung** des GBA der zu **erwartende Gewinn** zu berücksichtigen und mit 25% des Gesamtumsatzes zu schätzen (vgl. BSG, Urt. v. 25.03.2021 - B 1 KR 16/20 R - BSGE 132, 55 = SozR 4-2500 § 136b Nr. 1 Rn. 34).

SG Duisburg, Beschl. v. 02.06.2022 - S 17 KR 1465/20 - setze den Streitwert auf 483.000 € fest, das *LSG* auf 120.750 €.

X. Bundessozialgericht (BSG)

1. Beziehungen zu Krankenhäusern

a) Vergütungsanspruch bei Studienteilnahme und stationäre Behandlungsbedürftigkeit

BSG, Urteil v. 22.06.2022 - B 1 KR 25/21 R

RID 23-02-128

BSGE = SozR 4-2500 § 39 Nr. 36 = NZS 2023, 101 = KRS 2023, 66 = GesR 2023, 255

Leitsatz: Die **Teilnahme an einer klinischen Studie** kann die stationäre Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit nicht begründen, wenn zur Erreichung desselben Behandlungsziels eine **ambulant durchführbare Standardtherapie** zur Verfügung steht.

b) Eingriff in gesundes Organ/Absehen von Prüfverfahren

BSG, Urteil v. 22.06.2022 - B 1 KR 19/21 R

RID 23-02-129

BSGE = SozR 4-2500 § 275 Nr. 39 = GesR 2023, 44 = KRS 2023, 59

Leitsatz: 1. Die zielgerichtete irreversible **Schädigung eines gesunden Organs** ist - unter der Voraussetzung, dass der Eingriff seiner Art nach dem maßgeblichen Qualitätsgebot entspricht - im Einzelfall nur dann als **erforderliche Behandlung** anzusehen, wenn ex ante betrachtet die Ergebnisse dieses Eingriffs den Ergebnissen anderer Behandlungsoptionen eindeutig überlegen sind, ohne dass hierfür zwingend sämtliche anderen Therapieoptionen zuvor tatsächlich ausgeschöpft sein müssen.

2. Hat die Krankenkasse bei der Überprüfung eines Vergütungsanspruchs des Krankenhauses von einem **Prüfverfahren** zur Datenerhebung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK)

bei dem Krankenhaus **abgesehen**, besteht eine auf die Einwände der Krankenkasse **beschränkte Ermittlungspflicht des Gerichts**.

3. 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.

4. Das sich aus einem unterlassenen Prüfverfahren ergebende **Beweiserhebungs- und -verwertungsverbot** hat auch zur Rechtsfolge, dass eine Beweisnot des grundsätzlich für seinen Vergütungsanspruch beweisbelasteten Krankenhauses im Rahmen der Beweiswürdigung durch **Beweiserleichterungen** zu seinen Gunsten bis hin zur Beweislastumkehr zu berücksichtigen ist.

c) Rückforderung von Umsatzsteuer auf Zytostatika: Ergänzende Vertragsauslegung

BSG, Urteil v. 18.08.2022 - B 1 KR 30/21 R

RID 23-02-130

BSGE = SozR 4-2500 § 129a Nr. 3 = ZMGR 2023, 22 = KRS 2023, 74 = Die Leistungen Beilage 2023, 148

Leitsatz: 1. Die den Krankenkassen und Krankenhäusern bei der vertraglichen Regelung der Abgabe verordneter Arzneimittel durch **Krankenhausapotheken** zustehende **Vertragsfreiheit** lässt es zu, den Vertragsschluss durch einen **Optionsvertrag** vorbereiten zu lassen, an dem ein Dritter beteiligt ist.

2. Das Revisionsgericht ist an die **Vertragsauslegung durch die Vorinstanz** auch dann **gebunden**, wenn es sich um einen sogenannten „typischen“ Vertrag handelt, sofern sich dessen Anwendungsbereich ausschließlich auf den Bezirk des Landessozialgerichts erstreckt.

Parallelverfahren:

BSG, Urteil v. 18.08.2022 - B 1 KR 13/21 R

RID 23-02-131

HFR 2023, 191

2. Werbeflyer einer Versandapotheke in Mitgliedermagazin einer Krankenkasse

BSG, Urteil v. 01.06.2022 - B 3 KR 5/21 R

RID 23-02-132

BSGE = SozR 4-2500 § 31 Nr. 30 = A&R 2022, 254 = PharmR 2022, 839 = KrV 2022, 254 = GesR 2023, 39 = NZS 2023,

143 = MedR 2023, 227

Leitsatz: Nach dem öffentlich-rechtlich geordneten Leistungserbringungsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung unzulässig ist jede **Beeinflussung von Versicherten zugunsten** bestimmter **Leistungserbringer**, die sich mit der Neutralitätspflicht der Krankenkassen im Wettbewerb der Leistungserbringer rechtlich nicht vereinbaren lässt.

3. Pharmazeutischer Unternehmer: Generikaabschlagspflicht eines örtlichen Vertreters

BSG, Urteil v. 03.08.2022 - B 3 KR 3/21 R

RID 23-02-133

BSGE = SozR 4-2500 § 130a Nr. 13 = KrV 2022, 208 = ZMGR 2022, 284 = PharmR 2022, 766

Leitsatz: Wer für den einheitlichen Apothekenabgabepreis eines zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgegebenen Fertigarzneimittels verantwortlich zeichnet, ist als pharmazeutischer Unternehmer auch dann **generikaabschlagspflichtig**, wenn er von dem Zulassungsinhaber als örtlicher Vertreter bestellt worden ist.

4. Häusliche Krankenpflege

a) Vergütungsanspruch und Rückwirkung eines Schiedsspruchs

BSG, Urteil v. 14.07.2022 - B 3 KR 1/22 R

RID 23-02-134

SozR 4-2500 § 132a Nr. 12 = GesR 2022, 789 = KrV 2022, 248 = RDG 2023, 25

Leitsatz: Liegt der Erbringung **häuslicher Krankenpflege im Kostenerstattungssystem** (noch) kein Vertrag zu Grunde, kann ein **Schiedsspruch** rückwirkend die im Einzelfall notwendigen Vertragsparameter für einen aus Vertrauensschutzgründen dem Grunde nach erworbenen Vergütungsanspruch ersetzen.

b) Häusliche Krankenpflege: Schiedsspruch für Vergangenheit

BSG, Urteil v. 14.07.2022 - B 3 KR 2/22 R

RID 23-02-135

BSGE = SozR 4-2500 § 132a Nr. 13 = KrV 2022, 251

Leitsatz: Liegt der Erbringung **häuslicher Krankenpflege** im **Kostenerstattungssystem** (noch) kein Vertrag zu Grunde, kann ein **Schiedsspruch** rückwirkend die im Einzelfall notwendigen Vertragsparameter für einen aus Vertrauensschutzgründen dem Grunde nach erworbenen Vergütungsanspruch ersetzen.

5. Schadensersatzansprüche aus Art. 82 I DSGVO: Rechtsweg

BSG, Beschluss v. 06.03.2023 - B 1 SF 1/22 R

RID 23-02-136

www.juris.de

Der **Rechtsweg** zu den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit ist für den Schadensersatzanspruch aus Art. 82 DSGVO gem. § 51 Abs. 1 Nr. 10 SGG i.V.m. § 81b Abs. 1 SGB X eröffnet.

SG Frankfurt a. M., Beschl. v. 09.11.2021 - S 25 KR 490/21 - juris stellte fest, der Rechtsweg zu den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit ist unzulässig, und verwies den Rechtsstreit an das LG Düsseldorf. *LSG Hessen*, Beschl. v. 26.01.2022 - L 6 SF 7/21 DS - RID 22-02-128 wies die Rechtswegbeschwerde des Kl. zurück. Das **BSG** hob auf die weitere Beschwerde des Kl. die Beschlüsse auf und erklärte den Rechtsweg zu den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit für zulässig.

C. ENTSCHEIDUNGEN ANDERER GERICHTE

I. Ärztliches Berufsrecht

1. Strafrecht

a) BGH: Unerlaubtes Verschreiben von Betäubungsmitteln

BGH, Beschluss v. 20.03.2023 - 1 StR 266/22

RID 23-02-137

www.juris.de

BtMG § 13

LG München I, Urt. v. 09.02.2022 - 19 KLS 370 Js 130932/18 - hat den Angekl. wegen des **unerlaubten Verschreibens von Betäubungsmitteln** in einer Vielzahl von Fällen u.a. zu einer Gesamtfreiheitsstrafe von drei Jahren und sechs Monaten verurteilt.

Nach den Feststellungen des Landgerichts stellte der Angekl. in der Zeit von März 2017 bis Juli 2018 als Arzt mehrere Hundert Betäubungsmittelrezepte aus. Unter dem Deckmantel seiner ärztlichen Zulassung verordnete er Cannabisprodukte, obwohl er **die „Patienten“ zuvor nicht körperlich untersucht** hatte und die Verschreibung jeweils **nicht medizinisch indiziert** war. Seine Leistungen rechnete er nicht nach der GOÄ, sondern gegen unmittelbare Barzahlungen ab. Während der Hauptverhandlung verzichtete der Angekl. auf seine Approbation als Arzt.

Der 1. Strafsenat des **Bundesgerichtshofs** hat die Revision des Angekl., soweit sie sich auf den Schuld- und Strafausspruch bezog, nach einer Beschränkung des Verfahrens und einer Teilaufhebung von weiteren Rechtsfolgen als unbegründet verworfen. Das Verfahren ist damit rechtskräftig abgeschlossen. Mitteilung der Pressestelle des BGH v. 12.04.2023 Nr. 66/2023 - <https://juris.bundesgerichtshof.de/cgi-bin/rechtsprechung/document.py?Gericht=bgh&Art=en&Datum=Aktuell&anz=874&pos=11&nr=133244&linked=pm&Blank=1>

b) Ausstellung eines Attestes und persönliche Untersuchung des Patienten

LG Bochum, Urteil v. 13.12.2022 - 1 KLS 34/21

RID 23-02-138

www.juris.de

StGB a.F. § 278

Ein ärztliches **Attest** ist objektiv unrichtig im Sinne des § 278 StGB a.F., wenn eine **persönliche Untersuchung** des Patienten durch den Arzt vor der Attestausstellung nicht stattfindet. Vor dem Hintergrund der getroffenen Feststellungen ist danach in sämtlichen Fällen jedoch bereits objektiv kein unrichtiges Zeugnis über den Gesundheitszustand eines Menschen im Sinne des § 278 StGB a.F. gegeben. Denn nach den Feststellungen der Kammer hat in jedem einzelnen, hier verfahrensgegenständlichen Fall eine persönliche Untersuchung des jeweiligen Patienten durch den Angeklagten stattgefunden.

Soweit der Angekl. über die Untersuchung der Patienten mittels eines **Arzt-Patienten-Gesprächs** hinaus teilweise **keine weitergehenden (körperlichen) Untersuchungen** durchgeführt hat, so ist insb. mit Blick auf die in den verfahrensgegenständlichen Fällen jeweils zumindest auch in Rede stehenden psychischen Diagnosen, welche der Angekl. als Psychotherapeut zu stellen grundsätzlich befähigt ist, nicht ersichtlich, durch welche ergänzende körperliche Untersuchung bzw. bildgebende Diagnostik ein weiterer relevanter Erkenntnisgewinn hätte erzielt werden könne. Handlungsleitend ist insoweit vielmehr (allein) das ärztliche Anamnesegespräch und die (aus ärztlicher Sicht nachvollziehbare) Schilderung der Beschwerden und Symptome durch Patienten, ggf. unterstützt durch vorgelegte weitere ärztliche Unterlagen.

2. Abschluss der Ausbildung als Ärztin in der Ukraine

VG Bremen, Urteil v. 23.03.2023 - 5 K 1763/21

RID 23-02-139

www.juris.de
BÄO § 3 III 1

Leitsatz: 1) Voraussetzung für die **Erteilung einer Approbation** als Ärztin ist neben der (qualitativen) Gleichwertigkeit der ärztlichen Grundausbildung zunächst, dass diese im **Herkunftsstaat** nach dem dortigen Recht abgeschlossen ist.

2) Die **ukrainische Ausbildung** als Ärztin ist erst **abgeschlossen**, wenn neben dem Studium auch die praktische Phase (Internatur oder Ordinator) abgeschlossen ist. Dies gilt auch für Personen, die keine ukrainische Staatsbürgerschaft innehaben und deshalb (grundsätzlich) dort keine Internatur ableisten können.

3. Untersagung des Betriebs von Röntgeneinrichtungen: Unzuverlässigkeit des Betreibers

VG Schleswig, Beschluss v. 14.02.2023 - 6 B 3/23

RID 23-02-140

www.juris.de
StrlSchG §§ 1 I, 20 III Nr. 2 u. 5; VwGO § 80 V

Reichen **Verstöße gegen die Strahlenschutzbestimmungen** über einen Zeitraum von mehr als 10 Jahren zurück und belegen sie aufgrund der Dauer und der Häufigkeit eine Tendenz, die weit über ein punktuell fehlverhalten hinausgeht, so bestehen zu Recht Bedenken gegen die **Zuverlässigkeit** eines Betreibers von Röntgeneinrichtungen, die die Untersagung des Betriebs der Röntgeneinrichtungen rechtfertigt.

4. BVerwG: Psychologische Psychotherapeutin/Masterabschluss im Studiengang Psychologie

BVerwG, Beschluss v. 25.01.2023 - 3 B 3/22

RID 23-02-141

www.juris.de
PsychThG a.F. § 5 II 1 Nr. 1

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *OVG Niedersachsen*, Urt. v. 08.11.2021 - 8 LC 11/21 - wird zurückgewiesen.

BVerwG, Urt. v. 17.08.2017 - 3 C 12.16 - BVerwGE 159, 288 hat bereits entschieden, dass nach der **Umstellung der Studienstrukturen auf Bachelor- und Masterstudiengänge** im Zuge des sog. Bologna-Prozesses unter dem Begriff der Abschlussprüfung im Sinne von § 5 Abs. 2 S. 1 Nr. 1 Buchst. a PsychThG a.F. auch ein **Masterabschluss im Studiengang Psychologie** zu verstehen ist. Die Frage, ob ein Bachelorabschluss eine Abschlussprüfung i.S.d. § 5 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 Buchst. a PsychThG a.F. darstellt, ist hiervon ausgehend ohne Weiteres zu verneinen. Anhaltspunkte dafür, dass der Gesetzgeber im Zuge des Bologna-Prozesses Abstriche am Vorbildungsniveau für die Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten vornehmen wollte, sind nicht erkennbar. Vielmehr ist der Gesetzgeber bei der Übergangsregelung des § 27 Abs. 2 PsychThG n.F. davon ausgegangen, dass der Zugang zur Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten nach § 5 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 Buchst. a PsychThG a.F. einen Masterabschluss verlangt (vgl. BR-Drs. 98/19 <neu> S. 30 f.). Auch aus Art. 12 Abs. 1 GG folgt nicht, dass auch der Bachelorabschluss als Abschlussprüfung i.S.d. § 5 Abs. 2 S. 1 Nr. 1 Buchst. a PsychThG a.F. anzuerkennen ist.

5. Sozialversicherungspflicht

a) Einbindung der herangezogenen Therapeuten in Arbeitsprozess

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 17.03.2023 - L 2 BA 39/22

RID 23-02-142

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 12 BA 27/23 B

www.juris.de

SGB III §§ 25 I 1, 346 III; SGB IV §§ 7 I, 28p; SGB VI §§ 1 S. 1 Nr. 1, 172 I 1 Nr. 3

Leitsatz: Eine vom abrechnenden **therapeutischen Unternehmen** übernommene Gesamtverantwortung für die fach- und vertragsgerechte Leistungserbringung spricht indiziell für eine funktionsgerecht dienende **Einbindung** der herangezogenen Therapeuten in den Arbeitsprozess und damit für das Vorliegen einer **abhängigen Beschäftigung**.

b) Vertretungsweise Übernahme von Bereitschafts- und Notdiensten im KV-Notdienst

SG Landshut, Urteil v. 03.03.2023 - S 1 BA 25/22

RID 23-02-143

www.juris.de

SGB IV §§ 7 I 1, 7a I 1, II; SGB V § 75 Ib; AÜG §§ 1 I 1, 9, 10 I 1

Leitsatz: 1. Für die ab 01.04.2022 noch nicht bestandskräftig abgeschlossenen Statusfeststellungsverfahren ist die ab 01.04.2022 geltende **Rechtslage** zu Grunde zu legen.

2. Nach § 7a Abs. 2 S. 2 und 3 SGB IV besteht seit 01.04.2022 eine Verpflichtung der Deutschen Rentenversicherung Bund, bei sog **Dreiecksverhältnissen** den Status umfassend - also unter Beteiligung des Dritten - zu prüfen.

3. Die **vertretungsweise Übernahme von Bereitschafts- und Notdiensten** anstelle eines anderen niedergelassenen Arztes für die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns führt nicht zu einem abhängigen Beschäftigungsverhältnis (§ 7 Abs. 1 S. 1 SGB IV).

4. Da die Durchführung von Notdiensten Ausfluss der allgemeinen Berufspflichten von Ärzten und gerade auch und in erster Linie von selbständig tätigen Ärzten ist, führt die **Organisation des Notdienstes durch die Kassenärztlichen Vereinigungen** nicht zur Einrichtung eines Betriebs im arbeitsrechtlichen Sinne.

6. Ansprüche aus Amtshaftung gegen Zulassungsausschuss: Klage gegen Trägerorganisationen

OLG Frankfurt a.M., Beschluss v. 24.04.2023 - 1 U 23/22

RID 23-02-144

www.juris.de

Die **Haftungsverantwortlichkeit** für Ansprüche aus Amtshaftung nach § 839 BGB i.V.m. Art. 34 GG trifft allein die **Trägerorganisationen des Zulassungsausschusses**. Diese besondere Situation führt zu einer Umkehr der Darlegungs- und Beweislast. Da der Zulassungsausschuss dem Geschädigten als Einheit gegenübertritt und die Einheit der Entscheidungen dieses Kollegiums durch das Beratungsgeheimnis institutionell abgesichert wird, trifft die Darlegungs- und Beweislast, dass ihre Mitglieder einer rechtswidrig ergangenen (Mehrheits-) Entscheidung des Kollegiums nicht zugestimmt haben, die in Haftung genommene Körperschaft (BGH, Beschl. v. 20.02.2011 - III ZR 37/10 - BGHZ 188, 302, RID 11-02-236).

Eine Insolvenzverwalterin über das Vermögen eines Vertragszahnarztes kann sich nicht auf eine Unzumutbarkeit der Erhebung einer Klage gegen „alle entsendenden Körperschaften“ des Zulassungsausschusses berufen. Ihr ist es zumutbar, **vorprozessual Erklärungen der entsendenden Körperschaften** dazu **einzuholen**, ob sie eine Haftung wegen des Stimmverhaltens der von ihnen bestellten Mitglieder des Ausschusses ablehnen möchten. Steht die Einstimmigkeit der Entscheidung der Ausschüsse nicht in Frage, besteht ohnehin eine gesamtschuldnerische haftungsrechtliche Verantwortlichkeit der die Mitglieder entsendenden Körperschaften.

Die Kl., Insolvenzverwalterin über das Vermögen des Vertragszahnarztes und Schuldners X, nahm den bekl. Zulassungsausschuss unter dem Gesichtspunkt der Amtshaftung auf Schadensersatz in Anspruch. Sie wirft dem Bekl. vor, dem Schuldner ohne Zugrundelegung einer amtsärztlichen Begutachtung durch Beschluss vom 07.06.2017 die vertragszahnärztliche Zulassung wegen einer vermeintlich alkoholbedingten Rückfallerkrankung entzogen und die sofortige Vollziehung der Entziehung angeordnet zu haben. Dabei stützte sie sich auf den Beschluss des Zulassungs-Berufungsausschusses vom November 2018, mit dem der Beschluss des Bekl. auf den

Widerspruch des Schuldners aufgehoben worden war. *LG Frankfurt a.M.*, Urt. v. 17.12.2021 - 2-04 O 566/20 - wies die die auf Feststellung der Ersatzpflicht des Bekl. für zukünftigen materiellen Schaden und Zahlung von vorgerichtlichen Rechtsanwaltskosten gerichtete Klage ab, das *OLG* die Berufung zurück.

II. Arzthaftung

1. Bundesgerichtshof (BGH)

a) Aufklärung, Einwilligung und Bedenkzeit

BGH, Urteil v. 20.12.2022 - VI ZR 375/21

RID 23-02-145

www.juris.de

BGB §§ 630d II, 630e II 1 Nr. 2

Leitsatz: 1. In § 630e BGB sind die vom Senat entwickelten Grundsätze zur **Selbstbestimmungsaufklärung** kodifiziert worden. Diese Grundsätze gelten inhaltlich unverändert fort.

2. § 630e Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 BGB nimmt die bisherige Rechtsprechung auf, der zufolge der Patient vor dem beabsichtigten Eingriff so rechtzeitig **aufgeklärt** werden muss, dass er durch hinreichende Abwägung der für und gegen den Eingriff sprechenden Gründe seine Entscheidungsfreiheit und damit sein Selbstbestimmungsrecht in angemessener Weise wahrnehmen kann. Die Bestimmung sieht keine vor der **Einwilligung** einzuhaltende „**Sperrfrist**“ vor, deren Nichteinhaltung zur Unwirksamkeit der Einwilligung führen würde; sie enthält kein Erfordernis, wonach zwischen Aufklärung und Einwilligung ein bestimmter Zeitraum liegen müsste.

3. Zu welchem konkreten Zeitpunkt ein Patient nach ordnungsgemäßer - insbesondere rechtzeitiger - Aufklärung seine Entscheidung über die Erteilung oder Versagung seiner Einwilligung trifft, ist seine Sache. Sieht er sich bereits nach dem Aufklärungsgespräch zu einer wohlüberlegten Entscheidung in der Lage, ist es sein gutes Recht, die Einwilligung sofort zu erteilen. Wünscht er dagegen noch eine **Bedenkzeit**, so kann von ihm grundsätzlich erwartet werden, dass er dies gegenüber dem Arzt zum Ausdruck bringt und von der Erteilung einer - etwa im Anschluss an das Gespräch erbetenen - Einwilligung zunächst absieht. Eine andere Beurteilung ist - sofern medizinisch vertretbar - allerdings dann geboten, wenn für den Arzt erkennbare konkrete Anhaltspunkte dafür gegeben sind, dass der Patient noch Zeit für seine Entscheidung benötigt.

4. Die **Einwilligung** in den ärztlichen Eingriff ist kein Rechtsgeschäft, sondern eine **Gestattung oder Ermächtigung** zur Vornahme tatsächlicher Handlungen, die in den Rechtskreis des Gestattenden eingreifen. Sie kann sich konkludent aus den Umständen und dem gesamten Verhalten des Patienten ergeben.

b) Aufklärung: Risiko der schweren Behinderung des Kindes

BGH, Urteil v. 14.02.2023 - VI ZR 295/20

RID 23-02-146

www.juris.de

StGB § 218a II

Leitsatz: 1. Für eine schwerwiegende Beeinträchtigung des seelischen Gesundheitszustandes der Schwangeren im Sinne von **§ 218a Abs. 2 StGB** müssen Belastungen zu befürchten sein, die ein solches Maß an Aufopferung eigener Lebenswerte verlangen, dass dies von der Frau nicht erwartet werden kann. Bei der zu **erwartenden Geburt eines schwerbehinderten Kindes** und der hieraus resultierenden besonderen Lebenssituation müssen diese Belastungen dergestalt sein, dass sie die Mutter in ihrer Konstitution überfordern und die Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung ihres seelischen Gesundheitszustandes als so drohend erscheinen lassen, dass bei der gebotenen Güterabwägung das Lebensrecht des Ungeborenen dahinter zurückzutreten hat.

2. Der **fortgeschrittene Zustand der Schwangerschaft** kann nicht ausgeblendet werden. Auch wenn das Lebensrecht des Kindes dem Grunde nach eine zeitliche Differenzierung der verfassungsrechtlichen Schutzpflicht nicht zulässt, sind bei der Abwägung zur Bestimmung der Voraussetzungen der **medizinischen Indikation** auch die Dauer der Schwangerschaft und die daraus resultierende besondere Situation für Mutter und Kind in den Blick zu nehmen. Dies gilt insbesondere, wenn es sich um ein lebensfähiges Kind einige Wochen vor der Geburt handelt.

Auf die Berufungen der Kl. änderte **OLG Karlsruhe**, Urt. v. 19.02.2020 - 7 U 139/16 - RID 20-02-161 das klageabweisende Urteil des LG ab und gab der Klage überwiegend statt. Der **BGH** hob auf die Revisionen der Bekl. das Urteil des OLG im Kostenpunkt und insoweit auf, als zum Nachteil der Bekl. erkannt wurde. Im Umfang der Aufhebung verwies er die Sache zur neuen Verhandlung und Entscheidung an das Berufungsgericht zurück.

c) Rechtsweg beim Rückgriff des Unfallversicherungsträgers gegen Durchgangsarzt

BGH, Beschluss v. 09.01.2023 - VI ZB 82/20

RID 23-02-147

www.juris.de

GG Art. 34 S. 3

Leitsatz: Zum **Rechtsweg** beim **Rückgriff des Unfallversicherungsträgers** gegen den für ihn tätigen **Durchgangsarzt** bezüglich einer fehlerhaften Behandlung im Rahmen eines Arbeitsunfalls.

Parallelverfahren:

BGH, Beschluss v. 09.01.2023 - VI ZB 79/20

RID 23-02-148

www.juris.de

BGH, Beschluss v. 09.01.2023 - VI ZB 80/20

RID 23-02-149

www.juris.de

BGH, Beschluss v. 09.01.2023 - VI ZB 81/20

RID 23-02-150

www.juris.de

2. Behandlungsfehler

a) Grober Behandlungsfehler: Kausalitätsgegenbeweis

OLG Dresden, Beschluss v. 14.03.2023 - 4 U 2288/22

RID 23-02-151

www.juris.de

BGB § 630a

Leitsatz: 1. Nimmt der Patient neben dem Träger eines Krankenhauses auch einen dort beschäftigten Arzt in Anspruch, muss er substantiiert einen **Behandlungskontakt** behaupten, wenn sich dieser nicht aus den Behandlungsunterlagen ergibt.

2. Steht ein **grober Behandlungsfehler** fest, ist der Behandler für die Behauptung, der Schade wäre auch bei rechtzeitigem und ausreichendem Handeln in gleicher Weise eingetreten, beweisbelastet. Hiervon ist auch dann auszugehen, wenn der Behandler beweist, dass bei ungehindertem Geschehensablauf das Ergebnis einer rechtzeitigen Befunderhebung erst nach dem tatsächlichen Schadenseintritt (hier: Abortus incipiens) vorgelegen hätte.

b) Aufgabe der Diagnose einer akuten Suizidalität/Dokumentation eines Patientengesprächs

OLG Hamm, Urteil v. 20.12.2022 - 26 U 15/22

RID 23-02-152

www.juris.de

BGB §§ 249, 253, 280, 630a, 823

Leitsatz: 1. Wird die Diagnose einer **akuten Suizidalität** vorschnell aufgegeben, kann darin ein grober **ärztlicher Behandlungsfehler** liegen. Die akute Suizidgefahr begründet eine gesteigerte Sicherungspflicht des Behandlers.

2. Es entspricht dem Goldstandard der Psychiatrie, den Inhalt eines Patientengesprächs in seinen wesentlichen Einzelheiten zu **dokumentieren**. Damit wird gewährleistet, dass das gesamte Behandlungsteam den gleichen Informationsstand hat.

c) Irrtümliche Dekompression eines Wirbelkanals in der falschen Höhe

LG Flensburg, Urteil v. 24.03.2023 - 3 O 204/20

RID 23-02-153

www.juris.de

BGB §§ 280 I, 630a, 823 I; SGB X § 116 I 1

Leitsatz: 1. Bei einer **irrtümlichen Dekompression eines Wirbelkanals** in der falschen Höhe (sog. „Etagenfehler“, „wrong-level-Operation“) handelt es sich nicht lediglich um eine typische und nicht zu vermeidende Komplikation, sondern um einen (groben) **Behandlungsfehler** (Bestätigung von LG Flensburg, Urt. v. 24.06.2022 - 3 O 205/19 - juris, RID 23-01-160 und entgegen OLG Koblenz, Beschl. v. 13.04.2015 - 5 U 1286/14 - juris Rn. 19, RID 17-01-233).

2. Die **gesetzlich versicherte Patientin** hat keinen eigenen **Anspruch auf Ersatz** der durch ihren gesetzlichen Krankenversicherer gezahlten **Kosten** für die stationäre Behandlung und Operation, der gemäß § 116 Abs. 1 Satz 1 SGB X auf den Krankenversicherer übergehen könnte, weil die Patientin zu keinem Zeitpunkt Schuldnerin der Behandlungskosten war und diese auch tatsächlich nicht gezahlt hat (Abgrenzung zu BGH, Urt. v. 13.09.2018 - III ZR 294/16 - juris, wonach der Mindestschaden eines Privatpatienten bei fehlerhafter zahnärztlicher Behandlung in den Kosten der Behandlung selbst liegen soll, wenn die Leistung des Arztes für den Patienten ohne Interesse und völlig unbrauchbar ist). Dieses Ergebnis bedarf auch unter Wertungsgesichtspunkten keiner Korrektur durch die Annahme eines normativen Schadens, weil der **Krankenversicherer** eigene sozialrechtliche Rückzahlungsansprüche hat.

d) Aspirationen eines Kleinkindes nach Antibiotikagabe (hier: Apfelstück in der Luftröhre)

OLG Frankfurt a. M., Urteil v. 25.04.2023 - 8 U 127/21

RID 23-02-154

www.juris.de

BGB §§ 630a, 823 I

Leitsatz: 1. Zu den **Sorgfaltsanforderungen** an eine **Krankenschwester** bei einer intravenösen Medikamentengabe bei einem Kleinkind

2. **Menschliche Erinnerungen** sind sehr fehleranfällig und können insbesondere durch die Neigung aller Menschen zur Anreicherung des vermeintlich Erlebten anhand von allgemeinen Mustern, durch Nach- und Fehlinformationseffekte sowie durch eine Tendenz zur Uminterpretation zur Vermeidung von kognitiver Dissonanz verfälscht werden.

3. Zur **Schwere eines Behandlungsfehlers** einer Krankenschwester in einer sehr seltenen Notfallsituation

4. Ein Patient, der sich auf Anraten seines Arztes in ein Krankenhaus begibt, in welchem jener Arzt ihn in seiner Rolle als **Belegarzt** weiter behandelt, erwartet sämtliche medizinischen Leistungen jedenfalls aus dem Fachgebiet des Belegarztes von diesem. Andere Ärzte, die wegen des im Klinikbetrieb notwendigen Schichtdienstes unweigerlich an der Behandlung beteiligt sein werden, sieht ein solcher Patient regelmäßig als **Erfüllungsgehilfen seines Vertrauensarztes** an.

5. Der sichere Betrieb einer **Kinderbelegstation** setzt nicht zwingend die Fähigkeit voraus, **notfallmäßig Lungenspiegelungen** vornehmen zu können.

3. Aufklärung

a) Einwilligungserklärung unmittelbar im Anschluss an die Aufklärung

OLG Frankfurt a. M., Urteil v. 07.12.2022 - 17 U 31/22

RID 23-02-155

www.juris.de = MedR 2023, 295

BGB §§ 630d, 630e II Nr. 2

Leitsatz: 1. Ein ärztliches **Aufklärungsgespräch** vor einem Heileingriff muss so **rechtzeitig** erfolgen, dass der Patient seine Entscheidung über die Einwilligung wohlüberlegt treffen kann. Dem Patienten muss die erforderliche Zeit eingeräumt werden, die er unter Berücksichtigung der Dringlichkeit des Eingriffs zur Abwägung des Für und Wider benötigt.

2. Die Auffassung des Hanseatischen OLG Bremen, es könne regelmäßig nicht von einer wohlüberlegten Entscheidung i.S.v. 630e Abs. 2 Nr. 2 BGB ausgegangen werden, wenn der Patient in

einem Krankenhaus „aus organisatorischen Gründen“ **übungsgemäß unmittelbar im Anschluss an die Aufklärung** zur Unterschrift unter die Einwilligungserklärung „bewegt“ werde, widerspricht dem ausdrücklichen Willen des Gesetzgebers.

b) Anderweitige Operationsmöglichkeiten: Halswirbelsäulenoperation

OLG Karlsruhe, Urteil v. 12.01.2022 - 7 U 137/20

RID 23-02-156

www.juris.de = AHRS 4350/327

BGB §§ 280 I, 630a, 630e I, 630h I, 823 I

Ein Patient muss nicht darüber **aufgeklärt** werden, dass dieselbe Behandlung **andernorts** mit besseren personellen und apparativen Mitteln und deshalb mit einem etwas geringeren Komplikationsrisiko möglich ist, solange der Ausstattungszustand noch dem **medizinischen Standard** entspricht (BGH NJW 1988, 763; OLG Oldenburg, VersR 1996, 1023; OLG Köln VersR 1998, 847).

c) Hüft-TEP mit Risiko vermehrter Beschwerden

OLG Hamm, Urteil v. 20.12.2022 - 26 U 46/21

RID 23-02-157

Revision anhängig: BGH - VI ZR 44/23 -

www.juris.de

BGB §§ 253, 280, 630a, 823

Leitsatz: Es bestehen besondere Anforderungen an die Aufklärung bei einer **Hüft-TEP**, wenn es im Vergleich zu einer normalen Hüftendoproblematik zu **vermehrten Beschwerden** kommen kann. Der aufklärende Arzt muss in der Lage sein, diese besonderen Risiken zu vermitteln. Verfügt der aufklärende Arzt nicht über den entsprechenden Kenntnisstand, bleibt die Aufklärung defizitär.

d) Covid-19-Impfungen

aa) Bagatellverletzungen ohne wesentliche Beeinträchtigung

LG Ravensburg, Urteil v. 16.03.2023 - 3 O 1/23

RID 23-02-158

www.juris.de

BGB § 253 II

Es ist in Rspr. und Lit. anerkannt, dass bei **Bagatellverletzungen** ohne wesentliche Beeinträchtigung der Lebensführung und ohne Dauerfolgen der Ersatz des immateriellen Schadens ausnahmsweise zu versagen ist, wenn es den Umständen nach nicht der Billigkeit entspricht, den immateriellen Schaden durch ein **Schmerzensgeld** auszugleichen. OLG Dresden hat einen Schmerzensgeldanspruch verneint bei einer (behandlungsfehlerhaften) Injektion, die keine weitergehenden Schäden hervorgerufen hat, sondern lediglich einen „gewissen Reizzustand“. Die Schmerzen, die durch das Eindringen der Nadel in das Gewebe und die dadurch hervorgerufene Verletzung der Haut hervorgerufen worden sind, stellten Bagatellverletzungen dar, die ein Schmerzensgeld nicht rechtfertigen (OLG Dresden, Hinweisbeschl. v. 05.01.2017 - 4 U 1385/16 - juris).

Ein Schmerzensgeld ist nach einer **Corona-Impfung** nicht gerechtfertigt, wenn die Impfung zu **keiner Beeinträchtigung** geführt hat. Allein das Einstechen der Nadel und das Einbringen des Impfstoffs bewirken keinen immateriellen Schaden beim Patienten, bei dem (wenn sich die Injektion mangels ausreichender Aufklärung und wegen daher unwirksamer Einwilligung als rechtswidrig darstellen sollte) eine Entschädigung in Geld der Billigkeit entspräche; denn die damit verbundenen Beeinträchtigungen sind nach Art und Intensität so gering, dass sie das Wohlergehen des Patienten über den Augenblick hinaus nicht nachhaltig stören. Auf die Frage einer genügenden Aufklärung kommt es nicht an.

bb) Aufklärungspflicht bei Covid-19-Impfungen mit einem mRNA-Impfstoff

LG Heilbronn, Urteil v. 14.02.2023 - Wo 1 O 65/22

www.juris.de

BGB §§ 630a, 823 I

RID 23-02-159

Bei **Covid-19-Impfungen** mit einem **mRNA-Impfstoff** handelt es sich nicht um eine Routineimpfung. Gleichwohl sind die **Grundsätze** des BGH zu den **sog. Routineimpfungen** (BGH, NJW 2000, 1784; BGH, NJW 1985, 1399) darauf zu übertragen. Es ist ausreichend, dass nach vorheriger **schriftlicher Aufklärung** mittels Merkblatt jedem Impfling die Möglichkeit gegeben wird, im mündlichen Arztgespräch vor der Impfung Nachfragen zu stellen und weitere Informationen einzuholen. Schweigt der Impfling vor Verabreichung der Impfung auf die Frage des Impfarztes, ob noch Fragen bestünden bzw. auf die Ankündigung, dass die Impfung nun vorgenommen werden könne, kann der Arzt davon ausgehen, dass er keine weiteren Informationen zu den Risiken der Impfung möchte.

e) Wiederherstellung einer ästhetisch ansprechenden Brustform

OLG Brandenburg, Beschluss v. 17.05.2022 - 12 U 74/21

www.juris.de

BGB §§ 253, 630a, 823 I, II; StGB § 229

RID 23-02-160

Bei rein **kosmetischen Operationen** hängt - mangels medizinischer Indikation - die Feststellung eines fehlerhaften operativen Vorgehens davon ab, welche (ästhetischen) **Operationsziele** die Parteien vertraglich **vereinbart** haben (OLG Hamm, GesR 2016, 513).

Geht es nicht um eine deutliche **Vergrößerung der Brust**, sondern um die **Wiederherstellung einer ästhetisch ansprechenden Brustform**, ist eine weitergehende Aufklärung, dass eine deutliche Volumenzunahme nur durch die Verwendung von Brustimplantaten zu erreichen ist, nicht veranlasst.

f) Kosmetische Brustoperation: Phänomen des Bottoming-Out

OLG Hamm, Beschluss v. 17.10.2022 - I-3 U 56/22

www.juris.de

SGB V § 823 I

RID 23-02-161

Bei einer **kosmetischen Brustoperation** muss nicht explizit über das **Phänomen des Bottoming-Out** aufgeklärt werden. Maßgeblich und aufklärungsrelevant ist vielmehr der Gesichtspunkt, welche **klinischen Folgen** konkret mit einem solchen Phänomen verbunden sind, nämlich eine Dislokation und ein Abrutschen des Implantats.

4. Haftung eines Patienten und Mitverschulden des Arztes: MRT-Schaden wegen Orthese aus Metall

OLG Nürnberg, Urteil v. 15.02.2023 - 4 U 20/22

www.juris.de

BGB §§ 254, 278

RID 23-02-162

Leitsatz: 1. Zur **Haftung eines Patienten** bei der Verletzung vertraglicher Nebenpflichten im Rahmen einer ärztlichen Untersuchung:

Für Patienten besteht die allgemeine Pflicht, sich gegenüber der Klinik- oder Praxiseinrichtung, anderen Patienten oder dem Personal in der gebotenen Weise sorgfältig zu verhalten. Eine schadensursächliche Verletzung vertraglicher Nebenpflichten aus dem ärztlichen Behandlungsvertrag kann darin bestehen, dass ein Patient bei einer **MRT-Untersuchung** trotz entsprechender Warnhinweise und Fragen nicht auf eine **Orthese aus Metall** hinweist und diese bei der Untersuchung vom Magneten des MRT angezogen wird.

2. Zum **haftungsausschließenden Mitverschulden eines Arztes** im Sinne von § 254 BGB: Die Haftung eines Patienten kann bei der Abwägung nach § 254 BGB vollständig zurücktreten, wenn auf Seiten des Arztes ein **besonders gravierendes schadensursächliches Mitverschulden** vorliegt.

Der Kl. ist Radiologe und machte Schadensersatzansprüche gegen die 1942 geb. Bekl. als seine Patientin geltend, weil im Zuge einer bei dieser im Juni 2020 durchgeführten Untersuchung mittels MRT die an deren linkem Bein befindliche Orthese vom Magneten des MRT angezogen wurde, so dass der Kl. eine Notabschaltung des

MRT (sog. Quench) durchführen ließ. Der Kl. hat in erster Instanz Kosten für das neue Befüllen des Magneten des MRT mit flüssigem Helium sowie den Einsatz eines Servicetechnikers in Höhe von 47.457,33 € zzgl. 9.016,90 € MWSt. und darüber hinaus einen Umsatzverlust in Höhe von 6.625,23 € geltend gemacht. **LG Nürnberg-Fürth**, Urt. v. 02.12.2021 - 14 O 8613/20 - verurteilte die Bekl., an den Kl. 28.237,12 € nebst Zinsen und weitere 673,90 € an Kosten für die außergerichtliche Rechtsdurchsetzung zu zahlen, und wies im Übrigen die Klage ab. Das **OLG** wies die Berufung des Kl. zurück und wies auf die Berufung der Bekl. die Klage ab.

Anhang I: BSG - Anhängige Revisionen Vertragsarztrecht

Stand: 31.05.2023. 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				
MVZ und „Jungpraxis“	B 6 KA 21/22 R	Verstößt der Ausschluss von angestellten Ärzten in einem MVZ in der Anfangsphase der Jungarztregelung gegen den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit?	<i>LSG Hamburg</i> , Urt. v. 10.11.2021 - L 5 KA 4/20 -	22-01-4 NZB
Aufbaupraxis: Austritt aus BAG und Arztanstellung	B 6 KA 22/22 R	Verstößt es gegen den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit, wenn ein Arzt, der bereits seit mehr als fünf Jahren im Bezirk einer KÄV vertragsärztlich tätig war und der im selben KÄV-Bezirk eine neue unterdurchschnittlich abrechnende Einzelpraxis gegründet hat, weder für sich noch für seinen Angestellten, der die vertragsärztliche Tätigkeit neu aufnimmt, Wachstumsmöglichkeiten als Anfänger/Jungarzt in Anspruch nehmen kann?	<i>LSG Hamburg</i> , Urt. v. 02.06.2021 - L 5 KA 11/18 -	21-03-2 NZB
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
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
Kosten für Telematikinfrastruktur	B 6 KA 24/22 R	Zur Frage des Umfangs der Kostenerstattung zur Finanzierung der bei den Vertragsärzten entstehenden Kosten im Rahmen der Einführung und des Betriebes der Telematikinfrastruktur gemäß § 291a Absatz 7 Satz 5 SGB V (alte Fassung vom 21.12.2015, jetzt § 378 SGB V).	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 26.10.2022 - L 5 KA 107/21 -	23-01-6
Notdienstvergütung: Nachträgliche Berücksichtigung des Investitionskostenabschlages	B 6 KA 2/23 R	Verstößt es gegen den Grundsatz des Verbots der reformatio in peius, wenn die Nachvergütung für ambulante Notfallleistungen eines Klinikums im Widerspruchsverfahren um den zuvor versehentlich nicht berücksichtigten Investitionskostenabschlag (§ 120 Absatz 3 Satz 2 SGB V in der Fassung bis zum 31.12.2015) auf das Gesamthonorar gekürzt wird?	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 21.12.2022 - L 7 KA 52/19 -	23-01-5

Arzt-/Psychotherapeutenregister

Zweigpraxis/Genehmigung der KV/Fachkunde/Notdienst/Disziplinarrecht

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
Pflicht zur Anbindung an Telematikinfrastruktur	B 6 KA 23/22 R	Verstößt die den Vertragsärzten auferlegte Pflicht zur Anbindung an die Telematikinfrastruktur beziehungsweise die Sanktionierung der Nichtanbindung durch Honorarkürzung gegen höherrangiges Recht?	<i>SG Mainz</i> , Urt. v. 27.07.2022 - S 3 KA 84/20 -	23-01-8
Heranziehung von Privatärzten zum KV-Notdienst (KV Hessen)	B 6 KA 16/22 R B 6 KA 17/22 R	Ist die Kassenärztliche Vereinigung Hessen ermächtigt, eine Beitragsheranziehung zu Lasten von Privatärzten (im Rahmen einer verpflichtenden Teilnahme am ärztlichen Bereitschaftsdienst) zu normieren?	<i>LSG Hessen</i> , Urt. v. 27.07.2022 - L 4 KA 36/21 -, - L 4 KA 16/22 -	23-01-15 22-04-18

	B 6 KA 18/22 R B 6 KA 19/22 R B 6 KA 4/23 R		- L 4 KA 19/22 - - L 4 KA 20/22 - v. 25.01.2023 - L 4 KA 17/22 -	23-01-16 23-01-14 23-02-20
	B 6 KA 20/22 R	Ist die Kassenärztliche Vereinigung Hessen ermächtigt, eine Beitragsheranziehung zu Lasten von Privatärzten (im Rahmen einer verpflichtenden Teilnahme am ärztlichen Bereitschaftsdienst) zu normieren? Zur Befreiung eines Privatärztes von der Teilnahme am ärztlichen Bereitschaftsdienst in Hessen.	LSG Hessen , Urt. v. 27.07.2022 - L 4 KA 38/22 -	23-01-13

Sachlich-rechnerische Berichtigung

Zeitbezogene Plausibilitätsprüfung: Fremdanamnese	B 6 KA 25/22 R	Zu den Voraussetzungen einer sachlich-rechnerischen Richtigstellung im Quartal 2/2014 aufgrund einer zeitbezogenen Plausibilitätsprüfung (hier: Anforderung an eine Fremdanamnese nach der Gebührenordnungsposition 21216 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes).-	LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 26.10.2022 - L 5 KA 3703/21 -	23-01-10
Fehlende Unterschrift des ärztlichen Leiters eines MVZ in der Abrechnungs-Sammelerklärung	B 6 KA 15/22 R	Kann ein Honorarverteilungsmaßstab regeln, dass die für die Abrechnung erforderlichen Erklärungen bei einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) von dessen ärztlichen Leiter zu unterschreiben sind?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 01.09.2021 - L 11 KA 49/17 -	22-02-4 NZB

Wirtschaftlichkeitsprüfung/Regress

Zulassung und Ermächtigung

Geltung der Nachrangregelung für MVZ	B 6 KA 26/22 R	Ist die Nachrangregelung des § 103 Absatz 4c Satz 3 SGB V im Rahmen der Auswahl zwischen mehreren Bewerbern um eine Zulassung bei partieller Entsperrung eines Planungsbereichs zugunsten eines Quotensitzes entsprechend anzuwenden?	LSG Bayern , Urt. v. 14.09.2022 - L 12 KA 35/21 -	23-01-25
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

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
Hausarztzentrierte Versorgung: Fehlerhafte Abrechnung des Arztes	B 6 KA 1/23 R	Kann die Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz nach den in ihrem Bezirk geltenden Regelungen von der Krankenkasse die Vergütung der im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung erbrachten Leistungen verlangen, wenn diese Leistungen aufgrund eines fehlerhaften Abrechnungsverhaltens des Vertragsarztes nicht oder nicht allein innerhalb der hausarztzentrierten Versorgung gegenüber der Krankenkasse, sondern innerhalb der vertragsärztlichen Regelversorgung gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung abgerechnet wurden?	SG Mainz , Urt. v. 07.09.2022 - S 7 KA 36/19 -	23-02-29

Erweiterte Honorarverteilung (EHV) der KV Hessen

Sonstiges/Verfahrensrecht

Anhang II: BSG - Anhängige Revisionen Krankenversicherung

Stand: 31.05.2023. 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				
Lebensbedrohliche oder regelmäßig tödliche Erkrankung	B 1 KR 36/22 R	Handelt es sich bei einer Erkrankung, die unbehandelt innerhalb von zwei Jahren zum Tode führt, um eine lebensbedrohliche oder regelmäßig tödliche Erkrankung im Sinne des § 2 Absatz 1a SGB V?	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 16.02.2022 - L 12 KR 685/19 -	23-01-60 NZB
Lipoproteinapheresetherapie: Votum der Apherese-Kommission	B 1 KR 40/22 R	Unter welchen Voraussetzungen darf eine Krankenkasse bezüglich der Versorgung mit einer Lipidapheresetherapie im Einzelfall vom Votum der beratenden Kommission der Kassenärztlichen Vereinigung (sogenannte Apherese-Kommission) gemäß Anlage 1 Nummer 1 § 6 der "Richtlinie Methoden vertragsärztlicher Versorgung" abweichen?	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urt. v. 15.11.2022 - L 16/4 KR 536/19 -	23-01-39
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				
Kostenerstattungsanspruch (§ 13 Abs. 2 SGB V) nach Tod des Versicherten	B 1 KR 39/22 R	Handelt es sich bei dem Kostenerstattungsanspruch nach § 13 Absatz 2 SGB V um eine laufende Geldleistung? Kann der Kostenerstattungsanspruch nach § 13 Absatz 2 SGB V auch dann auf den Sonderrechtsnachfolger oder den Erben übergehen, wenn der Anspruch im Zeitpunkt des Todes des Berechtigten weder festgestellt noch ein Verwaltungsverfahren über ihn anhängig?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 08.11.2022 - L 11 KR 1645/20 -	23-01-56
Genehmigungsfiktion: Arztvorbehalt (Orthonyxie- Behandlung in Kosmetik-Studio)	B 1 KR 28/22 R	Ist auch bei Nichtvorliegen einer Bösgläubigkeit im Sinne des § 13 Absatz 3a SGB V zusätzliche Voraussetzung für einen Kostenerstattungsanspruch nach dieser Norm, dass der Arztvorbehalt gemäß § 15 Absatz 1 SGB V eingehalten wird, also keine Kostenerstattung bezüglich der Leistungserbringung durch einen nicht-ärztlichen Leistungserbringer (hier: Orthonyxie-Behandlung in Kosmetik-Studio) begehrt wird?	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urt. v. 28.09.2022 - L 4 KR 216/22 -	23-01-54
Systemversagen: GOÄ-Rechnung einer Vertragsärztin für Nadelepilation	B 1 KR 33/22 R	Hat ein transsexueller Versicherter gegen seine gesetzliche Krankenkasse einen Anspruch auf Kostenerstattung für eine Nadelepilation von Barthaaren, die nach der Gebührenordnung für Ärzte abgerechnet wurde, wenn die einzige leistungserbringende Ärztin auch als Vertragsärztin zugelassen, aber nicht dazu bereit ist, die dem Grunde nach geschuldete Leistung als Sachleistung der gesetzlichen Krankenversicherung zu erbringen?	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 22.09.2022 - L 4 KR 454/19 -	22-04-62
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?	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , Urt. v. 22.04.2021 - L 5 KR 226/20 -	22-02-59 NZB

		Liegt eine Trennung in Krankenhaus und stationäre Rehabilitationseinrichtung auch dann vor, wenn beide sich in einem Gebäude befinden und Funktionsräume gemeinsam genutzt werden?		
Stationäre Behandlung				
Liposuktion: QualitätssicherungsRL/ Potentialleistung	B 1 KR 27/22 R	Zur Frage, ob und unter welchen Voraussetzungen nach Erlass der Qualitätssicherungs-Richtlinie Liposuktion des Gemeinsamen Bundesausschusses ein Anspruch gemäß § 137c Absatz 3 SGB V auf die Versorgung mit einer stationären Liposuktion als Potentialleistungen bestehen kann.	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urt. v. 13.09.2022 - L 16 KR 61/21 -	22-04-60
	B 1 KR 10/23 R	Zur Frage, ob und unter welchen Voraussetzungen nach Erlass der Qualitätssicherungs-Richtlinie Liposuktion des Gemeinsamen Bundesausschusses eine Versicherte mit einem BMI > 44 kg/m ² einen Anspruch gemäß § 137c Absatz 3 SGB V auf Versorgung mit einer stationären Liposuktion als Potentialleistung haben kann.	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 19.01.2023 - L 5 KR 345/19 -	23-02-53
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				
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 -	22-04-70
	B 1 KR 24/22 R	Muss eine vertragsärztliche Verordnung von Cannabis bereits im Antragsverfahren vorliegen, um die formalen Voraussetzungen der Genehmigungsfiktion nach § 13 Absatz 3a Satz 6 SGB V zu erfüllen? Zum Anspruch Versicherter auf Versorgung mit Cannabis durch die Krankenkassen nach vertragsärztlicher Einschätzung.	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 24.03.2022 - L 4 KR 669/19 -	
Cannabis: Begründete Einschätzung des Vertragsarztes	B 1 KR 26/22 R	Welche Anforderungen sind an eine begründete Einschätzung des behandelnden Vertragsarztes nach § 31 Absatz 6 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe b SGB V zu stellen und welche Ermittlungspflichten treffen das Gericht hierbei?	<i>LSG Hamburg</i> , Urt. v. 31.08.2022 - L 1 KR 18/22 -	22-04-72
§ 2 Ia SGB V/Studienlage: Translarna (Wirkstoff Ataluren) bei Duchenne-Muskeldystrophie	B 1 KR 35/21 R Termin: 29.06.2023	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 NZZ
Hilfsmittel/Heilmittel				
Geh- und Stehtrainer Innowalk®	B 3 KR 8/21 R B 3 KR 3/22 R Termin: 29.06.2023	Zum Anspruch eines Versicherten auf Versorgung mit dem Steh- und Bewegungstrainer "Innowalk®".	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 10.08.2021 - L 11 KR 4247/19 <i>LSG Thüringen</i> , Urt. v. 23.12.2021 - L 6 KR 1126/18	22-01-107 22-02-72
Rollstuhlzuggerät	B 3 KR 13/22 R	Zur Frage der Notwendigkeit einer Hilfsmittelversorgung mit einem elektrischen Rollstuhlzuggerät.	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urt. v. 13.12.2021 - L 4 KR 526/20 -	23-02-67 NZZ

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 -	23-01-69
Hochbrechende Kunststoffgläser	B 3 KR 16/22 R	Besteht ein Anspruch eines Kindes auf Versorgung mit Brillengläsern auch bei Nichtvorliegen von Indikationen nach der Hilfsmittel-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA)?	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , Ur. v. 07.04.2022 - L 5 KR 174/21 -	23-01-62 NZB

Häusliche Krankenpflege/Haushaltshilfe

Fahrkosten

Stufenweise Wiedereingliederung in Erwerbsleben	B 1 KR 4/23 R B 1 KR 7/23 R	Handelt es sich bei einer stufenweisen Wiedereingliederung Versicherter in das Erwerbsleben im Sinne des § 74 SGB V um eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation mit der Rechtsfolge, dass Krankenkassen die damit verbundenen Reisekosten gemäß § 60 Absatz 5 SGB V zu übernehmen haben?	<i>LSG Sachsen</i> , Ur. v. 21.09.2022 - L 1 KR 340/21 - - L 1 KR 365/20 -	23-02-76 23-02-75
---	--------------------------------	--	---	----------------------

Zuzahlung

Rehabilitationsmaßnahmen

Krankenhauskosten

Nach § 371 RVO mit Krankenhausträgern abgeschlossene Versorgungsverträge	B 1 KR 30/22 R B 1 KR 31/22 R B 1 KR 35/22 R Termin: 29.06.2023	In welchem Umfang gelten ungekündigte, nach § 371 RVO mit Krankenhausträgern abgeschlossene Versorgungsverträge fort? Muss ein Krankenhaus geleistete Krankenhausvergütungen einer Krankenkasse erstatten, die nicht Vertragspartei des noch auf der Grundlage der RVO geschlossenen Versorgungsvertrages gewesen ist, und ist die Geltendmachung des Erstattungsanspruchs gegebenenfalls durch § 814 BGB oder Treu und Glauben ausgeschlossen?	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Ur. v. 14.10.2022 - L 9 KR 263/20 - - L 9 KR 265/20 - - L 9 KR 264/20 -	23-01-85 23-01-84 23-01-86
Stationäre Behandlung bei vierstündiger Behandlung: Vorhalt einer Sectiobereitschaft	B 1 KR 37/22 R	Liegt eine stationäre Krankenhausbehandlung vor, wenn aufgrund einer Sectiobereitschaft sowohl räumliche als auch personelle Ressourcen für rund vier Stunden freigehalten werden?	<i>LSG Hamburg</i> , Ur. v. 22.09.2022 - L 1 KR 77/21 -	23-01-78
Abklärungsuntersuchung und stationäre Behandlung	B 1 KR 15/22 R	Ist ein Versicherter im erstbehandelnden Krankenhaus zur stationären Behandlung aufgenommen worden, wenn das Krankenhaus ihn nach Einweisung als Notfall in einer für sein Krankheitsbild spezialisierten, zertifizierten Abteilung kurzzeitig (eine Stunde) behandelt und gleichzeitig prüft, ob eine weitere Behandlung, die nur in einem anderen Krankenhaus möglich ist, medizinisch geboten ist, dies bejaht und ihn zur Weiterbehandlung in das andere Krankenhaus verbringt (hier: Lysebehandlung eines Schlaganfallpatienten im erstangegangenen Krankenhaus und Thrombektomie im zweitangegangenen Krankenhaus)?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Ur. v. 24.03.2022 - L 11 KR 542/18 -	22-03-85 NZB
Aufklärungspflicht bei Operationen/Präklusion	B 1 KR 6/23 R	Liegt eine Verletzung der Aufklärungspflicht des Krankenhauses als Erfordernis des Wirtschaftlichkeitsgebots bei sogenannten Gelegenheitsoperationen vor, wenn der Arzt erst intraoperativ die erweiternde Behandlungsentscheidung trifft und der Patient zuvor hierüber nicht aufgeklärt wurde (hier: Sichtung und Verschluss eines offenen Foramen ovale (PFO) mittels Direktnaht während eines Herzklappeneingriffs)? Schließt § 8 Satz 3 Prüfverfahrensvereinbarung (PrüfvV) 2014 den Einwand der Aufklärungspflichtverletzung aus, wenn zwar Nebendiagnose und OPS unter dem Gesichtspunkt der Wirtschaftlichkeit Gegenstand des Prüfverfahrens waren, der sich hierauf beziehende Einwand der Aufklärungspflichtverletzung jedoch erst im Klageverfahren benannt wird?	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Ur. v. 18.01.2023 - L 4 KR 308/21 -	23-02-83

Fiktives wirtschaftliches Alternativverhalten	B 1 KR 3/23 R	Gilt der für Krankenhausabrechnungen entwickelte Grundsatz des fiktiven wirtschaftlichen Alternativverhaltens auch für ambulante Behandlungsalternativen?	<i>LSG Schleswig-Holstein</i> , Urt. v. 27.09.2022 - L 10 KR 30/18 -	23-01-79
Fälligkeit und vorherige Prüfung der Rechnung	B 1 KR 1/23 R	Ist eine Krankenkasse berechtigt, die Vergütung für eine Krankenhausbehandlung bei Zweifeln an der sachlich-rechnerischen Richtigkeit der Abrechnung trotz Ablaufs einer landesvertraglichen Zahlungsfrist zu kürzen und lediglich einen Teilbetrag zu begleichen, weil die Fälligkeit des Vergütungsanspruchs rückwirkend aufgrund nach Ablauf der Zahlungsfrist nachträglich substantiiertes Einwendungen entfällt?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 01.09.2022 - L 16 KR 746/20 -	23-01-103
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> , Urt. v. 16.02.2022 - L 16 KR 251/21 -	22-04-81
Zahlung unter Vorbehalt/Erledigung des Rechtsstreits	B 1 KR 2/23 R	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? Kommt es im Rahmen einer Fortsetzungsfeststellungsklage auf die Begründetheit der ursprünglichen Klage an, wenn der Kläger - nach vorbehaltlicher Zahlung der Klageforderung durch den Beklagten - ausdrücklich nur die Feststellung des Eintritts eines erledigenden Ereignisses und damit die Erledigung des Rechtsstreits begehrt?	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urt. v. 21.12.2022 - L 4 KR 180/21 -	23-02-119
Vergütungsanspruch nach Verlegung	B 1 KR 29/22 R	Verliert ein Krankenhaus der Maximalversorgung seinen Vergütungsanspruch ganz oder teilweise durch die Verlegung eines Patienten zur Weiterbehandlung in ein wohnortnahes Krankenhaus einer niedrigeren Versorgungsstufe ohne medizinische Notwendigkeit?	<i>LSG Sachsen</i> , Urt. v. 25.06.2022 - L 1 KR 246/19 -	22-04-110
Verlegungsabschlag: Stationäre Behandlungsbedürftigkeit zum Zeitpunkt der Entlassung	B 1 KR 20/22 R Termin: 29.06.2023	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 -	22-04-112
Begründung der gem. § 301 SGB V übermittelten Daten	B 1 KR 34/22 R	Hat das Krankenhaus bei bariatrischen Operationen nach § 301 SGB V eine besondere Begründung der stationären Durchführung der Leistung zu übermitteln?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 16.02.2022 - L 10 KR 385/21 KH -	22-04-89
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?	<i>LSG Hamburg</i> , Urt. v. 23.06.2022 - L 1 KR 60/21 -	22-04-113
Konkurrierende Hauptdiagnosen	B 1 KR 25/22 R	Liegen zwei konkurrierende Hauptdiagnosen nach DKR D002f vor, wenn zwei stationär behandlungsbedürftige Erkrankungen zwar bestehen, jedoch im Zeitpunkt der Krankenhausaufnahme eine von ihnen überhaupt keine oder zumindest keine für eine stationär behandlungsbedürftige Erkrankung sprechende Symptomatik oder Beschwerdemanifestation aufweist, und diese Erkrankung erst später - also erst nach bereits erfolgter Krankenhausaufnahme - als weitere stationär behandlungsbedürftige Erkrankung diagnostiziert wird?	<i>LSG Thüringen</i> , Urt. v. 26.08.2021 - L 6 KR 421/18 -	23-02-93 NZZ
Kodierung eines Dekubitus	B 1 KR 41/22 R	Kann die Kodierung eines Dekubitus (ICD-10-GM 2016 Nummer L89) in Zusammenhang mit einem diabetischen Fußsyndrom (ICD-10-GM 2016 Nummer	<i>LSG Hamburg</i> , Urt. v. 22.09.2022 - L 1 KR 29/21 -	23-01-109

		E11.75) erfolgen, wenn keine Anhaltspunkte bestehen, dass der Hautschaden durch Druck entstanden ist?		
Aufschlagszahlung nach § 275c Abs. 3 SGB V	B 1 KR 8/23 R	An welches Ereignis knüpft das Tatbestandsmerkmal "ab dem Jahr 2022" in § 275c Absatz 3 Satz 1 SGB V für die Festsetzung einer Aufschlagszahlung an?	<i>SG Düsseldorf</i> , Urt. v. 12.01.2023 - S 30 KR 1356/22 KH - - S 30 KR 1413/22 KH -	23-02-107 23-02-106
Vergütung: Aufwandspauschale	B 1 KR 32/22 R	Sind die §§ 109 Absatz 5 SGB V und 325 SGB V in der Fassung vom 11.12.2018 auf Aufwandspauschalen entsprechend anzuwenden?	<i>LSG Schleswig-Holstein</i> , Urt. v. 24.08.2022 - L 5 KR 166/20 -	22-04-126

Ambulante Versorgung

Weitere Leistungserbringer/Arzneimittelhersteller

Informationspflichten einer Apotheke gegenüber Krankenkasse	B 3 KR 14/22 R	Zum Bestehen von Informationspflichten einer Apotheke gegenüber der Krankenkasse als vertragliche Nebenpflicht.	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 16.11.2021 - L 5 KR 591/19 -	22-01-153 NZB
Rezepturzuschlag für die Herstellung zytostatikahaltiger parenteraler Lösungen	B 3 KR 21/22 R	Fällt der Rezepturzuschlag für die Herstellung einer "applikationsfertigen Einheit" nach dem Vertrag über die Preisbildung für Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen (sogenannte Hilfsstaxe; Fassung vom 1.3.2012 beziehungsweise 1.9.2014) auch dann nur einmal an, wenn die verordnete Gesamtmenge des Zytostatikums an einem Tag in zwei Spritzen aufgeteilt wird?	<i>LSG Thüringen</i> , Urt. v. 10.03.2022 - L 6 KR 1224/18 -	23-01-124 NZB
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 Termin: 14.06.2023	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 Termin: 14.06.2023	Zur Frage, ob ein Vertriebsunternehmen berechtigt sein kann, namens und im Auftrag eines Herstellers einen Antrag zur Aufnahme eines Hilfsmittels in das Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V zu stellen.	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 29.04.2021 - L 14 KR 48/18 -	21-04-100
Beitritt zum Vertrag/Blutzucker-messgeräte und -teststreifen	B 3 KR 2/23 R	Zum Zugang von Leistungserbringern zur Versorgung mit Blutzuckerteststreifen und zu deren Vergütung. Zum bedingten Beitritt von Leistungserbringern zu Hilfsmittelverträgen.	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urt. v. 13.09.2022 - L 16/4 KR 548/19 -	22-04-128 NZB
Abgabe von Blutzuckerteststreifen ohne Vertrag	B 3 KR 1/23 R	Zur Abgabe von Blutzuckerteststreifen ohne Vertrag sowie zum Beitritt zu Verträgen über die Versorgung mit Hilfsmitteln zu gleichen Bedingungen.	<i>LSG Sachsen</i> , Urt. v. 26.01.2022 - L 1 KR 650/17 -	23-01-127 NZB

Obligatorische Nutzenbewertung: Neue Wirkung eines bekannten Wirkstoffes (Ivermectin)	B 3 KR 22/22 R	Ist eine obligatorische Nutzenbewertung nach § 35a Absatz 1 SGB V durchzuführen, wenn ein neu zugelassenes Arzneimittel auf einer neuen Wirkung eines bekannten Wirkstoffes beruht?	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 09.11.2022 - L 1 KR 438/20 KL ZVW -	23-01-125
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?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 27.07.2022 - L 5 KR 522/22 -	22-04-129
Häusl. Krankenpflege: Rechtsnach- folge in Versorgungsverträge	B 3 KR 12/22 R Termin: 14.06.2023	Zur Rechtsnachfolge in Versorgungsverträge über häusliche Krankenpflege bei gesellschaftsrechtlichen Änderungen.	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urt. v. 09.12.2021 - L 4 KR 478/17 -	23-02-124 NZB

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.	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 07.04.2022 - L 28 KR 104/19 -	22-03-114
Erstattungsanspruch: Vergütungsvereinbarung	B 1 KR 23/22 R Termin: 14.06.2023	Wird ein Erstattungsanspruch des Rentenversicherungsträgers gegen die Krankenkasse für die Erbringung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation durch eine Vergütungsvereinbarung gemäß § 111 Absatz 5 SGB V der Höhe nach begrenzt?	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urt. v. 10.08.2022 - L 4 KR 437/21 -	23-01-134
Amtsenthaltung 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?	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , Urt. v. 03.02.2022 - L 5 KR 224/19 -	22-04-131 NZB
Buchhalterische Zuordnung von Darlehensgewährungen an Beteiligungsgesellschaften	B 1 A 1/22 R	Zur Rechtmäßigkeit eines aufsichtsrechtlichen Verpflichtungsbescheides, mit welchem die buchhalterische Zuordnung von Darlehensgewährungen eines bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträgers an Beteiligungsgesellschaften zur Rücklage beanstandet wird.	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 06.04.2022 - L 11 KR 33/21 KL -	23-01-133

GBA

Sonstiges