

## Rechtsprechungsinformationsdienst 23-01

<b>EDITORISCHE HINWEISE</b>	5
<b>A. VERTRAGS ARZTRECHT</b>	6
<b>I. Honorarverteilung</b>	6
1. RLV für Arztgruppe der Fachärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin	6
2. QZV: Verzicht auf Abrechnung von Leistungen und Aufbau Praxis	6
3. Auflösung einer BAG und Praxisneugründung: Neupatienten	6
4. Finanzierung des Grundbetrags „Labor“ (Quartal IV/15)	7
5. Notdienstvergütung: Nachträgliche Berücksichtigung des Investitionskostenabschlages	7
6. Kosten für Behebung technischer Probleme der Praxisverwaltungssoftware	7
<b>II. Sachlich-rechnerische Richtigstellung</b>	8
1. Telematikinfrastruktur	8
a) Nichtteilnahme an der Telematikinfrastruktur	8
b) Pflicht zur Anbindung an die Telematikinfrastruktur	8
2. Voraussetzungen des Chronikerzuschlages	9
3. Fremdanamnese: Gespräche über die jüngsten Vorkommnisse und Entwicklungen	9
4. Kernspintomographische Untersuchungen des Herzens	9
<b>III. Genehmigung/Disziplinarrecht/Notdienst</b>	10
1. Keine interventionelle Radiologie (Serienangiographien) durch Gefäßchirurgen	10
2. Unzulässige Heranziehung von Privatärzten zum KV-Notdienst (KV Hessen)	10
<b>IV. Wirtschaftlichkeitsprüfung/Arzneikostenregress</b>	11
1. Zufälligkeitsprüfung nach einer Auffälligkeitsprüfung im vorangegangenen Quartal	11
2. Psychotherapeutisches Gespräch als Einzelbehandlung (Nr. 23220 EBM)	11
3. Reproduktionsmedizin: Behandlung psychosomatischer Krankheitszustände	11
4. Arzneikostenregress	12
a) Verschärfung gegenüber Prüfantrag/Off-Label-Use (Medikinet bei Erwachsenen)	12
b) Rechtsmissbräuchlicher Regressantrag: Fehlende Rezeptunterschrift	12
c) Richtgrößenvolumen: Erstmaligkeit/Beratung/„Filterverfahren“	13
d) Keine Zuständigkeit der Prüfungsgremien für Wirtschaftlichkeitsprüfung der Hochschulkliniken	14
<b>V. Zulassungsrecht</b>	14
1. Zulassung	14
a) Teilentsperrung	14
AA) Beginn der Dreimonatsfrist zur Aufnahme der vertragsärztl. Tätigkeit bei Konkurrentenklage	14
BB) Geltung der Nachrangregelung für MVZ	15
CC) Erledigung des Auswahlverfahrens nach Aufgabe der genehmigten Anstellung	16
b) Keine Anfechtungsberechtigung gegenüber einer MVZ-Zulassung	16
2. Psychotherapeutische Zweigpraxis: Video- und Abendsprechstunden	16
3. Ruhen einer Angestelltenstelle	17
4. MVZ-Gründungsvoraussetzungen: Unvollst. Übertragung der Gesellschaftsanteile auf Angestellten	17
5. Zulassungsentziehung	18
a) Missbrauch vertragsärztlicher Kooperationsformen	18
b) Gesundheitliche Gründe: Einschätzung des Zulassungsgremiums	19
6. Widerspruch erst ab Bekanntgabe des Verwaltungsakts zulässig	20
<b>VI. Verfahrensrecht</b>	20
1. Rechtswegzuständigkeit: Coronavirus-Testverordnung	20
a) Verwaltungsrechtsweg aus allgemeiner Zuweisung/Keine Angelegenheit der GKV	20
b) Verwaltungsrechtsweg aufgrund Sonderzuweisung	20
<b>VII. Bundessozialgericht (BSG)</b>	21
1. Richtgrößenprüfungen: Revisionszulassung/Beratung	21
<b>B. KRANKENVERSICHERUNGSRECHT</b>	22
<b>I. Vertrags(zahn)ärztliche Behandlung</b>	22

1. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	22
a) PET-CT zur Lokalisation von Metastasen	22
b) Keine ambulante Behandlung des Lipödems Grad II Typ 4	22
c) Lipoproteinapheresetherapie: Votum der Apherese-Kommission	22
d) Optische Kohärenztomografie	23
e) Laserbehandlung narbiger Verhärtungen	23
2. Therapie mit Brentuximab-Vedotin in Kombination mit CHP	23
3. Kryokonservierung von Keimzellen nach geschlechtsangleichender Behandlung	23
4. Feststellung von Ursache und Zeitpunkt einer Erkrankung	24
5. Untersuchung von Körperflüssigkeiten durch ein Institut für Rechtsmedizin	24
<b>II. Stationäre Behandlung</b>	24
1. Kosten einer autologen Stammzelltherapie zur Behandlung der multiplen Sklerose	24
2. Bariatrische Operation: Psychiatrische Erkrankung kein genereller Ausschluss	24
3. Kosten für eine Bauchdeckenstraffung (Abdominalplastik)	25
4. Fettschürzenresektion	25
5. Kryokonservierung von Eierstockgewebe	25
6. Eigenfetttransplantation (Lipofilling)	25
<b>III. Kostenersatzung</b>	26
1. Genehmigungsfiktion	26
a) Einhalt des Arztvorbehalts (Nagelkorrektur durch Kosmetik-Studio)	26
b) Unzulässigkeit einer Feststellungsklage	26
2. Kostenerstattungsanspruch (§ 13 Abs. 2 SGB V) nach Tod des Versicherten	27
3. Fehlendes Leistungsbegehren während der Mitgliedschaft	27
<b>IV. Arzneimittel</b>	27
1. Cannabinoide: Inhalt der ärztlichen Einschätzung	27
2. Festbetragsarzneimittel: Testung anderer Medikamente	27
3. Rezeptur-Arzneimittel g-Strophanthin-8-Hydrat	28
<b>V. Hilfsmittel</b>	28
1. Bewegungstrainer Innowalk medium	28
2. Hochbrechende Kunststoffgläser	29
3. Hörgeräteversorgung	29
a) Nichteinhaltung des Versorgungsvertrags durch Akustiker	29
b) Gebrauchsvorteil durch 5% besseres Sprachverstehen	29
c) 5%-Punkte besseres Sprachverstehen nach Freiburger Sprachtest kein Gebrauchsvorteil	30
d) Identische Ergebnisse im Sprachverstehen wie das hochpreisige Hörsystem	30
e) Anspruch eines Notfallsanitäters gegen Rentenversicherungsträger	30
4. GBA: Ärztliche Abnahme der Hörgeräteversorgung unzulässig	30
5. Dekubitus-Matratze (Typ „Thevo Schlummerstern“): Kein Wirksamkeitsnachweis	31
<b>VI. Rehabilitation/Häusliche Krankenpflege/Fahrkosten/Zuzahlungen</b>	31
1. Rehabilitation: Anspruch eines Strafgefangenen auf Drogentherapie	31
2. Häusliche Krankenpflege	31
a) Begleitung eines Grundschulkindes	31
b) Blutzuckermessung im Kindergarten	31
c) Kostenfreistellung nur bei schuldrechtlicher Verpflichtung zur Kostentragung	32
d) Zulässigkeit der Berufung eines beigeladenen Leistungserbringers	32
3. Fahrkosten	32
a) Hohe Behandlungsfrequenz über einen längeren Zeitraum	32
b) Fahrkosten nur für nächstgelegene Behandlungsmöglichkeit	33
4. Belastungsgrenze für Zuzahlungen bei Unterbringung in Heim	33
<b>VII. Beziehungen zu Krankenhäusern</b>	33
1. Vergütungsanspruch/Fälligkeit	33
a) Notwendigkeit stationärer Behandlung	33
AA) Stationäre Behandlung bei vierstündiger Behandlung: Vorhalt einer Sectiobereitschaft	33
BB) Stationäre anstatt ambulante Behandlung depressiver Störungen	34
CC) Abgrenzung zur Rehabilitationsmaßnahme	34
DD) Abgrenzung Krankenhaus- und Rehabilitationsbehandlung (Neurologischen Rehabilitation)	35
EE) Notfallbehandlung keine stationäre Behandlung	35
b) Keine medizinische Begründung für Krankenhausrechnung (Fachabteilungsschlüssel)	35
c) Kenntnis des Krankenhauses vom fehlenden Vergütungsanspruch	36
d) Kein Erstattungsanspruch aufgrund der Erfüllung einer nicht fälligen Forderung	36
e) Aufrechnung	36

AA) Wirksamkeit eines landesvertraglichen Aufrechnungsverbots	36
BB) Aufrechnungsverbot im Landeskrankenhausvertrag	37
CC) Unzulässige Aushebelung des gesetzlichen Aufrechnungsverbots in Übergangsvereinbarung	37
DD) Fehlende Aufrechnungserklärung	37
2. Prüfvereinbarung	37
a) Eingeschränkter Prüfungsumfang bei unterlassener MDK-Prüfung	37
b) Reichweite der Mitwirkungsobliegenheit des Krankenhauses	38
c) Unerheblichkeit eines fehlenden Pflegeberichts für medizinische Feststellung	38
3. Fallpauschalen	38
a) Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung	38
AA) Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei 64-Jährigem	38
BB) Frührehabilitative Behandlung als Bestandteil der akutstationären Behandlung	39
b) Dokumentation der Teambesprechung bei einer multimodalen Komplexbehandlung	39
c) Dokumentation des neurologischen Befundes	39
d) Primäre Indikation zur Durchführung der bariatrischen Operation nach Leitlinie	39
e) Transkatheter-Aortenklappen-Implantation (TAVI) im Jahr 2010	40
f) Kardial bedingte Rechtsherzinsuffizienz/Vorherige Prüfung der Rechnung	40
g) Angeborene infektiöse oder parasitäre Krankheit	40
h) Behandlung einer Teilruptur der Supraspinatussehne	41
i) Multidisziplinäre algesiologische Diagnostik	41
j) Kodierung einer spastischen Paraparese bei Grunderkrankung Multiple Sklerose	41
k) Einpflanzung mehrerer Neurostimulatoren	42
l) Kodierung eines Dekubitus bei einem diabetischen Fußsyndrom	42
m) Intensivmedizinische Versorgung: 4-Tages-Kurven anstelle Tageskurven	42
n) Zahlung unter einem die Beweislast währenden Vorbehalt/Beatmungstunden	42
4. Mindestmengen	43
a) Widerlegung einer Mindestmengenprognose: Anhörung/Formvorgaben/Zweifel und Kalenderjahr	43
b) Konkurrentenklage gegen Prognose zur Erreichung der maßgeblichen Mindestmenge	43
5. Aufschlagszahlung nach § 275c Abs. 3 SGB V	44
a) Anhörung/Begründung/Datum der leistungsrechtlichen Entscheidung unerheblich	44
b) Zeitpunkt der Krankenhausaufnahme maßgeblich	44
c) Stationäre Aufnahme ab Januar 2022	44
d) Datum der Krankenhausaufnahme ab dem Jahr 2022 maßgeblicher zeitlicher Anknüpfungspunkt	44
e) Keine Aufrechnung mit Aufschlagsforderung	45
6. Aufwandspauschale: Allgemeine Verjährungsfrist von vier Jahren	45
7. Unzulässige Fortsetzungsfeststellungsklage bei Einzelfallentscheidung	45
8. Keine zeitlich gestaffelte Streitwertfestsetzung bei teilweisem Anerkenntnis	46
VIII. Beziehungen zu Leistungserbringern und Arzneimittelherstellern	46
1. Apotheker: Rezepturzuschlag für die Herstellung zytostatikahaltiger parenteraler Lösungen	47
2. Arzneimittelhersteller	47
a) Obligatorische Nutzenbewertung: Neue Wirkung eines bekannten Wirkstoffes (Ivermectin)	47
b) Rabatt- und Preisberechnung und Herstellerrabatt	47
3. Hilfsmittelerbringer: Keine Vergütung von Blutteststreifen ohne Vertrag nach § 127 SGB V	48
IX. Coronavirus -Testverordnung	48
1. Recht zur Prüfung und Aussetzung der Zahlungen	48
2. Sozialgerichtlicher Rechtsweg: Coronavirus-Teststelle gegen KV	48
X. Angelegenheiten der Krankenkassen	49
1. Versichertenkarte ohne Lichtbild	49
2. Fehlende ablehnende Entscheidung der Krankenkasse	49
3. Aufgabenerledigung durch Dritte	49
4. Buchhalterische Zuordnung von Darlehensgewährungen an Beteiligungsgesellschaften	49
5. Begrenzung der Erstattungshöhe durch Vergütungsvereinbarungen	50
XI. Bundessozialgericht (BSG)	50
1. Stationäre Behandlung: Potentialleistungen (Liposuktion)	50
2. Beziehungen zu Krankenhäusern	51
a) Vergütungsausschluss für Leistung eines Nichtarztes	51
b) Ausgliederung von Leistungen	51
3. Festsetzung von Hilfsmittelfestbeträgen	51
C. ENTSCHEIDUNGEN ANDERER GERICHTE	52
I. Ärztliches Berufsrecht	52
1. Widerruf/Ruhe der Approbation	52

a) Widerruf der Approbation	52
AA) Automatisiert erstellte Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen	52
BB) Schizoaffektive Störung	52
b) Ruhen der Approbation	52
AA) Keine behördliche Anordnung einer neuropsychologischen Untersuchung	52
BB) Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis	53
2. Berufspflichten	53
a) Bezeichnung einer Einzelpraxis als Zentrum „Wirbelsäulenzentrum U./L.“	53
b) Überprüfung der Besorgnis der Befangenheit des Präsidenten einer Landesärztekammer	54
c) Fehlen eines wirksamen Eröffnungsbeschlusses	54
3. Strafrecht	54
a) BGH: Einziehung des Arzthonorars	54
b) Vorwurf eines Tötungsdelikts bei Mehrfachmord durch Stationspfleger	55
AA) Vorwurf des Totschlags durch Unterlassen	55
BB) Vorwurf der Beihilfe zum Totschlag durch Unterlassen/Fahrlässige Tötung	55
4. Weiterbildung	55
a) Weiterbildung erst nach Feststellung der Gleichwertigkeit der Berufsqualifikation	55
b) Weiterbildungsrelevantes Behandlungs- und Leistungsspektrum	56
c) Weiterbildung nur durch einen Weiterbildungermächtigten	56
5. Zulassung zur staatlichen Kenntnisprüfung für ausländische Ärzte	56
6. Psychotherapeutenausbildung	56
a) BVerfG: Psychotherapeutenausbildung in Zukunft nur noch an Universitäten	56
b) BVerfG: Bestehen der Prüfung zur Psychologischen Psychotherapeutin trotz Schreibfehlers	57
c) Keine Anerkennung neuer Ausbildungsstätten nach Übergangsregelung des § 28 PsychThG n.F.	57
d) Kooperation einer Ausbildungsstätte mit anderer Einrichtung	57
II. Arzthaftung	58
1. Bundesgerichtshof (BGH)	58
a) Gesamtschuldnerausgleich: Beweislastumkehr wegen groben Behandlungsfehlers	58
b) Erneute Parteienanhörung durch das Berufungsgericht	58
2. Behandlungsfehler	58
a) Irrtümliche Dekompression eines Wirbelkanals in der falschen Höhe	58
b) Lagerungsposition: Beach-Chair-Position	58
c) Untersuchung der Halswirbelsäule nach Gewalteinwirkung auf den Kopf	59
d) Gastrointestinale Endoskopie: Gabe von Schmerzmitteln/Dokumentation/Schmerzensgeld	59
e) Geburtshilfliche Behandlung	59
f) Schmerzensgeld nach Geburtsschaden	59
3. Aufklärung	60
a) LASIK-Verfahren und Photorefraktive Keratektomie (PRK)	60
b) Sectio als Behandlungsalternative	60
4. Kein Anspruch auf Entlassmanagement gegenüber Krankenhaus	60
5. Kein Gutachten wegen Begutachtung im sozialgerichtlichen Verfahren	61
6. Beweisverfahren: Aussage in Notfallprotokoll/Freiverantwortliche Einwilligung	61
7. Anwaltshaftung in Arzthaftungssache: Fehlerhafte Beratung	61
ANHANG I: BSG - ANHÄNGIGE REVISIONEN VERTRAGSARZTRECHT	62
ANHANG II: BSG - ANHÄNGIGE REVISIONEN KRANKENVERSICHERUNG	65

**Die Verantwortung für den Inhalt liegt ausschließlich bei der Redaktion.**

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

e-mail: pawlita@web.de;

Telefon: 0641/201 776;

Telefax: 0641/250 2801.

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

**Bezug:** Der RID kann über die Mitgliedschaft in der **Deutschen Gesellschaft für Kassenarztrecht e.V.**, Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin (e-mail: gf@dgfkassenarztrecht.de; Tel: 030/4005-1750; PC-Fax:030/4005-27-1750; Fax:030/4005-1795) bezogen werden. Der Jahresbeitrag für natürliche Personen beträgt 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](http://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](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) wird hinsichtlich der Abteilungen Vertragsarztrecht und Krankenversicherung (Leistungsrecht) ausgewertet. Diese Ausgabe berücksichtigt die bis zum 12.02.2023 eingestellten Entscheidungen.

## A. VERTRAGSARZTRECHT

### I. Honorarverteilung

#### 1. RLV für Arztgruppe der Fachärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin

**LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 27.04.2022 - L 11 KA 56/18**

**RID 23-01-1**

[www.juris.de](http://www.juris.de) = [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

**SGB V § 87b**

Die KV war ab dem Quartal III/11 nicht nur berechtigt, sondern sogar verpflichtet, **RLV** auch für die **Arztgruppe der Fachärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin** einzuführen. Bedenken gegen die Bildung des RLV bestehen nicht wegen der **Anzahl** an betroffenen Fachärzten für Physikalische und Rehabilitative Medizin. Mit 36 bis 38 Ärzten ist die Arztgruppe nicht zu klein. Es ist nicht erforderlich, weitere Ermittlungen anzustoßen, die der Frage nachgehen, in welcher Bandbreite die rund 36 Ärzte im Bezugszeitraum abgerechnet haben.

Streitig ist das Honorar für das Quartal I/12. Bei der Kl. handelt es sich um eine BAG aus zwei Fachärzten für Physikalische und Rehabilitative Medizin. Ab Dezember 2007 wurde in der BAG zusätzlich eine angestellte Ärztin beschäftigt. Zum Quartal I/11 wurde ein weiterer Arzt budgetrelevant angestellt. **SG Düsseldorf**, Urt. v. 18.04.2018 - S 14 KA 686/12 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

#### 2. QZV: Verzicht auf Abrechnung von Leistungen und Aufbaupraxis

**LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 21.12.2022 - L 7 KA 4/19**

**RID 23-01-2**

[www.juris.de](http://www.juris.de) = [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

**SGB V § 85b**

**Leitsatz:** 1. Für die (erstmalige) Zuweisung eines **QZV** ist die Einräumung eines **Wachstumsanspruchs** dann nicht notwendig, wenn die Arztpraxis bereits ohne das QZV insgesamt ein **überdurchschnittliches Honorar** erzielt.

2. Eine fallzahlmäßig bereits überdurchschnittlich abrechnende Praxis kann die **Ausnahme von der Mengengrenzung** nicht allein mit einer unterdurchschnittlichen Fallzahl in einem Teilbereich (QZV) beanspruchen.

3. Verzichtet der Vertragsarzt aus wirtschaftlichen Gründen auf die Abrechnung von Leistungen aus einer bereits erteilten Abrechnungsgenehmigung im ersten Jahr, kann er im (folgenden) Abrechnungsquartal nicht deshalb die Regelungen für eine **Aufbaupraxis** in Anspruch nehmen.

Der Kl. ist Facharzt für diagnostische Radiologie. Er übernahm ab Oktober 2012 eine Praxis im Verwaltungsbezirk M. Zum April 2013 verlegte er seine Praxis in den Verwaltungsbezirk B. Die Beteiligten stritten über die erstmalige Festsetzung des QZV Nr. 10 für computertomographische Leistungen in den Quartalen II u. III/14. **SG Berlin**, Urt. v. 12.12.2018 - S 87 KA 2303/15 - verpflichtete die Bekl., den Kl. unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts erneut über die Zuweisungen des QZV für die Quartale II u. III/14 zu entscheiden. Das **LSG** wies die Klage ab.

#### 3. Auflösung einer BAG und Praxisneugründung: Neupatienten

**LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 26.10.2022 - L 5 KA 3909/21**

**RID 23-01-3**

[www.juris.de](http://www.juris.de) = [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

**SGB V § 87a III Nr. 5**

**Leitsatz:** Der Übergang von einer **Berufsausübungsgemeinschaft auf Einzelpraxen** stellt i.S. der Regelung des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 452. Sitzung und i.S. der „jeweiligen Arztpraxis“ des § 87a Abs. 3 Nr. 5 SGB V eine **Praxisneugründung** dar, weshalb auf der Grundlage des Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung in den ersten acht Quartalen keine Vergütung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung erfolgen kann.

Zwischen den Beteiligten steht die extrabudgetäre Vergütung der Behandlung von Patienten durch den Kl. aufgrund des „Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung“ (Terminservice- und Versorgungsgesetz, TSVG) im Quartal III/19 in Streit. Der Kl., Facharzt für Kardiologie, legte erfolglos Widerspruch gegen die Zuweisung des RLV und des QZV für das Quartal III/19 mit der Begründung ein, er wende sich gegen die Streichung der TSVG-Kennzeichnung 99873E in den in der Anl. 6 zum Honorarbescheid

aufgeführten Fällen. Für Einschränkungen dergestalt, dass Neupraxen von der Ziffer ausgenommen seien, ergebe sich keine Rechtsgrundlage. § 87a Abs. 3 S. 13 SGB V ermächtigt den Bewertungsausschuss lediglich zur Auswahl derjenigen Arztgruppen, die von der Regelung nach § 87a Abs. 3 S. 5 Nr. 5 SGB V profitieren sollten, nicht aber zur Einschränkung des Vergütungsanspruches für bestimmte Fälle. *SG Stuttgart*, Urt. v. 23.11.2021 - S 24 KA 3320/20 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

#### 4. Finanzierung des Grundbetrags „Labor“ (Quartal IV/15)

**LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 28.09.2022 - L 3 KA 30/19**

RID 23-01-4

*Revision zugelassen*

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 87b

**Leitsatz:** Es war im Quartal IV/2015 noch nicht rechtswidrig, dass **Defizite** bei der Finanzierung des Grundbetrags „Labor“ nach dem **allgemeinen Trennungsfaktor** zwischen dem haus- und dem fachärztlichen Bereich aufgeteilt wurden.

Die Kl., eine BAG mit mehreren Fachärzten für Allgemeinmedizin, wandte sich erfolglos gegen den Honorarbescheid für das Quartal IV/15. *SG Hannover*, Urt. v. 24.04.2019 - S 20 KA 311/16 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

#### 5. Notdienstvergütung: Nachträgliche Berücksichtigung des Investitionskostenabschlages

**LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 21.12.2022 - L 7 KA 52/19**

RID 23-01-5

*Revision anhängig: B 6 KA 2/23 R*

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V a.F. § 85 IV

**Leitsatz:** Hat ein vertragsärztlicher Leistungserbringer einen Honorarbescheid nur hinsichtlich konkreter Abrechnungsziffern, deren Abrechnung im Wege der sachlich-rechnerischen Berichtigung im Honorarbescheid abgelehnt wurde, angefochten, kann die KV eine erst im **Rechtsbehelfsverfahren erfolgende Schmälerung des Resthonorars** nur unter den Voraussetzungen der **reformatio in peius** rechtmäßig vornehmen.

Die Kl. ist Trägerin eines zugelassenen Krankenhauses. Die Beteiligten streiten über die Höhe der Vergütung für die Quartale III/07 sowie IV/07 und in der Berufung allein noch über die Frage, in welchem Umfang die Bekl. berechtigt war, den Investitionskostenabschlag zu berücksichtigen. *SG Berlin*, Urt. v. 25.09.2018 - S 83 KA 166/17 - wies die Klage ab, das *LSG* verurteilte die Bekl., der Kl. eine weitere Vergütung der Notfallbehandlungen innerhalb der Zeiten des organisierten Notfalldienstes in Höhe von 12.885,71 € für das Quartal III/07 und in Höhe von 15.841,98 € für das Quartal IV/07 zu zahlen.

#### 6. Kosten für Behebung technischer Probleme der Praxisverwaltungssoftware

**LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 26.10.2022 - L 5 KA 107/21**

RID 23-01-6

*Revision anhängig: B 6 KA 24/22 R*

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 82 I, 291a VII, 378 II

Der **Kostenerstattungsanspruch** im Quartal III/18 im Zusammenhang mit dem **Anschluss an die Telematikinfrastruktur (TI)** folgt aus § 291a Abs. 7 SGB V i.d.F.v. 21.12.2015 (Vorgängerregelung zu § 378 SGB V). Dabei regelt die TI-Finanzierungsvereinbarung abschließend die Erstattung der Kosten, die der Vertragsarztpraxis durch die Einführung und den Wirkbetrieb der TI entstehen (§ 1 TI-FVb). Die Kosten der Ausstattung und des Betriebs werden ausschließlich über **Pauschalen** erstattet (vgl. § 6 bis 8 TI-FVb i.V. mit Anlage 2 der TI-FVb). Dies ist unbedenklich.

Eine Erstattung von **Lohnkosten für Praxismitarbeiter**, welche auf die Behebung und den Umgang mit technischen **Problemen der Praxisverwaltungssoftware** als Folge der Inbetriebnahme des TI-Konnektors und Anbindung an die TI und damit zweifelsfrei nicht für in der TI-FVb geregelte Aufwände entstanden sind, ist nicht vorgesehen. Es handelt sich weder um erstmalige Ausstattungskosten noch um Kosten, die im laufenden Betrieb der TI entstehen. Bei Programmfehlern oder Anpassungsbedarf der Praxisverwaltungssoftware ist nicht die KV, sondern der Softwarehersteller zuständig.

Dem Vortrag, es sei offensichtlich, dass die der TI-FVb zugrunde gelegten Marktpreise nicht der **tatsächlichen Marktpreisentwicklung** und dem Marktgeschehen entsprochen hätten, kann nicht gefolgt werden. Die vereinbarten Pauschalen gelten bis zur Änderung fort.

*SG Stuttgart*, Urt. v. 30.10.2020 - S 5 KA 3545/19 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

## II. Sachlich-rechnerische Richtigstellung

### 1. Telematikinfrastuktur

#### a) Nichtteilnahme an der Telematikinfrastuktur

**SG München, Urteil v. 09.11.2022 - S 38 KA 5155/21**

RID 23-01-7

*Berufung zugelassen*

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

**SGB V a.F. § 291 IIb, IIc**

**Leitsatz:** I. Die **Honorarkürzung** nach § 291 Abs. 2b S. 9 SGB V ist nur dann rechtmäßig, wenn die Verpflichtung zur **Teilnahme an der Telematikinfrastuktur** ihrerseits rechtmäßig ist. Dies setzt insbesondere voraus, dass die Regelungen über die Telematikinfrastuktur mit höherrangigem Recht, insbesondere der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) zu vereinbaren sind (vgl. hierzu BSG, Urt. v. 20.01.2021 - B 1 KR 7/20 R - BSGE 131, 169 = SozR 4-2500 § 291a Nr. 2 und SG Stuttgart, Urt. v. 27.01.2022 - S 24 KA 166/20 - RID 22-02-6).

II. Zu den wichtigsten zu beachtenden Regelungen in der DSGVO gehört die **Sicherheit der Daten**. Nach Art. 5 Abs. 1 Buchst. f DSGVO müssen die Daten in einer Weise verarbeitet werden, die eine angemessene, nicht aber eine absolute Sicherheit der personenbezogenen Daten gewährleistet. Die Verarbeitung von Daten in den Quartalen des Jahres 2019 beschränkt sich auf einen Online-Abgleich von Daten (§ 291 Abs. 2b S. 3 SGB V). Es handelt sich um einen Verarbeitungsprozess auf niedrigster Stufe. Je umfangreicher und personenbezogener Daten aber sind, die verarbeitet werden, umso höhere Anforderungen sind an die Datensicherheit zu stellen.

III. Durch die vom Gesetzgeber vorgesehenen **Kontrollmechanismen der Gematik** (insbesondere durch das BSI und die/den BfDI) ist ein Höchstmaß an Datensicherheit gewährleistet. Hinzu kommt, dass der Gesetzgeber zur Beobachtung und falls erforderlich zur Nachbesserung verpflichtet ist.

IV. Die Regelungen des §§ 291 ff. SGB V sind auch mit den allgemeinen Grundsätzen der **DSGVO** (Art. 4, 5, 6) **vereinbar**.

V. Der Gesetzgeber ist nicht verpflichtet, der **Gematik** eine **gemeinsame Verantwortlichkeit** nach Art. 26 Abs. 1 S. 2 DSGVO zuzuweisen. Abgesehen davon wären zahlreiche Individualvereinbarungen zwischen den einzelnen Mitverantwortlichen erforderlich, was so nicht umsetzbar ist.

VI. Die Regelungen über die **Telematikinfrastuktur** (§§ 291 ff. SGB V) verstoßen nicht gegen Art. 12 **Grundgesetz**.

Der Kl. wandte sich gegen eine Honorarkürzung in den Quartalen I bis III/19 in Höhe von 1 % (= 689,52 €) wegen Nichtteilnahme an der Telematikinfrastuktur (TI). Das *SG* wies die Klage ab.

#### b) Pflicht zur Anbindung an die Telematikinfrastuktur

**SG Mainz, Urteil v. 27.07.2022 - S 3 KA 84/20**

RID 23-01-8

*Sprungrevision anhängig: B 6 KA 23/22 R*

www.juris.de

**SGB V §§ 15 II, 284, 291**

Die den Vertragsärzten auferlegte Pflicht zur Anbindung an die Telematikinfrastuktur (TI) bzw. die **Sanktionierung der Nichtanbindung durch Honorarkürzung** beruhen auf der Grundlage der §§ 291 Abs. 2b S. 3, S. 14 SGB V a.F., die nicht wegen Verstoßes gegen höherrangiges Recht nichtig sind. Sie verstoßen weder gegen die Datenschutzgrundverordnung noch gegen das GG (vgl. SG Stuttgart, Urt. v. 27.01.2022 - S 24 KA 166/20 - juris, RID 22-02-6).

Zwischen den Beteiligten steht eine Honorarkürzung (569,24 €) aufgrund der Nichtanbindung der kl. gynäkologischen BAG an die Telematikinfrastuktur und die damit verbundene Nichtdurchführung des Versichertenstammdaten-Abgleichs im Quartal I/19 in Streit. Das *SG* wies die Klage ab.



## 2. Voraussetzungen des Chronikerzuschlages

**LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 21.12.2022 - L 7 KA 49/19**

RID 23-01-9

*Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 4/23 B*

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

**SGB V a.F. § 106a**

**Leitsatz:** 1. Die Abrechenbarkeit des **Chronikerzuschlages** nach GOP 03212 EBM erfordert nach § 2 Abs. 2 der Chroniker-Richtlinie des GBA eine ärztliche Behandlung wenigstens ein Jahr lang und mindestens einmal pro Quartal.

2. **Ärztliche Behandlung** in diesem Sinne liegt nur vor bei unmittelbarem Arzt-Patienten-Kontakt und nicht etwa bei dauerhafter ärztlich verordneter Medikamenteneinnahme.

3. Als Anspruchsteller trifft den Vertragsarzt grundsätzlich die **Feststellungslast** hinsichtlich der Voraussetzungen für seinen Vergütungsanspruch. Das gilt vor allem, wenn sich der Arzt auf für ihn günstige Tatsachen berufen will, die allein ihm bekannt sind oder nur durch seine Mithilfe aufgeklärt werden können.

Die Kl. wandtet sich gegen eine sachlich-rechnerische Berichtigung des Honorars in Höhe von 69.382,44 € (brutto) für die Quartale I/10 bis IV/12 wegen fehlerhafter Abrechnung des „Chroniker-Zuschlages“ nach GOP 03212 EBM. Die Kl. betreibt die Poliklinik „H“, die als Einrichtung nach § 311 Abs. 2 SGB V a.F. seit April 2005 an der vertragsärztlichen Versorgung teilnimmt. Im streitigen Zeitraum bestand die Poliklinik aus acht Ärzten, darunter Dr. A R, Fachärztin für Innere Medizin, tätig im Rahmen der hausärztlichen Versorgung mit einer diabetologischen Schwerpunktpraxis. **SG Berlin**, Ur. v. 24.07.2019 - S 79 KA 221/16 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

## 3. Fremdanamnese: Gespräche über die jüngsten Vorkommnisse und Entwicklungen

**LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 26.10.2022 - L 5 KA 3703/21**

RID 23-01-10

*Revision anhängig: B 6 KA 25/22 R*

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

**SGB V a.F. § 106a**

**Leitsatz:** Für die **Fremdanamnese** nach der GOP 21216 EBM bedarf es nicht der umfassenden Erhebung der **lebensgeschichtlichen und sozialen Daten des Kranken**. Gespräche über die **Vorkommnisse und Entwicklungen** des Kranken während des letzten Quartals oder seit der letzten Visite sind ausreichend und genügend.

Der Kl., Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, wandte sich gegen eine sachlich-rechnerische Richtigestellung des Honorars für das Quartal II/14, mit der die Bekl. im Rahmen einer zeitbezogenen Plausibilitätsprüfung das Honorar um 6.809,60 € gekürzt hatte (Kürzung der Nr. 21216 EBM in 448 Fällen à 15,20 €). **SG Stuttgart**, Ur. v. 21.10.2021 - S 4 KA 6791/17 - hob den angefochtenen Bescheid auf, das **LSG** wies die Berufung zurück.

## 4. Kernspintomographische Untersuchungen des Herzens

**LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 28.09.2022 - L 3 KA 29/19**

RID 23-01-11

*Revision zugelassen*

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

**SGB V §§ 106a II 1, 135 I 1**

**Leitsatz:** 1. Leistungen der **Kardio-MRT** können nicht nach der EBM-Gebührenordnungsposition 34430 abgerechnet werden, weil hierunter nur morphologische MRT-Untersuchungen fallen.

2. Unabhängig hiervon steht der Abrechnung der Kardio-MRT als vertragsärztliche Leistung zurzeit entgegen, dass es sich hierbei um eine **neue Untersuchungsmethode** i.S.v. § 135 Abs. 1 S. 1 SGB V handelt.

**SG Hannover**, Ur. v. 10.04.2019 - S 24 KA 148/15 - hob auf Klage eines MVZ mit acht Fachärzten für Diagnostische Radiologie und zwei Fachärzten für Nuklearmedizin den Honorarbescheid für das Quartal I/14 hinsichtlich der Berichtigung der Nr. 34430 EBM in 160 Fällen auf und verurteilte die Bekl., die Nr. 34430 EBM in 160 Fällen nachzuvergüten. Im Übrigen (d.h. soweit sich die Klage gegen die sachlich-rechnerische Berichtigung der Nr. 34504 EBM richtete) wies es die Klage ab. Das **LSG** wies auf die Berufung der Bekl. die Klage insgesamt ab.

### III. Genehmigung/Disziplinarrecht/Notdienst

#### 1. Keine interventionelle Radiologie (Serienangiographien) durch Gefäßchirurgen

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 28.09.2022 - L 3 KA 1/21

RID 23-01-12

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de  
SGB V § 135 II

**Leitsatz:** 1. Es steht mit höherrangigem Recht in Übereinstimmung, dass anderen Fachärzten als Radiologen - hier: **Gefäßchirurgen** - die Genehmigung zur Erbringung von Leistungen der interventionellen Radiologie nicht erteilt werden kann.

2. Andere Fachärzte als Radiologen können auch nicht zu einem entsprechenden **Kolloquium** zugelassen werden.

Die Kl. betreibt in Kooperation mit dem J. ein MVZ, das an diesem Krankenhaus seinen Praxissitz hat. Die Bekl. lehnte die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der diagnostischen Katheterangiographien und therapeutischen Eingriffe nach den GOP 34283 bis 34287 EBM ab. Die Leistungen sollten durch den angestellten Arzt Dr. K. erbracht werden, der - auf der Grundlage der früheren WBO - die Bezeichnung Arzt für Chirurgie mit der Schwerpunktbezeichnung Gefäßchirurgie und der Zusatzbezeichnung Phlebologie führt. **SG Hannover**, Urt. v. 09.12.2020 - S 24 KA 164/18 - verpflichtete die Bekl., über den Antrag der Kl. unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts erneut zu entscheiden, und wies im Übrigen die Klage ab. Das **LSG** wies auf die Berufung der Bekl. die Klage insgesamt ab.

#### 2. Unzulässige Heranziehung von Privatärzten zum KV-Notdienst (KV Hessen)

LSG Hessen, Urteil v. 27.07.2022 - L 4 KA 38/22

RID 23-01-13

Revision anhängig: B 6 KA 20/22 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

§ 23 Nr. 2 HessHeilberG i.V.m. § 26 BO Hessen i.V.m. § 3 Abs. 3 Bereitschaftsdienstordnung der KV Hessen ermächtigt die KV Hessen nach Wortlaut und Systematik bereits nicht zum **Erllass belastender Satzungsregelungen gegenüber Privatärzten**. Die vertragsarztrechtliche **Ermächtigungsgrundlage** ist hierfür nicht hinreichend. Zudem entfalten Umfang und Regelungsdichte des Vertragsarztrechts insoweit eine **Sperrwirkung**, die keinen Raum für landesrechtliche Regelungen ohne bundesrechtliche Öffnungsklausel lässt. Schließlich bestehen Bedenken an der Vereinbarkeit von §§ 23, 24 HessHeilberG mit Art. 12 Abs. 1 GG und den aus Art. 20 Abs. 2 GG folgenden Grenzen zur Ermächtigung von Selbstverwaltungskörperschaften zum Erlass von belastenden Verwaltungsakten gegenüber Nichtmitgliedern.

Die Beteiligten streiten um die Befreiung des Kl. als Privatarzt vom von der Bekl. organisierten Ärztlichen Bereitschaftsdienst. **SG Marburg**, Gerichtsbb. v. 15.02.2022 - S 12 KA 136/21 - RID 22-02-18 verpflichtete die Bekl., den Kl. unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts über seinen Antrag neu zu bescheiden, und wies im Übrigen die Klage ab. Das **LSG** wies die Berufung der Bekl. zurück und stellte auf die Anschlussberufung des Kl. fest, dass der Kl. nicht zur Teilnahme am Ärztlichen Bereitschaftsdienst der Bekl. verpflichtet ist. Im Übrigen wies es die Anschlussberufung zurück.

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

#### Parallelverfahren:

LSG Hessen, Urteil v. 27.07.2022 - L 4 KA 20/22

RID 23-01-14

Revision anhängig: B 6 KA 19/22 R

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

LSG Hessen, Urteil v. 27.07.2022 - L 4 KA 36/21

RID 23-01-15

Revision anhängig: B 6 KA 16/22 R

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

LSG Hessen, Urteil v. 27.07.2022 - L 4 KA 19/22

RID 23-01-16

Revision anhängig: B 6 KA 18/22 R

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

## IV. Wirtschaftlichkeitsprüfung/Arzneikostenregress

### 1. Zufälligkeitprüfung nach einer Auffälligkeitprüfung im vorangegangenen Quartal

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 21.09.2022 - L 7 KA 44/18

RID 23-01-17

[www.juris.de](http://www.juris.de) = [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)  
SGB V a.F. § 106

**Leitsatz:** § 6 Abs. 2 der **Richtlinien** der KZBV und der Spitzenverbände der Krankenkassen zum Inhalt und zur Durchführung der **Zufälligkeitprüfung** sperrt eine Zufälligkeitprüfung nicht, wenn in dem dieser Zufälligkeitprüfung unmittelbar vorangegangenen Quartal eine **Auffälligkeitprüfung** auf Antrag von Krankenkassen und KZV vorgenommen worden ist. Die Norm will nur verhindern, dass eine Zahnarztpraxis „zufällig“ in einem Abstand von weniger als zwei Jahren wiederholt der Zufälligkeitprüfung unterzogen wird.

Die Kl. ist eine überörtliche BAG von Vertragszahnärzten. Im Quartal IV/11 bestand sie aus zwei Zahnärzten, in den Quartalen I/12 bis III/12 zusätzlich aus einem weiteren Zahnarzt. Die Kl. wandte sich erfolglos gegen eine im Wege der Wirtschaftlichkeitsprüfung verhängte Honorarkürzung für die Quartale IV/11 bis III/12 in Höhe von insgesamt 39.586,63 €. **SG Potsdam**, Urt. v. 10.10.2018 - S 1 KA 34/16 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

### 2. Psychotherapeutisches Gespräch als Einzelbehandlung (Nr. 23220 EBM)

LSG Hessen, Urteil v. 26.10.2022 - L 4 KA 63/19

RID 23-01-18

*Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 38/22 B*  
[www.juris.de](http://www.juris.de) = [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)  
SGB V §§ 75 I, 106 II; SGB X § 35 I

**Leitsatz:** 1. Eine Abrechnung der GOP 23220 EBM 2011 bei **laufender Probatorik, Kurzzeittherapie oder Langzeittherapie** nach der Psychotherapie-Richtlinie kann nicht per se eine **Unwirtschaftlichkeit** im Einzelfall begründen.

2. Hierfür gibt der **Wortlaut** der GOP 23220 EBM 2011 keinen Ansatz. Für die Auslegung einer GOP ist in erster Linie der Wortlaut der Regelung maßgebend.

Der kl. psychologische Psychotherapeut (Verhaltenstherapeut) wandte sich gegen einen Regress in Höhe von 9.706,52 € aufgrund einer Einzelfallprüfung der Nr. 23220 EBM im Jahr 2011. **SG Marburg**, Urt. v. 30.10.2019 - S 17 KA 47/16 - RID 20-01-23 verpflichtete zur Neubewertung. Das **LSG** wies die Berufung des Bekl. zurück.

### 3. Reproduktionsmedizin: Behandlung psychosomatischer Krankheitszustände

SG Marburg, Urteil v. 12.10.2022 - S 17 KA 12/18, S 17 KA 13/18

RID 23-01-19

[www.juris.de](http://www.juris.de) = [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)  
SGB V § 106 II 4, III

**Leitsatz:** 1. Die GOP 35110 EBM ist im Rahmen der **Reproduktionsmedizin** neben den GOP 08230 EBM und GOP 01822 EBM abrechenbar.

2. Soweit **psychosomatische Krankheitszustände** im Rahmen der Reproduktionsmedizin behandelt werden müssen, sind diese **Beratungen** nicht regelhaft über die Grundpauschalen abgegolten.

3. Führen die Prüfungsgremien ausdrücklich eine **Einzelfallprüfung** durch, haben sie im konkreten Behandlungsfall die Behandlungsdokumentation auf die Wirtschaftlichkeit des Ansatzes der GOP 35110 EBM hin zu überprüfen.

4. Die Abrechnung der GOP 35110 EBM setzt nicht die **Kodierung einer F-Diagnose** voraus.

Die Beteiligten streiten über die Rechtmäßigkeit einer repräsentativen Einzelfallprüfung der GOP 35110 EBM in den Jahren 2012 und 2013/2014. Der Kl. ist seit 2006 in einer Einzelpraxis als Gynäkologe niedergelassen. Er betreibt ein Kinderwunschzentrum. Das **SG** verpflichtete den Bekl., den Kl. unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden, und wies im Übrigen die Klagen ab.

#### 4. Arzneikostenregress

a) Verschärfung gegenüber Prüfantrag/Off-Label-Use (Medikinet bei Erwachsenen)

**SG München, Urteil v. 20.10.2022 - S 38 KA 50/22**

**RID 23-01-20**

[www.juris.de](http://www.juris.de) = [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

**SGB V §§ 27, 31, 106b, 129 I; AMG §§ 1, 22, 25**

**Leitsatz:** 1. Der beklagte Beschwerdeausschuss ist nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts bei der Wahl der Prüfmethode (Wirtschaftlichkeitsprüfung) weitgehend frei (vgl. BSG, Urt. v. 27.06.2001 - B 6 KA 66/00 R - SozR 3-2500 § 106 Nr. 53). Dies schließt den **Wechsel der Prüfmethode** mit ein. Wird ein **Prüfantrag** nach § 23 der Prüfvereinbarung gestellt mit der Begründung, es werde die zulässige Höchstdosis überschritten, ist aber die Verordnung insgesamt als unzulässig anzusehen, weil das Medikament nicht für den bestimmten Anwendungsbereich zugelassen ist, bestehen keine rechtlichen Bedenken, dass die Prüfungsgremien abweichend vom Prüfantrag eine Prüfung der Zulässigkeit der Verordnungsweise vornehmen.

2. Die Verordnung von **Medikinet 10mg/Medikinet 20mg**, zugelassen für Kinder und Jugendliche stellt bei der Verordnung für **Erwachsene** nach wie vor (Jahre 2018, 2019) einen unzulässigen **off-label-use** dar. Es liegt für Erwachsene kein bestimmungsgemäßer Gebrauch vor, auch wenn die identischen Wirkstoffe in den für Erwachsene zugelassenen Medikamenten und den für Kinder zugelassenen Medikamenten enthalten sind.

3. Ein **aut-idem-Fall**, d.h. ein zulässiges Ersetzen nach § 129 Abs. 1 SGB V, liegt nur dann vor, wenn das zugelassene teure Medikament gegen ein ebenfalls für diesen Anwendungsbereich zugelassenes billigeres Medikament ausgetauscht wird.

Der Kl. wandte sich erfolglos gegen eine Prüfung der Verordnungsweise in Einzelfällen (Verordnung von Methylphenidat in den Quartalen II/18 und II/19 in Höhe von insgesamt 241,77 € (157,50 € und 84,27 €). Das **SG** wies die Klage ab.

b) Rechtsmissbräuchlicher Regressantrag: Fehlende Rezeptunterschrift

**SG Mainz, Urteil v. 07.12.2022 - S 3 KA 14/19**

**RID 23-01-21**

[www.juris.de](http://www.juris.de)

**SGB V § 106; BGB § 242; BMV-Ä § 48**

**Leitsatz:** 1. Die Gemeinsame Prüfeinrichtungen haben bei Ihren Entscheidungen die Gebote von **Treu und Glauben** zu berücksichtigen.

2. Die Durchsetzung bestehender Regressansprüche kann sich nach Abwägung der widerstreitenden Interessen zwischen der antragstellenden Krankenkasse und dem in Anspruch genommenen Arzt im Einzelfall als **rechtsmissbräuchlich** darstellen.

Der kl. Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe behandelte als ermächtigter Chefarzt vor allem onkologisch erkrankte Patientinnen. Der Bekl. setzte einen Regress betreffend die Quartale I/10 bis IV/12 i.H.v. 260.267,32 € fest, weil u.a. in einer Vielzahl von Fällen die Verordnungen nicht vom Kl. unterschrieben worden seien. Das **SG** hob den angefochtenen Bescheid auf, soweit ein Regress betreffend Verordnungen ohne eigenhändige Unterschrift des Klägers festgesetzt wurde, und verpflichtete die Bekl., über den Widerspruch des Kl. gegen den Prüfbescheid unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden. Im Übrigen - betreffend Verordnungen ohne Behandlungsschein in Höhe von 14,34 € - wies es die Klage ab.

**Aus den Gründen:**

„(...) Dies zugrunde gelegt, hätte der Beklagte den Antrag der Beigeladenen zu 2) nach den Grundsätzen der anerkannten Unterfallgruppe **exceptio doli praesentis** als **rechtsmissbräuchlich** ablehnen müssen, soweit ein Regress wegen Verordnungen ohne eigenhändige Unterschrift des Klägers in Frage steht. Die zuvor benannte Unterfallgruppe greift ein, wenn die Rechtsausübung der Art oder den Begleitumständen nach ungehörig wäre oder kein schutzwürdiges Interesse an ihr besteht, so dass ihr einzig möglicher Zweck die Benachteiligung des Betroffenen ist. Das besondere Charakteristikum dieser Fallgruppe stellt eine wertende Missbilligung und ein daraus resultierende rechtlich-sittliche Vorwurf des gegenwärtigen Verhaltens des Rechtsausübenden (Schubert, in: MüKo BGB, § 242 Rn 243; siehe auch BSG NJW 2010, 1485, 1486) dar. Diesem Vorwurf sieht sich die Beigeladene zu 2) nach Auffassung der Kammer ausgesetzt. (...)

Das **Interesse** des in Anspruch genommenen **Arztes** liegt zuvörderst in der **Vermeidung finanzieller Einbußen**. Je eher der beantragte Regress geeignet ist, gravierende finanzielle Auswirkungen auf die persönliche Lebensführung des Arztes zu haben, desto mehr Gewicht ist diesem Interesse beizumessen. Erzielte Einkünfte aus den streitbefangenen Leistungen sind hierbei kompensatorisch zu berücksichtigen. Würden wegen desselben Verstoßes weitere Prüfverfahren beantragt, sind die im Streit stehenden Regresssummen zu addieren, da die drohenden finanziellen Belastungen des betroffenen Arztes nur auf diese Weise sachgerecht beurteilt werden kann. Zutreffend hat die Beigeladene zu 2) darauf hingewiesen, dass dies die Durchsetzung von Regressen mit zunehmendem Umfang erschwert. Entgegen ihrer Auffassung weckt dieser Umstand jedoch

keine durchgreifenden Zweifel an der hier vertretenen Auffassung: Die Kammer erlaubt sich zunächst darauf hinzuweisen, dass sowohl die **Anzahl der Pflichtverletzungen** als auch die **Höhe des Regresses keinen Rückschluss** auf die Vehemenz und Qualität der Pflichtverletzung zulassen. Prüfanträge der Krankenkassen werden naturgemäß für Zeiträume aus der Vergangenheit – regelmäßig unter Ausreizung der vierjährigen Ausschlussfrist – gestellt. Wie häufig ein Arzt die ihm vorgeworfene Pflichtverletzung, mit der er regelhaft erstmalig infolge des Prüfantrags konfrontiert wird, in diesem Zeitraum – meist fahrlässig/unbewusst – begangen hat, bleibt dem Zufall überlassen. Gleiches gilt für die Höhe des Regresses, der im Wesentlichen von der Kostenintensität der streitbefangenen Leistung abhängig ist. Ferner erinnert die Kammer daran, dass die Gebote von Treu und Glauben der einzelfallbezogenen Durchsetzung von der Rechtsordnung immanenten Wertungen dient. Eine das öffentliche Recht prägende Wertung ist das Übermaßverbot. Je eher ein drohender Regress dazu geeignet ist, über das **gesetzgeberische Ziel des Prüfverfahrens** – namentlich die sanktionsbewährte Anhaltung der zugelassenen Leistungserbringer zu wirtschaftlichem Verhalten – hinauszuschießen und die **Existenzgrundlage des Betroffenen zu gefährden**, desto mehr drängt es sich auf, Billigkeitserwägungen gegenüber

Dies zugrunde gelegt, überwiegt vorliegend das Interesse des Klägers. Die mit dem Regress einhergehenden **finanziellen Belastungen** sind immens und zweifelsohne geeignet, sich gravierend auf die Lebensverhältnisse des Klägers auszuwirken. Verfahrensübergreifend wurden wegen Verordnungen ohne eigenhändige Unterschrift des Klägers Regresse i.H.v. insgesamt 286.535,52 EUR festgesetzt. **Einkünfte** hat der Kläger mit den streitbefangenen Verordnungen nicht erzielt. Den redlichen Interessen der Beigeladenen zu 2) kommt hingegen ein marginales Gewicht zu: Der Verstoß gegen das **Gebot persönlicher Leistungserbringung** beschränkt sich vorliegend auf die der Arzneimittel-Anforderung nachgelagerte fehlende Gegenzeichnung der Verordnungsblätter; dass der Kläger maßgeblich verantwortlich für die verordnete Therapieentscheidung war, steht außer Frage. Infolge der vom Kläger geschilderten Abläufe (Gegenzeichnung der Empfehlung des Tumorbords durch den Kläger; eigenhändige digitale Arzneimittel-Anforderung, die vom Kläger unterschrieben zur jeweiligen Patientenakte genommen wurde), die klinikintern dokumentiert und im Falle des Bestreitens vom Beklagten im Rahmen seiner Amtsermittlung zu überprüfen wären, kann ausgeschlossen werden, dass der Kläger bei seiner Verordnungstätigkeit unter Missachtung des Gebots persönlicher Leistungserbringung weitere ärztliche Leistungen an anderen Personen delegiert hat. Ferner bestehen keine Zweifel am Bestehen der grundsätzliche **Kostentragungspflicht der Beigeladenen** zu 2) für die vom Kläger verordneten Arzneimittel. Der Regress betrifft ausschließlich zugelassene Standard-Therapeutika, die im Rahmen der jeweiligen Tumorerkrankung zu den leitliniengerechten Therapieregimen gehören und deren Sachdienlichkeit weder vom Beklagten noch von der Beigeladenen zu 2) in Abrede gestellt wurden. (...)“

c) Richtgrößenvolumen: Erstmaligkeit/Beratung/„Filterverfahren“

LSG Baden-Württemberg, Beschluss v. 03.05.2022 - L 5 KA 1906/21

RID 23-01-22

[www.juris.de](http://www.juris.de) = [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

SGB V a.F. § 106

Eine **Überschreitung des Richtgrößenvolumens** im Jahr 2013 um mehr als 25 % ist **nicht „erstmalig“**, wenn bereits für das Jahr 2007 eine solche Überschreitung festgestellt wurde. Dass im sich anschließenden Widerspruchsverfahren der Regress in eine Beratung umgewandelt wurde, ist unerheblich. Entscheidend ist allein, dass im bestandskräftigen Widerspruchsbescheid bestätigt wurde, dass im Jahr 2007 das Richtgrößenvolumen um mehr als 25 % überschritten wurde.

Die **Beratung** kann auch vom **Beschwerdeausschuss** vorgenommen werden. Im Übrigen reicht es aus, dass eine Beratung angeordnet werde, was auch durch den Beschwerdeausschuss erfolgen kann.

Ein **Antrag auf Anerkennung von Praxisbesonderheiten** verlängert nicht die Dauer der Beratung.

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

Es ist **Aufgabe des Arztes**, entscheidungserhebliche Umstände, die auf eine Abweichung seiner Praxis von der Typik der Praxen der Fachgruppe schließen lassen und die festgestellten Abweichungen in Bezug auf die Schmerzmitteltherapie erklären, darzulegen und nachzuweisen.

Der kl. Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie wandte sich erfolglos gegen einen Regress wegen Überschreitung des Richtgrößenvolumens für das Jahr 2013 in Höhe von 25.000 € (netto). **SG Stuttgart**, Urt. v. 22.04.2021 - S 4 KA 535/17 - wies die Klage ab, das **LSG** wies die Berufung, **BSG**, Beschl. v. 17.11.2022 - B 6 KA 19/22 B - RID 23-01-36 die BSG, Beschl. v. 17.11.2022 - B 6 KA 19/22 B - juris wies die Nichtzulassungsbeschwerde zurück.

d) Keine Zuständigkeit der Prüfungsgremien für Wirtschaftlichkeitsprüfung der Hochschulkliniken

**LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 26.10.2022 - L 5 KA 324/22**

**RID 23-01-23**

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de  
SGB V §§ 85, 106, 106c, 113 IV

Die Prüfungsgremien sind seit 23.07.2015 nicht mehr für die **Wirtschaftlichkeitsprüfung** der Versorgung durch **Hochschulkliniken zuständig** (§ 113 Abs. 4 S. 1 SGB V i.d.F. des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes <GKV-VSG> v. 16.07.2015). Die Zuständigkeitsänderung wirkt sich auch auf bereits **laufende Prüfverfahren** aus, weil sie allein das formelle Verfahren betrifft (vgl. BSG, Urt. v. 28.10.2015 - B 6 KA 45/14 R - SozR 4-2500 § 106 Nr. 53; BSG, Urt. v. 09.04.2008 - B 6 KA 34/07 R - SozR 4-2500 § 106 Nr. 18; BSG, Urt. v. 28.04.2004 - B 6 KA 8/03 R - BSGE 92, 283 = SozR 4-2500 § 106 Nr. 5). Einer **teleologischen Reduktion** des § 113 Abs. 4 SGB V auf Fälle, in denen das Prüfverfahren erst nach Inkrafttreten begonnen hatte, stehen die Grenzen verfassungsrechtlich zulässiger richterlicher Rechtsfortbildung entgegen. Der Wortlaut der Norm ist eindeutig; eine Übergangsvorschrift hat der Gesetzgeber nicht vorgesehen. Von einer planwidrigen Regelungslücke kann nicht ausgegangen werden. Angeführte Schwierigkeiten bei der Umsetzung der Zuständigkeitsänderung und drohende Fristversäumnisse rechtfertigen keine Abweichung vom Gesetzeswortlaut.

Die Trägerin einer Hochschulambulanz klagte gegen einen Regress wegen der Verordnung von Colestyramin als Rezeptur in den Quartalen II/13 bis I/14 in Höhe von 4.207,03 € für einen an Morbus Crohn erkrankten Versicherten. **SG Stuttgart**, Urt. v. 08.12.2021 - S 5 KA 1986/18 - hob den angefochtenen Bescheid auf. Das **LSG** wies die Berufung des Bekl. zurück.

## V. Zulassungsrecht

### 1. Zulassung

a) Teilentsperrung

aa) Beginn der Dreimonatsfrist zur Aufnahme der vertragsärztl. Tätigkeit bei Konkurrentenklage

**SG Nürnberg, Urteil v. 05.10.2022 - S 13 KA 5/21**

**RID 23-01-24**

www.juris.de  
SGB V §§ 95, 103

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

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

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

Im Lichte von Art. 12 Abs. 1 und Art. 3 Abs. 1 GG kann ein Bewerber, der die Kriterien nach § 26 Abs. 4 Nr. 3 BedarfspflRL insgesamt besser als seine Mitbewerber erfüllt, nicht allein deshalb nicht berücksichtigt werden, weil er an einem Ort, an dem ein Versorgungsbedarf besteht, bereits eine **Filiale betreibt**. Die eigene Filiale der BAG ist dann im Rahmen seiner Bewerbung für einen Vertragsarztsitz am (bisherigen) Filialstandort nicht unter dem Aspekt der räumlichen Wahl des Vertragsarztsitzes zu werten.

Wird die vertragsärztliche Tätigkeit **nicht innerhalb von drei Monaten** nach Zustellung des Beschlusses über die Zulassung aufgenommen (§ 95 Abs. 7 Satz 1 SGB V), führt dies weder zur Rechtswidrigkeit der Zulassung noch wird eine Rechtsverletzung des unterlegenen Konkurrenten bewirkt. Auch ist eine **einschränkende Auslegung** der Regelung des § 95 Abs. 7 Satz 1 SGB V geboten, wenn sich die Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit aus einem wichtigen, zum Zeitpunkt der Beantragung der Zulassung noch nicht absehbaren Grund ohne eigenes Verschulden des Begünstigten, wie vorliegend durch die Anfechtung der Zulassung durch einen Konkurrenten, verzögert (zu § 19 Abs. 3 Ärzte-ZV vgl. BSG, Urt. v. 13.05.2015 - B 6 KA 25/14 R - BSGE 119,79 = SozR 4-5520 § 19 Nr. 3). Wird **Widerspruch bzw. Klage** gegen die Zulassung erhoben, **beginnt die Dreimonatsfrist** (erst) ab Bestands- bzw. Rechtskraft der Zulassung zu laufen. Ein Beschluss über das vorübergehende Ruhen der Zulassung nach § 95 Abs. 5 Satz 1 SGB V ist nicht zu verlangen, weil sonst der von den Zulassungsgremien Begünstigte sich bei Konkurrentenanfechtung stets gegen einen von Gesetzes wegen durch Zeitablauf drohenden „automatischen“ Rechtsverlust wenden und einen - rechtzeitigen - Ruhensbeschluss nach § 95 Abs. 5 Satz 1 SGB V erwirken müsste.

Die Beteiligten streiten im Rahmen einer Konkurrentenklage um die Vergabe eines hälftigen Vertragsarztsitzes für die Arztgruppe der Kinder- und Jugendärzte nach Teilentsperrung. Der Zulassungsausschuss ließ den Beigel., Kinder- und Jugendarzt/Neuropädiatrie zu, der, Mitglied einer kinderärztlichen BAG, auf seine Zulassung im Rahmen eines Sonderbedarfs hälftig verzichtete. Der Widerspruch des Kl., Kinder- und Jugendarzt/Pneumologie, blieb erfolglos. Das **SG** wies die Klage ab.

bb) Geltung der Nachrangregelung für MVZ

**LSG Bayern, Urteil v. 14.09.2022 - L 12 KA 35/21**

**RID 23-01-25**

*Revision anhängig: B 6 KA 26/22 R*

[www.juris.de](http://www.juris.de)

**SGB V § 103 IVc 3 u. 4**

§ 103 Abs. 4c Satz 3 SGB V ist wegen einer planwidrigen Regelungslücke entsprechend auch für **Auswahlverfahren** nach **Entsperren** des Planungsbereich anzuwenden.

Die Vorschrift ist **nicht verfassungswidrig** (vgl. hierzu inzident BSG, Urt. v. 15.05.2019 - B 6 KA 5/18 R - BSGE 128, 125 = SozR 4-2500 § 103 Nr. 27 zur „Konzeptbewerbung“ und die zutreffenden Ausführungen des SG München, Urt. v. 27.07.2020 - S 28 KA 438/19 - juris, RID 20-04-22).

Die in § 103 Abs. 4c Satz 3 SGB V geregelte **Nachrangigkeit** kann denklogisch nur eingreifen, wenn **unter gleichwertigen Bewerbern** zwischen einem freiberuflichen Bewerber und einem mehrheitlich von Kapitalinvestoren geführten MVZ eine Auswahlentscheidung zu treffen ist. Andernfalls könnte sich ein MVZ, bei dem die Mehrheit der Geschäftsanteile und der Stimmrechte nicht bei Vertragsärzten liegt, nicht neben anderen freiberuflichen Ärzten oder MVZ bewerben, weil es von vornherein - unabhängig von Erfahrung und Qualifikation des jeweiligen Bewerbers - aus der Auswahlentscheidung herausfallen würde. Hätte der Gesetzgeber dies gewollt, hätte er dies im Hinblick auf die weitreichende Konsequenz als Berufsausübungsregelung nach Art. 12 GG explizit regeln müssen. „Nachrangig berücksichtigen“ bedeutet gerade keine Einschränkung des Auswahlmessens der Zulassungsgremien insoweit, als die von § 103 Abs. 4c Satz 3 SGB V erfassten MVZ von vornherein nicht in die Auswahlentscheidung mit einbezogen werden dürfen. Das Gesetz sieht **keinen grundsätzlichen Ausschluss von nicht-vertragsärztlich geführten MVZ** vor, sondern stellt die Nachrangigkeit nur als ein Kriterium unter den **gleichrangig zu wertenden Auswahlkriterien**, nicht aber eine Ausschlussregelung, dar.

Nach Entsperrung für einen halben rheumatologischen Versorgungsauftrag bewarb sich das kl. MVZ erfolglos mit dem Antrag auf Genehmigung der Beschäftigung der Beigel. zu 9). Zugelassen wurde der Beigel. zu 8). **SG München**, Urt. v. 27.07.2021 - S 43 KA 10/21 - RID 21-04-16 wies die Klage ab, das **LSG** verurteilte den Beigel., über den Widerspruch der Kl. gegen den Beschl. des Zulassungsausschusses v. 06.05.2020 sowie den Antrag der Kl. auf Genehmigung der Beschäftigung von Dr. X, Fachärztin für Innere Medizin und Rheumatologie, im MVZ mit 20 Wochenstunden unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats neu zu bescheiden.

cc) Erledigung des Auswahlverfahrens nach Aufgabe der genehmigten Anstellung

**SG München, Urteil v. 23.11.2022 - S 38 KA 35/21**

RID 23-01-26

[www.juris.de](http://www.juris.de) = [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

**SGB V § 103**

**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**.

II. Die **Zulassungsablehnung/en des/der Mitbewerber** teilen das Schicksal der positiven Zulassungsentscheidung. Eine kombinierte Anfechtungs- und Verpflichtungsklage von abgelehnten Mitkonkurrenten nach § 54 SGG ist daher unzulässig.

Nach Teilentsperrung für einen hälftigen Versorgungsauftrag im Planungsbereich für die Facharztgruppe der Urologen bewarb sich M. (Kl.), der bereits einen hälftigen Versorgungsauftrag besitzt, für einen hälftigen Vertragsarztsitz. Weitere Bewerber waren E. (Beigel. zu 8.), die einen Antrag auf Genehmigung zur Beschäftigung von R. als angestellter Arzt mit 20 Wochenstunden stellte, sowie B. auf Genehmigung zur Beschäftigung von O. mit 20 Wochenstunden. Der Zulassungsausschuss gab dem Antrag von E. auf Anstellung von R. statt. Der Widerspruch des Kl. blieb erfolglos. Nach Klageerhebung teilte die Beigel. zu 8. mit, R. habe sich mittlerweile anderweitig orientiert. Er sei Familienvater und habe nicht weiter zuwarten können. Dies habe damit zu tun, dass sich das Verfahren lange hingezogen habe, auch wegen des Suspensiveffektes. Das **SG** wies die Klage sowohl im Hauptantrag (Zulassung), als auch im Hilfsantrag (Neubescheidung) als unzulässig ab.

b) Keine Anfechtungsberechtigung gegenüber einer MVZ-Zulassung

**LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 11.05.2022 - L 11 KA 31/20**

RID 23-01-27

*Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 24/22 B*

[www.juris.de](http://www.juris.de) = [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) = MedR 2022, 1036

**SGB V §§ 96 IV, 97 III 2, SGG §§ 66 II, 84 I 1**

Erfolgt keine Bekanntgabe im Sinne des § 37 SGB X, gilt stattdessen in Anlehnung an § 66 Abs. 2 SGG eine **Anfechtungsfrist von einem Jahr**. Diese beginnt mit der tatsächlichen Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit, die in aller Regel mit dem dafür in der Zulassung genannten Datum übereinstimmt (BSG, Urt. v. 17.10.2012 - B 6 KA 40/11 R - SozR 4-2500 § 95 Nr. 27 Rn. 23 ff.).

Der einem MVZ mit der Zulassung eingeräumte Status ist nicht gegenüber der vertragsärztlichen Zulassung eines Vertragsarztes nachrangig. Einem Vertragsarzt fehlt daher die **Anfechtungsberechtigung** gegenüber der MVZ-Zulassung.

Der Zulassungsausschuss ließ im Februar 2018 das MVZ D Klinik in Trägerschaft der Beigel. zu 10) mit den Beigel. zu 8) und 9), Fachärzte für Augenheilkunde, - jeweils als ärztlichen Leitern - sowie zwei weiteren Fachärztinnen für Augenheilkunde - sämtliche mit einem Anrechnungsfaktor von 1,0 - als angestellten Ärzten und zwei weiteren Fachärzten für Augenheilkunde als angestellte Ärzten zu. Die Beigel. zu 8) und 9) verzichteten zum 31.03.2018 auf ihre jeweilige Zulassung vorbehaltlich einer Anstellung im MVZ. Der Kl., Facharzt für Augenheilkunde, beantragte im März 2019 erfolglos, die dem MVZ erteilte Zulassung zu widerrufen bzw. zu entziehen, und die freiwerdenden Vertragsarztsitze neu auszuschreiben, weil die Gründungsgesellschafter nicht die Absicht gehabt hätten, das MVZ selbst zu betreiben. Der Kl. bat sodann, sein Schreiben vom März 2019 als (Dritt-)Widerspruch gegen den Beschluss des ZA vom Februar 2018 zu werten. **SG Duisburg**, Gerichtsbb. v. 24.08.2020 - S 19 KA 4/19 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

## 2. Psychotherapeutische Zweigpraxis: Video- und Abendsprechstunden

**SG Hamburg, Urteil v. 09.11.2022 - S 3 KA 166/20**

RID 23-01-28

[www.juris.de](http://www.juris.de)

**Ärzte-ZV § 24 III**

Eine **qualitative Verbesserung** der Versorgung im Bereich Psychotherapie durch telemedizinische Behandlungsangebote ist von dem Betrieb einer Zweigpraxis nicht zu erwarten, wenn **Videosprechstunden** von den anderen zugelassenen Behandlern umfangreich genutzt werden.

Eine **quantitative Versorgungsverbesserung** durch **Abendsprechstunden** liegt nicht vor, wenn die ansässigen Behandler solche in einem relevanten Ausmaß bereits anbieten.



Die Kl., ein MVZ im Bereich Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, beantragte erfolglos die Genehmigung einer Zweigpraxis. Das **SG** wies die Klage ab.

### 3. Ruhen einer Angestelltenstelle

**LSG Bayern, Urteil v. 19.01.2022 - L 12 KA 13/21**

**RID 23-01-29**

[www.juris.de](http://www.juris.de) = [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

**SGB V §§ 95 V, IX, 103 IVb 5**

**Leitsatz:** 1. Der Beschluss über das **Ruhen der Zulassung** suspendiert den Versorgungsauftrag des Vertragsarztes, beseitigt aber nicht den Zulassungsstatus.

2. Voraussetzung für die Anordnung eines Ruhens der Zulassung, d.h. die Suspendierung des Versorgungsauftrages, ist daher das **Vorliegen eines vertragsärztlichen Status**.

3. Ein Status, der ruhend gestellt werden könnte, ist mit einer **genehmigten Anstellung** verbunden, nicht aber mit der **Arztstelle** als solcher.

Der Kl. und Z beendeten die gemeinschaftliche Ausübung in der BAG zum 30.09.2018. Der Zulassungsausschuss genehmigte die Verlegung des Praxissitzes des Kl. und stellte fest, dass die dem Kl. erteilte Genehmigung zur Beschäftigung von K als angestellter Arzt mit einer Arbeitszeit von 40 Wochenstunden zum 30.09.2018 ende. Er wandelte die genehmigte Beschäftigung von K als angestellter Arzt in eine Teilzulassung (Bedarfsplanungsfaktor 0,5) um und ließ K hälftig zur vertragsärztlichen Versorgung zu. Aufgrund eines von K erklärten Verzichts stellte der Zulassungsausschuss außerdem das Ende der Teilzulassung von K zum 30.09.2018 fest und erteilte Z die Genehmigung zur Beschäftigung von K als angestellter Arzt im Umfang von 20 Wochenstunden ab 01.10.2018. Diese Beschlüsse wurden alle rechtskräftig. Der Zulassungsausschuss verlängerte mit Beschl. v. 29.05.2019 (ausgefertigt am 15.08.2019) die Frist zur Nachbesetzung der (beim Kl. verbliebenen 1/2) Arztstelle der Arztgruppe Physikalische und Rehabilitative Medizin mit bis zu 20 Wochenstunden (Bedarfsplanungsfaktor 0,5) um maximal sechs Monate bis zum 30.09.2019. Am 16.09.2019 beantragte der Kl. eine individuelle Entscheidung über eine Nachbesetzungsfristverlängerung. Am 01.10.2019 stellte er den Antrag, die ihm „erteilte genehmigte Anstellung eines Facharztes für Physikalische und Rehabilitative Medizin im Stundenumfang von 20 Wochenstunden ruhend zu stellen, entsprechend § 95 Abs. 5 SGB V, § 26 Ärzte-ZV“. Das Ruhen solle ab sofort und für die längst mögliche Zeit festgestellt werden. Er verhandle derzeit mit einer Interessentin, was sich aber noch eine Zeit - wahrscheinlich bis Jahresende - hinzuziehen scheine. Hilfsweise werde beantragt, hinsichtlich der PRM-Arztstelle die Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens gem. § 95 Abs. 9 i.V.m. § 103 Abs. 3a SGB V zu genehmigen. Der Zulassungsausschuss gab mit Beschl. v. 27.11.2019 dem Antrag statt bis maximal zum 31.03.2020. Der Kl. legte Widerspruch insoweit ein, als der Zulassungsausschuss abweichend vom Hauptantrag nicht das Ruhen der Anstellungsgenehmigung betreffend K angeordnet habe. Der Widerspruch blieb erfolglos. Der Bekl. lehnte den Antrag auf Ruhen ab, weil die Anstellung von K beim Kl. zum 30.09.2018 beendet worden sei. Im Zeitpunkt der Antragstellung am 01.10.2019 fehle es an der Voraussetzung eines angestellten Arztes, der seine Tätigkeit nicht aufnimmt oder nicht ausübt und dessen genehmigte Anstellung deshalb vorübergehend zukunftsgerichtet dispensiert werden könnte. **SG München**, Gerichtsbb. v. 08.03.2021 - S 49 KA 85/20 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück. **BSG**, Beschl. v. 06.10.2022 - B 6 KA 12/22 B - juris verwarf die Nichtzulassungsbeschwerde des Kl. als unzulässig.

### 4. MVZ-Gründungsvoraussetzungen: Unvollst. Übertragung der Gesellschaftsanteile auf Angestellten

**SG München, Urteil v. 22.11.2022 - S 38 KA 121/20**

**RID 23-01-30**

[www.juris.de](http://www.juris.de) = [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

**SGB V § 95**

**Leitsatz:** 1. Sinn und Zweck des durch das TSVG (Gesetz vom 06.05.2019, BGBI. S. 646) eingefügten § 95 Abs. 6 S. 5 SGB V bestehen in einer erleichterten **Perpetuierung der Gründungsvoraussetzungen** des § 95 Abs. 1a S. 1 SGB V zum Bestandsschutz bestehender MVZ.

2. Ein komplettes **Ausscheiden eines „Altgründungsgesellschafters“** verbunden mit einer kompletten Übertragung der von ihm gehaltenen Gesellschaftsanteile auf den im MVZ anzustellenden Arzt ist nicht erforderlich. Vielmehr sind die Voraussetzungen von § 95 Abs. 6 S. 5 SGB V auch dann erfüllt, wenn nur Teile der von dem „Altgründungsgesellschafter“ gehaltenen Gesellschaftsanteile übertragen werden und es dadurch zu einer Mehrung der Gesellschafter kommt.

Die Kl., ein MVZ in der Form einer GmbH, begehrte die Genehmigung der Aufnahme von B. als Gesellschafter in die Trägergesellschaft. Dem Antrag gab der Zulassungsausschuss statt. Auf Widerspruch der

beigel. KV hob der bekl. Berufungsausschusses die Entscheidung auf und wies den Antrag der Kl. zurück. Die beigel. KV war der Auffassung, für einen Antrag auf Genehmigung der Aufnahme eines angestellten Arztes als Gesellschafter sei es notwendig, sämtliche Gesellschaftsanteile des Gründers auf den als „Neugesellschafter“ vorgesehenen Arzt zu übertragen. Im Klageverfahren teilte die Kl. mit, mit inzwischen bestandskräftigem Beschluss des Zulassungsausschusses sei die Aufnahme von B. in die Trägergesellschaft O. nach mehreren Zwischenschritten (Zulassung von B. mit einem hälftigen Versorgungsauftrag, dann Genehmigung des Beitritts von B. zur Träger GmbH und anschließendem Verzicht von B. auf Zulassung) genehmigt worden. Das **SG** stellte fest, dass der Bescheid des Berufungsausschusses rechtswidrig ist.

## 5. Zulassungsentziehung

### a) Missbrauch vertragsärztlicher Kooperationsformen

**LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 21.09.2022 - L 7 KA 4/20**

**RID 23-01-31**

[www.juris.de](http://www.juris.de) = [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

**SGB V § 95 VI; Ärzte-ZV § 27 I 1**

Liegen verdeckte Anstellungsverhältnisse vor, so stellen sich die Ausgestaltung wie auch die Tätigkeit einer überörtlichen BAG als **Missbrauch vertragsärztlicher Kooperationsformen** dar. Bereits das begründet einen Pflichtenverstoß der teilnehmenden Ärzte, der als gröblich zu bewerten ist. Für eine freie **Selbständigkeit** ist ein relevantes wirtschaftliches Risiko typisch. Es muss eine Beteiligung an der Verwertung des von den Ärzten erarbeiteten (immateriellen) Wertes der überörtlichen BAG bestehen. Auf eine Unselbständigkeit deutet eine Einschränkung der Dispositionsfreiheit, konkret in der persönlichen Erbringung der ärztlichen Leistungen, sowie messbare Einflussnahmen seitens eines Arztes hin.

Vertragsärzte müssen die maßgebenden **Vertragswerke**, die ihre berufliche Zusammenarbeit betreffen, so **konzipieren**, dass die Mitglieder, die Struktur und die Organisation der beabsichtigten Kooperation der Leistungserbringer von den Zulassungsbehörden, die zur Prüfung einer Genehmigung berufen sind, jederzeit nachvollzogen werden können. Im gleichen Interesse steht es, dass die für die Beurteilung der Rechtmäßigkeit der Zusammenarbeit relevanten Verträge den Zulassungsbehörden vollständig vorgelegt werden.

Die Herbeiführung einer für eine Kooperation **unübersichtlichen Vertragslage** durch einen Vertragsarzt stellt einen selbständigen **Verstoß gegen die vertragsärztlichen Pflichten** dar. Wird ein Vertragsarzt vertragsgestaltend tätig, um eine Kooperation zu gründen, hat er sich ausreichenden juristischen Sachverstand zu beschaffen und sich ggf. um Beratung zu kümmern. Unterlässt er dies und begibt sich auf das Gebiet der privatrechtlichen Vertragsgestaltung und schafft - als Laie - eine widersprüchliche Vertragslage, so verletzt er zumindest die Sorgfaltspflicht, die ihm als Vertragsarzt hinsichtlich der Rechtmäßigkeit der gewählten Kooperationsformen obliegt.

Der seit 1991 als Vertragszahnarzt zugelassene Kl. ist nach eigenen Angaben seit 2003 neben seiner Ehefrau Dr. W und anderen Familienangehörigen Gesellschafter und Geschäftsführer eines Dentallabors. Er war seit 1997 in einer Praxisgemeinschaft u.a. mit seiner Ehefrau Dr. W tätig. 2004 wurde zwischen den Ärzten mittels mündlichen Vertrages die „Praxisgemeinschaft Zahnärzte“ gegründet. Im April 2007 wurde die Praxisgemeinschaft mittels handschriftlichen Beschlusses in eine BAG umgewandelt. Der Kl. beantragte ab Mai 2008 die Genehmigung einer überörtlichen BAG (üBAG), die bis zu ihrem Ende im Juni 2015 wechselnde Besetzungen hatte. Mit mehreren Beschlüssen vom September 2015 stellte der Zulassungsausschuss fest, dass die früheren Genehmigungen der üBAGs für die Zeit vom 01.07.2008 bis zum 30.06. 015 rechtswidrig zustande gekommen seien. Auf entsprechenden Antrag der Beigel. zu 1) entzog der Zulassungsausschuss dem Kl. im August 2016 die vertragszahnärztliche Zulassung. Der Kl. habe gröblich gegen seine vertragszahnärztlichen Pflichten verstoßen. Er habe die Genehmigungen der üBAGs durch arglistige Täuschung erlangt, indem er bei Antragsstellung nicht alle für die Prüfung der Genehmigungsfähigkeit der üBAG erforderlichen Unterlagen, insb. die Praxiskaufverträge, vorgelegt habe. Der Kl. habe zudem vertragszahnärztliche Leistungen nicht peinlich genau abgerechnet, weil nicht alle Mitglieder der üBAGs tatsächlich in freier Praxis tätig gewesen seien, sondern verdeckte Angestelltenverhältnisse vorgelegen hätten. Darüber hinaus habe der Kl. gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot verstoßen, indem er die anderen Mitglieder der üBAG angewiesen habe, Leistungen entgegen dem Wirtschaftlichkeitsgebot zu erbringen, um wirtschaftliche Vorteile zu erlangen. Außerdem lägen weitere Pflichtverletzungen im Zusammenhang mit den üBAGs vor. Der Widerspruch des Kl. blieb erfolglos. **SG Potsdam**, Urt. v. 20.11.2019 - S 1 KA 20/17 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

Der Disziplinausschuss ordnete ein Ruhen der Zulassung des Kl. wegen schuldhafter schwerwiegender Verstöße gegen vertragszahnärztliche Pflichten an. SG Potsdam, Urt. v. 11.12.2019 - S 1 KA 79/16 - RID 20-01-20 wies die Klage ab, Berufung anhängig: LSG Berlin-Brandenburg - L 7 KA 3/20 -.

b) Gesundheitliche Gründe: Einschätzung des Zulassungsgremiums

**LSG Schleswig-Holstein, Beschluss v. 21.11.2022 - L 4 KA 105/22 B ER**

RID 23-01-32

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

**SGB V § 95 VI; Ärzte-ZV § 21 Satz 3 u. 4; SGG § 86b I 1 Nr. 2**

**Leitsatz:** Der Entzug einer Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung aus **gesundheitlichen Gründen** sowie die Anordnung des Sofortvollzugs dieser Entscheidung setzen als Eingriff in die Berufsfreiheit voraus, dass der Gesundheitszustand des Vertragsarztes durch ärztliche Befund- und Behandlungsberichte **dokumentiert** oder ein **Gutachten** i.S.v. § 21 Sätze 3 und 4 Ärzte-ZV festgestellt wird. **Einschätzungen der ärztlichen Mitglieder des Zulassungsgremiums** reichen in der Regel nicht aus.

Der 1941 geb. Ast. ist seit 1977 als praktischer Arzt in H zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Nach Kenntnisnahme von Berichten über von dem Ast. ohne Anamnese und Untersuchung ausgestellte Impfbefreiungen und staatsanwaltlichen Ermittlungen bat der Ag. den Ast. um Stellungnahme mit vorsorglicher Beifügung einer Verzichtserklärung. Der Ast. reagierte darauf zunächst nicht. Die beigel. KV nahm nach Berechnung und Festsetzung des Honoraranspruchs des Ast. für das Quartal I/22 (über insgesamt 214.479,69 €) eine **sachlich-rechnerische Korrektur** in Höhe von 139.878,38 € vor. Die Korrektur erfolgte, weil der Ast. im Quartal I/22 von insgesamt 6.028 abgerechneten Versicherten einen für seine Praxis ungewöhnlich hohen Anteil von 4.741 Patienten als Neupatienten gekennzeichnet habe, von denen 4.413 Patienten mit der gesicherten Diagnose F 41.1 (generalisierte Angststörung) codiert worden seien. Darüber hinaus sei die KV durch einen Presseartikel für jedenfalls einen Fall darauf aufmerksam geworden, dass ohne Anamnese oder Untersuchung ein Attest zur Befreiung von der Impfpflicht übergeben worden sei, das bereits beim Betreten des Arztzimmers ausgedruckt und unterschrieben gewesen sei. Die vom Ast. abgerechnete Versichertenpauschale setze - wenn auch ohne Mindestzeit - einen Arzt-Patienten-Kontakt mit „direkter Interaktion“ und ein kuratives Tätigwerden voraus. Ein Attest, das eine Kontraindikation für eine Coronaimpfung bescheinige, sei keine im Anhang 1 des EBM genannte Leistung und keine kurative Tätigkeit. Dagegen legte der Ast. Widerspruch ein. Der Ag. leitete ein **Verfahren auf Entziehung der Zulassung** wegen gröblichen Pflichtenverstößes ein und entzog dem Ast. mit sofortiger Wirkung die Zulassung und ordnete den Sofortvollzug der Entscheidung an. In der Begründung wird u.a. auf den Eindruck der ärztlichen Mitglieder des Ag. in der mündlichen Verhandlung verwiesen, dass der Ast. an Parkinson erkrankt sei, was dieser bestätigt habe. Der Ast. habe das Ausstellen von Attesten zur Befreiung von der Impfpflicht nicht bestritten bzw. in der mündlichen Verhandlung bestätigt. Er habe erstens ärztliche Atteste ausgestellt, ohne dabei die erforderliche Sorgfalt walten zu lassen, und zweitens diese Gefälligkeitsatteste letztlich auch noch zur Abrechnung gebracht. Dadurch sei das Vertrauen der Institutionen der vertragsärztlichen Versorgung in eine peinlich genaue Abrechnung durch den Ast. erschüttert. Darüber hinaus stehe fest, dass der Ast. bereits so schwer an Parkinson erkrankt sei, dass er sich freiwillig einer Fahrtauglichkeitsprüfung unterziehen solle und darüber hinaus den Belastungen einer hausärztlichen Tätigkeit nicht mehr gewachsen und zur Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit ungeeignet i.S.v. § 21 Ärzte-ZV sei. Den in der Sitzung erkennbaren Erkrankungszustand des Ast. könne er aufgrund der Besetzung des Gremiums mit Ärzten ohne die Einholung eines Sachverständigengutachtens einschätzen. Der Ast. habe nicht dezidiert zu den einzelnen Fällen der diagnostizierten Angststörungen Stellung nehmen können. Er sei daher nicht mehr in der Lage, den Vortrag gesetzlich Versicherter über ihre Befindlichkeiten durch eine Anamnese zu objektivieren und daraus medizinisch korrekte Schlussfolgerungen zu ziehen. Da es für die Annahme eines Entziehungsgroundes nicht auf Verschulden ankomme, sei es weder entscheidend, ob der Antragsteller die Patienten mit ihrem Anliegen einer Impfbefreiung aufgrund seiner Erkrankung nicht abgewiesen habe, noch könne die Erkrankung dazu führen, von einer Entziehung abzusehen. **SG Kiel**, Beschl. v. 16.10.2022 - S 16 KA 5/22 ER - lehnte den Antrag ab, das **LSG** stellte die aufschiebende Wirkung des Widerspruchs wieder her.

## 6. Widerspruch erst ab Bekanntgabe des Verwaltungsakts zulässig

**SG München, Urteil v. 14.11.2022 - S 28 KA 306/21**

RID 23-01-33

[www.juris.de](http://www.juris.de) = [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

**SGB V § 97 III; SGG § 84 I; Ärzte-ZV § 44 S. 1**

**Leitsatz:** Zu einem **vorfristig** gegen einen Bescheid des Zulassungsausschusses eingelegten **Widerspruch** eines anwaltlich nicht vertretenen Arztes und der Frage der Gewährung von **Wiedereinsetzung** in den vorigen Stand.

Der kl. Urologe, geb. 1950, war vom 01.01.1991 bis 30.06.2020 zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Seit dem 01.07.2020 ist er im Rahmen eines Jobsharings in der urologischen Praxis seines Sohnes als angestellter Arzt beschäftigt. Er bewarb sich erfolglos um eine Praxisnachfolge. Der Zulassungsausschuss ließ mit Beschl. v. 15.03.2021 den Beigel. zu 1) mit Wirkung ab 01.04.2021 zu. Mit Telefax v. 28.03.2021 legte der Kl. beim Zulassungsausschuss vorsorglich Widerspruch „gegen einen möglicherweise ergangenen Bescheid“ ein. Der Beschl. des Zulassungsausschusses v. 15.03.2021 wurde mit Bescheid v. 29.03.2021 dem Kl. am 30.03.2021 zugestellt. Der Bekl. verwarf den Widerspruch als unzulässig. Das **SG** wies die Klage ab.

## VI. Verfahrensrecht

### 1. Rechtswegzuständigkeit: Coronavirus-Testverordnung

a) Verwaltungsrechtsweg aus allgemeiner Zuweisung/Keine Angelegenheit der GKV

**LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 17.01.2023 - L 7 KA 29/22 B ER**

RID 23-01-34

[www.juris.de](http://www.juris.de) = [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

**SGB V § 20i; SGG § 51; GVG § 17; VwGO § 40; TestV §§ 6, 7**

Für Streitigkeiten über die **Abrechnung von Leistungen nach § 7 TestV** ist der Rechtsweg zu den Gerichten der Verwaltungsgerichtsbarkeit eröffnet. Entgegen der Vorinstanz ergibt sich der Verwaltungsrechtsweg nicht bereits aus einer aufdrängenden Sonderzuweisung in § 68 Abs. 1a IfSG. Jedoch ergibt sich die Eröffnung des Verwaltungsrechtsweges aus § 40 Abs. 1 Satz 1 VwGO. Nach §§ 7 ff. TestV erfolgt die Abrechnung der durchgeführten Testungen durch den zugelassenen Leistungserbringer gegenüber der zuständigen KV. Die Vorschriften ermächtigen die KV als Träger öffentlicher Gewalt (vgl. § 77 Abs. 1 und 5 SGB V) zur Auszahlung der Vergütung, aber auch zur Prüfung der Abrechnung und zum Erlass von Rückforderungsbescheiden gegenüber den Leistungserbringern (vgl. § 7a Abs. 5 Satz 5 TestV). Das streitige Rechtsverhältnis ist mithin durch Normen des öffentlichen Rechts geprägt, die die zuständige Stelle einseitig berechtigen und verpflichten, und damit eine „öffentlich-rechtliche Streitigkeit nicht verfassungsrechtlicher Art“. Die Streitigkeit ist insb. **keine Angelegenheit der gesetzlichen Krankenversicherung** im Sinne des § 51 Abs. 1 Nr. 2 SGG, denn sie ist nach ihrem Schwerpunkt nicht vom Recht der gesetzlichen Krankenversicherung geprägt.

**SG Berlin**, Beschl. v. 06.12.2022 - S 83 KA 141/22 ER - RID 23-01-35 erklärte den Rechtsweg zu den Sozialgerichten für unzulässig und verwies den Rechtsstreit an das zuständige VG Berlin. Das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

Zum Rechtsweg s. auch 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.

b) Verwaltungsrechtsweg aufgrund Sonderzuweisung

**SG Berlin, Beschluss v. 06.12.2022 - S 83 KA 141/22 ER**

RID 23-01-35

[www.juris.de](http://www.juris.de) = [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

**SGB V § 20i; SGG § 51; GVG § 17; VwGO § 40; TestV §§ 6, 7**

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

Das **SG** erklärte den Rechtsweg zu den Sozialgerichten für unzulässig und verwies den Rechtsstreit an das zuständige VG Berlin. LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 17.01.2023 - L 7 KA 29/22 B ER - RID 23-01-34 wies die Beschwerde zurück.

## VII. Bundessozialgericht (BSG)

### 1. Richtgrößenprüfungen: Revisionszulassung/Beratung

**BSG, Beschluss v. 17.11.2022 - B 6 KA 19/22 B**

**RID 23-01-36**

[www.juris.de](http://www.juris.de)

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Baden-Württemberg*, Urt. v. 03.05.2022 - L 5 KA 1906/21 - RID 23-01-22 wird zurückgewiesen.

Seit den Änderungen durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz v. 16.07.2015 wird die Durchführung von Richtgrößenprüfungen nicht mehr bundesgesetzlich geregelt. Damit hat die vom Kl. formulierte Frage **nicht mehr geltendes Recht zum Gegenstand**. Bei Rechtsfragen zu bereits außer Kraft getretenem Recht kann eine Klärungsbedürftigkeit nur anerkannt werden, wenn noch eine erhebliche Zahl von Fällen auf der Grundlage dieses nicht mehr geltenden Rechts zu entscheiden ist oder wenn die Überprüfung der Rechtsnorm bzw ihrer Auslegung aus anderen Gründen fortwirkende allgemeine Bedeutung hat. Im Übrigen ist es in der Rspr. des Senats bereits geklärt, dass die **konkrete Ausgestaltung der Beratungen im Rahmen des Richtgrößenprüfungsverfahrens** im Ermessen der Prüfungsgremien steht, die auch die Einzelheiten der Durchführung dieser Maßnahmen bestimmen können, soweit die Prüfvereinbarungen keine Vorgaben zum Inhalt und zur Durchführung der Beratung enthalten (BSG, Urt. v. 05.06.2013 - B 6 KA 40/12 R - SozR 4-2500 § 106 Nr. 41 Rn. 10).

## B. KRANKENVERSICHERUNGSRECHT

### I. Vertrags(zahn)ärztliche Behandlung

#### 1. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

##### a) PET-CT zur Lokalisation von Metastasen

###### **SG Detmold, Urteil v. 08.11.2022 - S 16 KR 1034/21**

RID 23-01-37

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de  
SGB V §§ 13 III, 27 I, 92 I 2 Nr. 5, 135 I

Bei der Behandlungsmaßnahme „PET-CT bei Prostatakarzinom zum Staging“ handelt es sich um eine „neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode“ i.S.d. § 135 SGB V. Der GBA hat für die PET bereits eine Empfehlung für bestimmte Indikationen abgegeben. Für andere Indikationen darf die PET nicht zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden.

Die PET-CT zur **Lokalisation von Metastasen** ist danach ausgeschlossen. Es besteht aber ein Anspruch gem. § 2 Abs. 1a SGB V, wenn eine lebensbedrohliche Erkrankung vorliegt, die die Durchführung der diagnostischen Maßnahme mittels PET-CT zur Lokalisation des außerhalb des OP-Gebiets zurückgebliebenen Residualtumors bzw. von Metastasen erforderlich macht.

Das **SG** verurteilte die Bekl., an den Kl. für die beim Kl. durchgeführte PSMA PET-CT Untersuchung einen Betrag in Höhe von 1.467,62 € zu zahlen.

##### b) Keine ambulante Behandlung des Lipödems Grad II Typ 4

###### **LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 26.01.2022 - L 5 KR 2678/21**

RID 23-01-38

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de  
SGB V §§ 27, 28, 39

Die Versorgung mittels **ambulanter Liposuktion** als **neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode** ohne positive Empfehlung des GBA scheidet schon am Verbot mit Erlaubnisvorbehalt nach § 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V.

§ 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V begründet keinen eigenständigen Anspruch auf Versorgung mit einer **Naturalleistung**.

**SG Karlsruhe**, Gerichtsb. v. 08.07.2021 - S 15 KR 3465/20- wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

##### c) Lipoproteinapheresetherapie: Votum der Apherese-Kommission

###### **LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 15.11.2022 - L 16/4 KR 536/19**

RID 23-01-39

*Revision anhängig: B 1 KR 40/22 R*  
www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de  
SGB V §§ 27 I 1, 92 I 2 Nr. 5, 135 I; Method-RL Anl. I Nr. 1

**Leitsatz:** Dem **Votum der beratenden Kommission der Kassenärztlichen Vereinigung** (Apherese-Kommission) gemäß Ziffer 1 § 6 der Anlage I kommt eine **rechtliche Bindung** für die Krankenkasse nicht zu. Eine so weitreichende Folge der Kommissionsentscheidung lässt sich dem Wortlaut von § 6 Abs. 1 zu den beratenden Kommissionen und der Beratung der Indikationsstellungen bzw. der Beratung der Einzelfall-Indikation nicht entnehmen. Allerdings kann angesichts der Komplexität des Genehmigungsverfahrens und der besonderen Kompetenz der Apherese-Kommission, in der sowohl in der Apherese fachkundige Ärzte als auch Ärzte des Medizinischen Dienstes (MD) vertreten sind, die Einschätzung der Kommission regelmäßig nicht durch ein einfaches weiteres Gutachten des MD **widerlegt** werden. Zur Entkräftung eines solch fachkundigen Votums bedarf es gewichtiger Gründe, die im zu entscheidenden Fall nicht vorlagen.

**SG Hannover**, Ur. v. 18.09.2019 - S 86 KR 2589/18 - verurteilte die Bekl., der Kl. eine Lipoproteinapheresetherapie als Sachleistung zur Verfügung zu stellen und insofern die beantragte Lipoproteinapheresetherapie zu genehmigen. Das **LSG** stellte fest, dass die Bekl. verpflichtet war, die Kl. im Zeitraum Dezember 2018 bis 09.08.2019 mit einer Lipoproteinapheresetherapie zu versorgen.

#### d) Optische Kohärenztomografie

**SG Neuruppin, Urteil v. 30.11.2022 - S 20 KR 244/16**

**RID 23-01-40**

[www.juris.de](http://www.juris.de)

SGB V §§ 2 I 1, 11 I Nr. 4, 12 I, 27 I, 28, 135 I

Die optische Kohärenztomografie bei einem diabetischen **Makulaödem** zählt im Jahr 2016 nicht zum Katalog der ambulant von Krankenkassen zu erbringenden Leistungen. Es fehlte insoweit an der nach § 135 Abs. 1 SGB V dafür erforderlichen Anwendungsempfehlung durch den GBA.

Die Beteiligten streiten um die Erstattung der Kosten für eine optische Kohärenztomografie in Höhe von 84,87 €. Das **SG** wies die Klage ab.

#### Parallelverfahren:

**SG Neuruppin, Urteil v. 30.11.2022 - S 20 KR 165/16**

**RID 23-01-41**

[www.juris.de](http://www.juris.de)

**SG Neuruppin, Urteil v. 30.11.2022 - S 20 KR 197/16**

**RID 23-01-42**

[www.juris.de](http://www.juris.de)

#### e) Laserbehandlung narbiger Verhärtungen

**LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 22.02.2022 - L 11 KR 3575/20**

**RID 23-01-43**

[www.juris.de](http://www.juris.de) = [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

SGB V §§ 2, 12, 27, 135 I

Auf ärztliche Behandlungen zur **Laserung narbiger Verhärtungen** am Gesäß, am Oberschenkel und an der Hüfte mit dem fraktionalen CO<sub>2</sub>-Laser als einer neuen Behandlungsmethode besteht kein Anspruch. Der GBA hat für diese Behandlungsmethode auch keine positive Bewertung abgegeben.

**SG Karlsruhe**, Gerichtsbb. v. 24.09.2020 - S 7 KR 549/18 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

## 2. Therapie mit Brentuximab-Vedotin in Kombination mit CHP

**SG Speyer, Beschluss v. 02.05.2021 - S 19 KR 150/21 ER**

**RID 23-01-44**

[www.juris.de](http://www.juris.de)

SGB V §§ 27 I Nr. 3, 31 I 1

Ist nach summarischer Prüfung nicht sicher zu bewerten, ob es sich wegen des beim Ast. festgestellten und referenzpathologisch bestätigten ungewöhnlichen Immunphänotyps (B-NHL mit CD20-Negativität bei kräftiger CD30-Expression) um einen sog. **Seltenheitsfall** handelt, bei dem eine Ausnahme von dem auch für die Leistungspflicht nach dem SGB V maßgeblichen Erfordernis einer in Deutschland wirksamen arzneimittelrechtlichen Zulassung erwogen werden könnte (vgl. BSG, Ur. v. 30.06.2009 - B 1 KR 5/09 R - SozR 4-2500 § 31 Nr. 15), und kann im Rahmen des Eilverfahrens auch nicht aufgeklärt werden, ob die Voraussetzungen des sog. **Off-Label-Use** vorliegen, kann sich aber eine Leistungspflicht für eine **Therapie mit Brentuximab-Vedotin in Kombination mit CHP** (6 Therapie-Zyklen) aus § 2 Abs. 1a SGB V ergeben.

Das **SG** verpflichtete die Ag. im Wege der einstweiligen Anordnung, bis zum rechtskräftigen Abschluss des Hauptsacheverfahrens die Kosten für die Therapie des Ast. mit Brentuximab-Vedotin in Kombination mit CHP für zunächst sechs Therapie-Zyklen zu übernehmen.

## 3. Kryokonservierung von Keimzellen nach geschlechtsangleichender Behandlung

**SG Berlin, Urteil v. 16.11.2022 - S 28 KR 63/22**

**RID 23-01-45**

[www.juris.de](http://www.juris.de) = [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

SGB V § 27a

**Leitsatz:** Der Anspruch auf Kryokonservierung von **Keimzellen** nach § 27a Abs. 4 SGB V umfasst auch die **Kryokonservierung nach Transition**.

Das **SG** verurteilte die Bekl., der Kl. die für die Jahre 2021 und 2022 entstandenen Kosten für die Kryokonservierung bei der K. Berlin GmbH in Höhe von 480 € zu erstatten und die weiterhin entstehenden

Kosten für die Kryokonservierung bei der K. Berlin GmbH bis zum Erreichen des 50. Lebensjahrs der Kl. zu übernehmen.

#### 4. Feststellung von Ursache und Zeitpunkt einer Erkrankung

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 02.02.2022 - L 11 KR 96/20

RID 23-01-46

[www.juris.de](http://www.juris.de) = [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

SGB V § 27

Es besteht kein Anspruch auf eine **ärztliche Behandlung** zur Feststellung von **Ursache und Zeitpunkt einer Erkrankung** (hier: Erkrankung durch toxische Viren, Bakterien, Schimmelpilz und Schwermetalle sowie einer zusätzlichen Wohnraum- und Arbeitsplatzuntersuchung).

**SG Köln**, Gerichtsbs. v. 06.02.2020 - S 36 KR 1978/19 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.  
**BSG**, Beschl. v. 19.12.2022 - B 1 KR 2/22 BH - juris verwarf die Nichtzulassungsbeschwerde als unzulässig.

#### 5. Untersuchung von Körperflüssigkeiten durch ein Institut für Rechtsmedizin

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 02.02.2022 - L 11 KR 390/21

RID 23-01-47

[www.juris.de](http://www.juris.de) = [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

SGB V § 27

Es besteht kein Anspruch auf eine **ambulante Untersuchung** von **Körperflüssigkeiten** durch ein Institut für Rechtsmedizin der Universität nach § 27 SGB V.

**SG Köln**, Gerichtsbs. v. 06.02.2020 - S 36 KR 2035/19 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.  
**BSG**, Beschl. v. 19.12.2022 - B 1 KR 3/22 BH - juris verwarf die Nichtzulassungsbeschwerde als unzulässig.

## II. Stationäre Behandlung

### 1. Kosten einer autologen Stammzelltherapie zur Behandlung der multiplen Sklerose

SG Schwerin, Beschluss v. 30.05.2022 - S 25 KR 44/22 ER

RID 23-01-48

[www.juris.de](http://www.juris.de) = [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

SGB V §§ 2 Ia, 12 I, 27 I; GG Art. 2 II; SGG § 86b II

**Leitsatz:** Der unmittelbar drohende **Verlust der Geh- und Sprechfähigkeit** kann im Einzelfall bei einer sekundär progredienten Verlaufsform einer **multiplen Sklerose** eine notstandsähnliche Situation im Sinne des § 2 Abs. 1a SGB V darstellen, der bei erheblichen Zweifeln an dem Vorliegen einer erfolgversprechenden zugelassenen Behandlungsalternative einen Anspruch auf eine autologe Stammzelltherapie im einstweiligen Rechtsschutzverfahren begründet.

Das **SG** verpflichtete die Ag. im Wege der einstweiligen Anordnung vorläufig bis zu einer rechtskräftigen Entscheidung in der Hauptsache, die Kosten einer autologen Stammzelltherapie zur Behandlung der multiplen Sklerose des Ast. zu übernehmen.

### 2. Bariatrische Operation: Psychiatrische Erkrankung kein genereller Ausschluss

SG Lübeck, Gerichtsbescheid v. 23.09.2022 - S 14 KR 166/19

RID 23-01-49

[www.juris.de](http://www.juris.de)

SGB V §§ 13 III, 27 I 2 Nr. 5

Bei einem BMI von 45,7 kg/m<sup>2</sup> besteht ein erhöhtes Risiko für das Auftreten von Begleit- und Folgeerkrankungen, das eine Behandlung mit dem Ziel der Gewichtsreduktion erforderlich macht (BSG, Urt. v. 19.02.2003 - B 1 KR 1/02 R - BSGE 90, 289 = SozR 4-2500 § 137c Nr. 1). Sind alle **konservativen Behandlungsmöglichkeiten** erschöpft, besteht ein Anspruch auf eine bariatrische Operation. Eine **psychiatrische Erkrankung** führt nicht generell zum Ausschluss einer bariatrischen Operation; es ist eine **Einzelfallprüfung** erforderlich.

Das **SG** verurteilte die Bekl., der Kl. die Kosten für die selbstbeschaffte bariatrische Operation in Höhe von 8.555,65 € zu erstatten.



### 3. Kosten für eine Bauchdeckenstraffung (Abdominalplastik)

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 02.07.2021 - L 10 KR 929/19

RID 23-01-50

[www.juris.de](http://www.juris.de) = [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)  
SGB V §§ 27 I 1, 39 I

Ein Anspruch auf Übernahme der Kosten einer **Bauchdeckenstraffung (Abdominalplastik)** besteht nicht, wenn eine Einschränkung der Körperfunktionen aufgrund des Hautüberschusses im Bereich der Bauchdecke nicht vorliegt.

**SG Dortmund**, Urt. v. 15.10.2019 - S 13 KR 2357/16 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung, **BSG**, Beschl. v. 02.01.2023 - B 1 KR 70/21 B - juris die Nichtzulassungsbeschwerde zurück.

### 4. Fettschürzenresektion

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 15.09.2022 - L 1 KR 275/20

RID 23-01-51

*Nichtzulassungsbeschwerde (B 1 KR 87/22 B) wurde zurückgenommen*  
[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)  
SGB V §§ 27 I 2 Nr. 5, 39 I

Dermatologische Erkrankungen sind mit den Mitteln dieser Fachrichtung zu behandeln. Sollte sich herausstellen, dass mit diesen Mitteln kein dauerhafter Erfolg erzielt werden kann, so wäre erst im Anschluss zu prüfen, ob als **ultima ratio** eine Hautstraffung notwendig ist, wenn also ständige Hautreizungen auftreten, die sich als dauerhaft therapieresistent erweisen (vgl. die Rspr. zusammenfassend: LSG Bayern, Urt. v. 04.12.2018 - L 20 KR 406/18 - juris Rn. 63 f., RID 19-01-92).

**SG Berlin**, Gerichtsbb. v. 19.05.2020 - S 221 KR 1521/19 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

### 5. Kryokonservierung von Eierstockgewebe

SG München, Gerichtsbescheid v. 26.10.2022 - S 7 KR 239/21

RID 23-01-52

[www.juris.de](http://www.juris.de) = [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)  
SGB V §§ 2 II 1, 13 III, 27 I 1, 27a, 137c

Die **Kryokonservierung von Eierstockgewebe** ist nicht gemäß § 137c Abs. 3 Satz 1 SGB V ausgeschlossen, weil es sich um eine Methode mit hinreichendem Potential handelt. Mit dem Befundbericht des L. Klinikums vom 01.09.2022 ist überzeugend belegt worden, dass die Kryokonservierung von Ovarialgewebe entsprechend den Empfehlungen, Leitlinien und Meinungen nationaler und internationaler Gesellschaften aktuell als etablierte reproduktive Technik zum Fertilitätserhalt vor keimzellenschädigender Therapie gewertet werde, insb. dann, wenn die **Kryokonservierung von Eizellen** keine Option darstelle. Das Gutachten des medizinischen Diensts des Spitzenverbands Bund vom 15.12.2010 entspricht demnach nicht mehr dem aktuellen Stand der Wissenschaft. Der **GBA** hat die Kryokonservierung von Eierstockgewebe nicht gemäß § 137c Abs. 1 Satz 2 SGB V verboten, so dass die stationäre Krankenhausbehandlung nicht ausgeschlossen ist.

Der Leistungsanspruch ist nicht ausgeschlossen, da hinsichtlich der Kryokonservierung von Keimzellengewebe zum Zwecke der Reimplantation **kein Vorrang des § 27a Abs. 4 Satz 1 SGB V** besteht.

Das **SG** verpflichtete die Bekl., die Kosten der Kryokonservierung des Eierstockgewebes und zugehöriger Maßnahmen gem. den Rechnungen des Universitätsklinikums v. 16.09.2020 und v. 28.09.2021 in Höhe von insgesamt 732,75 € zu erstatten und die weiteren Kosten der Kryokonservierung des eingelagerten Eierstockgewebes bis zum Zeitpunkt der Umsetzung des Beschl. des GBA v. 18.08.2022 im EBM zu übernehmen.

### 6. Eigenfetttransplantation (Lipofilling)

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 15.09.2022 - L 1 KR 45/21

RID 23-01-53

[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)  
SGB V § 27

Ist die **Asymmetrie der Unterschenkel** keine Auffälligkeit, die so besonders schwerwiegend ist, dass selbst die Offenbarung im privaten Bereich die Teilhabe, etwa im Rahmen der Sexualität, nahezu

ausschließen würde, besteht kein Anspruch auf eine **Eigenfetttransplantation (Lipofilling)** zur Versorgung des linken Unterschenkels.

*SG Berlin*, Gerichtsb. v. 06.01.2021 - S 211 KR 2991/18 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

### 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) Einhaltung des Arztvorbehalts (Nagelkorrektur durch Kosmetik-Studio)

**LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 28.09.2022 - L 4 KR 216/22**

**RID 23-01-54**

*Revision anhängig: B 1 KR 28/22 R*

[www.juris.de](http://www.juris.de)

**SGB V §§ 13 IIIa, 15 I**

Auch bei Nichtvorliegen einer Bösgläubigkeit i.S.d. **§ 13 Abs. 3a SGB V** ist zusätzliche Voraussetzung für einen Kostenerstattungsanspruch, dass der **Arztvorbehalt** gem. **§ 15 Abs. 1 SGB V** eingehalten wird, also keine Kostenerstattung bezüglich der Leistungserbringung durch einen nicht-ärztlichen Leistungserbringer (hier: Orthonyxie-Behandlung in Kosmetik-Studio) begehrt wird.

*SG Hildesheim*, Urt. v. 08.11.2021 - S 2 KR 447/19 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

b) Unzulässigkeit einer Feststellungsklage

**LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 23.11.2022 - L 5 KR 2043/22**

**RID 23-01-55**

*Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 104/22 B*

[www.juris.de](http://www.juris.de) = [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

**SGB V § 13 IIIa**

**Leitsatz:** Eine **Feststellungsklage** auf Feststellung des Eintritts der **Genehmigungsfiktion** nach **§ 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V** ist seit dem grundlegenden Kurswechsel bei der Auslegung des **§ 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V** durch BSG, Urt. v. 18.06.2020 - B 3 KR 6/19 R - juris und nachfolgend BSG, Urt. v. 18.06.2020 - B 3 KR 14/18 R - BSG, Urt. v. 18.06.2020 - B 3 KR 14/18 R - BSGE 130, 219 = SozR 4-2500 § 13 Nr. 52, BSG, Urt. v. 18.06.2020 - B 3 KR 13/19 R - SGB 2021, 371 nicht mehr zulässig.

*SG Heilbronn*, Gerichtsb. v. 27.06.2022 wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

## 2. Kostenerstattungsanspruch (§ 13 Abs. 2 SGB V) nach Tod des Versicherten

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 08.11.2022 - L 11 KR 1645/20

RID 23-01-56

Revision anhängig: B 1 KR 39/22 R  
www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de  
SGB V § 13 II

**Leitsatz:** Bei dem **Kostenerstattungsanspruch** nach § 13 Abs. 2 SGB V handelt es sich nicht um eine laufende Geldleistung i.S.d. § 56 Abs. 1 Satz 1 SGB I. Der Kostenerstattungsanspruch nach § 13 Abs. 2 SGB V geht nach dem **Tod des Versicherten** gemäß § 1922 Abs. 1 BGB auf den Rechtsnachfolger über. Die Regelung in § 59 Satz 2 SGB I findet auf Kostenerstattungsansprüche nach § 13 Abs. 2 SGB V keine Anwendung (teleologische Reduktion der Norm).

**SG Heilbronn**, Urt. v. 30.04.2020, S 12 KR 3262/19 - wies die Klage ab, das **LSG** verurteilte die Bekl., der Kl. einen Betrag in Höhe von 6.542,36 € für die Behandlungskosten ihres verstorbenen Ehemanns zu zahlen.

## 3. Fehlendes Leistungsbegehren während der Mitgliedschaft

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 31.03.2022 - L 5 KR 189/20

RID 23-01-57

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

Fehlt es an einem **Leistungsbegehren während der Mitgliedschaft** in der gesetzlichen Krankenversicherung, kommt ein Kostenerstattungsanspruch nicht in Betracht.

**SG Gelsenkirchen**, Gerichtsbb. v. 04.03.2020 - S 17 KR 2862/19 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück. **BSG**, Beschl. v. 05.10.2022 - B 3 KR 9/22 BH - juris lehnte den Prozesskostenhilfeantrag ab.

## IV. Arzneimittel

### 1. Cannabinoide: Inhalt der ärztlichen Einschätzung

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 08.09.2022 - L 1 KR 118/19

RID 23-01-58

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 88/22 B  
www.sozialgerichtsbarkeit.de  
SGB V § 31 VI

Unabhängig von der Therapiehoheit des behandelnden Vertragsarztes muss die **ärztliche Einschätzung** nach dem Gesetzeswortlaut die zu erwartenden **Nebenwirkungen** der zur Verfügung stehenden allgemein anerkannten, dem medizinischen Standard entsprechende Leistungen darstellen. Ferner muss die Einschätzung den **Krankheitszustand** des Versicherten dokumentieren und eine **Abwägung** enthalten, mit der zum Ausdruck gebracht wird, ob, inwieweit und warum eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung nicht zur Anwendung kommen kann (vgl. LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 30.03.2021 - L 11 KR 436/20 - juris-Rn. 41, RID 21-02-74).

**SG Berlin**, Gerichtsbb. v. 04.03.2019 - S 9 KR 80/17 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

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

### 2. Festbetragsarzneimittel: Testung anderer Medikamente

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 01.12.2022 - L 4 KR 312/22

RID 23-01-59

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de  
SGB V §§ 12 I, 27 I 2 Nr. 3, 31, 35

Eine ausreichende **Versorgung zum Festbetrag** ist nicht möglich, wenn andere als die begehrten Medikamente (hier: Atacand 16 mg und Norvasc 5 mg) von unerwünschten Nebenwirkungen begleitet sind, die von diesen Medikamenten verursacht werden, und die Austestung weiterer Medikamente aufgrund von schwergradiger, komplexer und progredient verlaufender Erkrankungssituation unzumutbar ist.

Eine (gänzlich) unbegrenzte Verpflichtung des Versicherten, alle/sämtliche in Betracht kommenden **Festbetragsarzneimittel** einer **Testung** zu unterziehen, ist indes weder aufgrund des

Wirtschaftlichkeitsprinzips des § 12 Abs. 1 SGB V geboten noch in Anbetracht des Art. 2 Abs. 2 GG rechtlich zulässig. Erforderlich ist vielmehr ein begrenzendes Kriterium der Zumutbarkeit (siehe dazu auch BSG, Urt. v. 03.07.2012 - B 1 KR 22/11 R - BSGE 111, 146 = SozR 4-2500 § 35 Nr. 6, juris Rn. 27 a.E.), das weitere Testungen festbetragswahrender Medikamente derselben Wirkstoffgruppe jedenfalls dann nicht mehr abverlangt, wenn die Schwere der in Rede stehenden Erkrankung, die daraus herleitbare Schwere eines Rückfalls bei Testungen unwirksamer Medikamente und/oder die Schwere der durch weitere Testungen ausgelösten bzw. auslösbaren Nebenwirkungen die Gesundheit unverhältnismäßig beeinträchtigen oder sogar das Leben des Versicherten gefährden könnte (zur Unzumutbarkeit bei nicht adäquater Wirksamkeit der Medikamente in der Testphase: LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 21.03.2018 - L 4 KR 179/14 - [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de); zur Unzumutbarkeit weiterer Testungen bei Schwere der Erkrankung und notwendigen längerfristigen Testphasen mit Nebenwirkungen und/oder Rückfallgefahr ebs.: SG Saarbrücken, Urt. v. 12.12.2017 - S 23 KR 226/16 - RID 18-02-109).

**SG Hannover**, Urt. v. 13.06.2022 - S 10 KR 121/16 - wies die Klage ab. Das **LSG** verurteilte die Bekl., den Kl. mit den Arzneimitteln Atacand 16 mg und Norvasc 5 mg ohne Beschränkung auf den Festbetrag zu versorgen abzüglich der gesetzlichen Zuzahlungen sowie gegen Vorlage einer ärztlichen Verordnung, und wies im Übrigen die Berufung des Kl. zurück.

### 3. Rezeptur-Arzneimittel g-Strophanthin-8-Hydrat

**LSG Bayern, Urteil v. 16.02.2022 - L 12 KR 685/19**

**RID 23-01-60**

*Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 36/22 R*

[www.juris.de](http://www.juris.de) = [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

SGB V §§ 2 Ia 1, 12 I, 13 III 1, 27 I 2 Nr. 3, 31 I 1, 135 I 1 Nr. 1

**Leitsatz:** 1. Bei der Behandlung mit dem **Arzneimittel g-Strophanthin-8-Hydrat** handelt es sich nicht um eine **neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode** nach § 135 SGB V.

2. Eine **Rezeptur** aus nicht verordnungsfähigen Substanzen darf nicht zu Lasten der GKV verordnet werden. Eine Umgehung des Verordnungs Ausschlusses per Rezeptur ist nicht zulässig.

**SG München**, Gerichtsbb. v. 26.11.2019 - S 44 KR 2075/17 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

## V. Hilfsmittel

### 1. Bewegungstrainer Innowalk medium

**SG Köln, Urteil v. 08.12.2022 - S 36 KR 1420/21**

**RID 23-01-61**

[www.juris.de](http://www.juris.de)

SGB V § 33

Bei dem **Innowalk medium** der Firma made for movement, einem **Bewegungstrainer**, der speziell für Menschen mit mittelschweren bis schweren motorischen Beeinträchtigungen entwickelt wurde, die sich allein nur eingeschränkt oder gar nicht bewegen können (nicht gehfähig sind), handelt es sich um ein **Hilfsmittel**, das in erster Linie der Sicherung des Erfolgs der Krankenbehandlung dient. Der Innwalk wird nicht mit der Zielsetzung der Vorbeugung einer drohenden Behinderung oder zum Ausgleich einer Behinderung eingesetzt, sondern soll schwerpunktmäßig den Erfolg einer Krankenbehandlung sichern. Das Fehlen einer positiven Empfehlung des GBA nach §135 Abs. 1 S. 1 SGB V steht der Gewährung des Hilfsmittels nicht entgegen. Der Einsatz des Innwalk außerhalb der Physiotherapie in Eigenanwendung stellt keine **neue Behandlungsmethode** dar.

Bei der 2008 geb. Kl. liegen eine infantile dyskinetische Zerebralparese (rechtsbetont), Intelligenzminderung, symptomatische fokale Epilepsie, Sehstörungen mit Schielen, Nystagmus, Kurzsichtigkeit, Astigmatismus, Obstipation, Dystrophie u.a. vor. Sie hat den Pflegegrad 5 und einen GdB von 100 sowie die Merkmale B, H, RF, aG und G. Sie kann nicht selbstständig sitzen, stehen oder gehen. Im Zeitraum 20.01.2014 bis 10.08.2020 war die Kl. durch die Krankenkasse mit dem Hilfsmittel Innwalk small versorgt worden. Das **SG** verurteilte die Bekl., die Kl. mit dem beantragten Hilfsmittel Innwalk medium der Firma made for movement zu versorgen.

Zu anhängigen Revisionsverfahren s. Anhang II.

## 2. Hochbrechende Kunststoffgläser

**LSG Rheinland-Pfalz, Urteil v. 07.04.2022 - L 5 KR 174/21**

**RID 23-01-62**

*Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 3 KR 16/22 R*

www.juris.de

SGB V § 13 III, 33

Die Auffassung der Vorinstanz, es bestehe kein Anspruch auf Erstattung der Mehrkosten für **hochbrechende Kunststoffgläser** mit einem Brechungsindex  $n = 1,6n$  ( 1,67 s, wenn die Voraussetzungen nach der **Hilfsmittelrichtlinie** nicht vorlägen, auch könne die Richtlinie nach ihrem Wortlaut nicht als Auflistung von Regelbeispielen verstanden werden, sondern die Indikationen seien als abschließende Regelung formuliert, ist zutreffend.

*SG Mainz*, Ur. v. 08.07.2021 wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

## 3. Hörgeräteversorgung

a) Nichteinhaltung des Versorgungsvertrags durch Akustiker

**SG Freiburg, Gerichtsbescheid v. 20.09.2022 - S 6 KR 1269/22**

**RID 23-01-63**

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 33

**Leitsatz:** Hält sich der **Akustiker** nicht an den von ihm mit der Krankenkasse geschlossenen **Vertrag** über die in bestimmten Fällen aufzahlungsfreie Abgabe eines eigentlich aufzahlungspflichtigen Hörgerätes, ist es dem **Versicherten** nicht zumutbar, weitere Akustiker aufzusuchen, um ein anderes aufzahlungsfreies Hörgerät zu erlangen. Die Krankenkasse ist dadurch vielmehr in der Pflicht, die Versorgung mit dem aufzahlungspflichtigen Hörgerät ohne Aufzahlung zu gewährleisten.

Das *SG* verurteilte die Bekl., die Kl. mit dem Hörgerät „Phonak Naida M90-SP“ links und rechts ohne Kostenbegrenzung einschließlich Ohrpassstücke und Reparaturpauschalen zu versorgen.

b) Gebrauchsvorteil durch 5% besseres Sprachverstehen

**LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 14.10.2022 - L 16 KR 336/21**

**RID 23-01-64**

*Revision zugelassen*

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de = Die Leistungen Beilage 2022, 437

SGB V § 33 I

**Leitsatz:** Zum Anspruch auf Versorgung mit einem **zuzahlungspflichtigen Hörgerät** gemäß § 33 SGB V.

Die Hilfsmittel-Richtlinie sieht bei Anwendung des vorgeschriebenen **Freiburger Einsilbentests** keine Abschläge für Messungenauigkeiten oder Schwankungen vor. Eine **Messtoleranz** von 5%-Punkten spiegelt sich in der Hilfsmittel-Richtlinie nicht wider.

Ein durch **5% besseres Sprachverstehen** im Störschall zu erlangender **Gebrauchsvorteil** gegenüber dem zuzahlungsfreien Gerät ist angesichts des Umfangs der abgefragten Wörter nicht als unwesentlich anzusehen. Wenn übertragen auf den Alltag des Hörgeminderten mit dem aufzahlungspflichtigen Hörgerät jedes 20. Wort besser verstanden wird als mit dem Vergleichsgerät, so kann diesem Gerät die Tauglichkeit für einen weitergehenden Ausgleich des Funktionsdefizits und damit eine maßgebliche Verbesserung auf dem Weg zu dem erstrebten Gleichziehen des Versicherten mit dem Hörvermögen gesunder Menschen nicht abgesprochen werden. Es handelt sich dabei nicht um bloße Komfortaspekte, sondern unter Beachtung der Teilhabeziele des SGB IX, insbesondere § 1 SGB IX (Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft), um das zentrale Anliegen eines verbesserten Hörens als solches.

*SG Hannover*, Ur. v. 01.07.2021 - S 67 KR 378/19 - wies die Klage ab, das *LSG* verurteilte die Bekl., dem Kl. für den Erwerb seiner Hörgeräte der Marke „Unitron T Moxi All 700“ über den Festbetrag hinaus weitere Kosten in Höhe von 1.999 € zu erstatten, und wies im Übrigen die Berufung zurück.

c) 5%-Punkte besseres Sprachverstehen nach Freiburger Sprachtest kein Gebrauchsvorteil

**LSG Sachsen, Urteil v. 20.12.2022 - L 9 KR 311/19**

**RID 23-01-65**

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de  
SGB V §§ 12 I, 13 III, 33 I

**Leitsatz:** 1. Ein im **Freiburger Sprachtest** ermitteltes und lediglich um 5%-Punkte besseres Sprachverstehen für ein aufzahlungspflichtiges Hörgerät stellt die nach diesem Sprachtest geringstmögliche objektivierbare Abweichung dar und rechtfertigt für sich genommen regelmäßig nicht die Annahme eines wesentlichen **Gebrauchsvorteils** des aufzahlungspflichtigen Hörgeräts gegenüber einem aufzahlungsfreien Hörgerät.

2. Mehrkosten, die die Kosten für das aufzahlungsfreie Hörgerät um ein Vielfaches (hier: um das 3-fache) übersteigen, sind in einem solchen Fall als **unverhältnismäßiger Mehraufwand** einzuschätzen.

*SG Leipzig*, Ur. v. 17.06.2019 - S 22 KR 166/17- wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

d) Identische Ergebnisse im Sprachverstehen wie das hochpreisige Hörsystem

Um den Hörverlust des rechten Ohres auszugleichen, reicht ein **Festbetragsgerät** aus der Produktgruppe „Hörgeräte für Versicherte mit an Taubheit grenzende Scherhörigkeit“ aus, wenn die Versicherte mit 65 dB Nutzschaall ein Sprachverstehen von 20 % und im Freifeld mit 65 dB Nutzschaall und 60 dB Störschaall ein Sprachverstehen von 0 % erreicht und damit **identische Ergebnisse** im Sprachverstehen erbringt wie das hochpreisige Hörsystem.

Der Freiburger Sprachtest ist ein geeignetes Mittel, um die Güte eines Hörsystems bewerten zu können (z.B. zuletzt LSG Baden-Württemberg, Ur. v. 30.11.2021 - L 11 R 3540/20 - RID 22-03-61).

*SG Konstanz*, Ur. v. 23.06.2020 - S 8 KR 392/19 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

e) Anspruch eines Notfallsanitäters gegen Rentenversicherungsträger

**LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 29.11.2022 - L 11 KR 1253/22**

**RID 23-01-67**

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de  
SGB V § 33 I; SGB IX § 14

**Leitsatz:** Zum Anspruch eines **Notfallsanitäters** gegen den **Rentenversicherungsträger** auf Versorgung mit einem aufzahlungspflichtigen Hörgerät.

*SG Mannheim*, Ur. v. 23.03.2022 - S 4 KR 1815/21 - juris verurteilte die Bekl., den Kl. mit einem Hörgerät S1 Insio 7 Nx CIC zu versorgen. Das **LSG** wies die Berufung zurück.

#### 4. GBA: Ärztliche Abnahme der Hörgeräteversorgung unzulässig

**LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 24.08.2022 - L 1 KR 267/20 KL**

**RID 23-01-68**

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de  
SGB V §§ 12, 92, 106b, 126 I 2, 127

**Leitsatz:** Der **GBA** hat nicht die Regelungskompetenz nach § 92 Abs. 1 S. 1, S. 2 Nr. 6 SGB V, in die **Hilfsmittelrichtlinie** den Satz einzufügen „Erst nach Abnahme des angepassten Hörgerätes durch die verordnende Vertragsärztin oder den verordnenden Vertragsarzt darf die endgültige Abgabe an die Versicherte oder den Versicherten erfolgen“.

Der kl. GBA wandte sich gegen eine Beanstandungsverfügung des Bundesministeriums für Gesundheit. Das **LSG** wies die Klage ab.

## 5. Dekubitus-Matratze (Typ „Thevo Schlummerstern“): Kein Wirksamkeitsnachweis

LSG Sachsen, Urteil v. 09.09.2021 - L 9 KR 333/19

RID 23-01-69

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 3 KR 17/22 R

www.juris.de

SGB V §§ 33 I, 139 IV

Für die **Matratze** vom Typ „Thevo Schlummerstern“ existieren keine **Studien zur Wirksamkeit** dieser Matratze im Vergleich zu herkömmlichen Matratzen. Die durch das erstinstanzlich eingeholte Sachverständigengutachten allenfalls festgestellte „Evidenz im Einzelfall“ reicht für die Feststellung eines allgemein anerkannten aktuellen Stands der medizinischen Erkenntnisse nicht aus. Ist bereits im Ansatz das Vorhandensein eines wissenschaftlichen „Diskurses“ nicht feststellbar, sind weitere Ermittlungen des Gerichts von Amts wegen nicht veranlasst.

**SG Dresden**, Gerichtsbb. v. 28.10.2019 verurteilte die Bekl., die Kl. mit einer Matratze vom Typ „Thevo Schlummerstern“ - abzüglich eines Eigenanteils in Höhe des Anschaffungspreises für eine nicht behinderungsadaptierte Kindermatratze - zu versorgen. Das **LSG** wies die Klage ab.

## VI. Rehabilitation/Häusliche Krankenpflege/Fahrkosten/Zuzahlungen

### 1. Rehabilitation: Anspruch eines Strafgefangenen auf Drogentherapie

LSG Baden-Württemberg, Beschluss v. 10.11.2022 - L 4 KR 3020/22 ER-B

RID 23-01-70

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 11 II, 40; BtMG § 35; StVollzG § 58

**Leitsatz:** Der Anspruch eines **Strafgefangenen** gegen seine gesetzliche Krankenkasse auf eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme zur (abstinenzorientierten) **Drogentherapie** im Rahmen des § 35 Betäubungsmittelgesetz (BtMG) wird nicht durch einen Anspruch auf medizinische Versorgung nach § 58 Strafvollzugsgesetz (StVollzG) verdrängt.

**SG Karlsruhe**, Beschl. v. 13.10.2022 - S 6 KR 2451/22 ER - gab dem Antrag statt, das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

### 2. Häusliche Krankenpflege

#### a) Begleitung eines Grundschulkindes

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 27.07.2022 - L 5 KR 2686/21

RID 23-01-71

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 27, 37 II 1, 40 IV; SGB IX §§ 13, 14, 75, 90 IV, 112

**Leitsatz:** Die allein wegen einer Diabetes-Erkrankung benötigte **Begleitung eines Grundschulkindes** beim Schulbesuch fällt in den Zuständigkeitsbereich der Krankenversicherung.

**SG Stuttgart**, Urt. v. 20.07.2021 - S 23 KR 2931/20 - verpflichtete die Bekl., die Kosten für die medizinisch geschulte Begleitung des Kl. für den Besuch der E Gemeinschaftsschule in S im Schuljahr 2020/2021 montags bis donnerstags von 08.00 Uhr bis 15.00 Uhr und freitags von 08.00 Uhr bis 12.45 Uhr zu übernehmen. Das **LSG** wies die Berufung zurück.

#### b) Blutzuckermessung im Kindergarten

SG Gelsenkirchen, Urteil v. 14.10.2022 - S 17 KR 3015/19

RID 23-01-72

www.juris.de

SGB V § 37

Sind weder das versicherte Kind, das an **Diabetes Mellitus Typ 1** erkrankt und insulinpflichtig ist, selbst, noch das Kindergartenpersonal, noch die Eltern dazu in der Lage, während des Aufenthalts in der Kita den **Blutzucker zu messen**, bei Bedarf neu einzustellen und auf Notfälle zeitnah und adäquat zu reagieren, dann besteht ein Anspruch auf Behandlungspflege.

Das **SG** verurteilte die Bekl., dem Kl. häusliche Krankenpflege im Umfang von 25 Stunden pro Woche ab dem 27.05.2019 sowie im Umfang von 45 Stunden pro Woche ab dem 02.09.2019 zu bewilligen.

c) Kostenfreistellung nur bei schuldrechtlicher Verpflichtung zur Kostentragung

**LSG Sachsen, Urteil v. 13.07.2022 - L 1 KR 340/19**

**RID 23-01-73**

[www.juris.de](http://www.juris.de) = [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

**SGB V §§ 13 III, 37; SGB IX §c 14; SGB XII § 53; SGG § 75 V**

**Leitsatz:** 1. Ein Anspruch auf **Kostenerstattung oder Kostenfreistellung** setzt voraus, dass dem Versicherten vom Leistungserbringer die tatsächlich erbrachten Leistungen in Rechnung gestellt worden sind.

2. Eine **stationäre Einrichtung der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen**, die nach ihrem Aufgabenprofil auf eine besondere Zielgruppe ausgerichtet ist, bei der ständig bestimmte behandlungspflegerische Maßnahmen erforderlich werden, war nach dem bis zum 31.12.2016 geltenden Recht **kein geeigneter Ort** im Sinne von § 37 Abs. 1 Satz 1 SGB V.

3. Auf **Leistungen der Behandlungspflege** (§ 37 SGB V) findet § 14 SGB IX keine Anwendung.

4. Da Leistungen der Behandlungspflege (§ 37 SGB V) und Leistungen der Eingliederungshilfe nebeneinander bestehen können, kommt eine **Verurteilung des beigeladenen Trägers der Eingliederungshilfe** nach § 75 Abs. 5 SGG nicht in Betracht.

Im Streit standen Leistungen der häuslichen Krankenpflege in Form der 24-h-Krankenbeobachtung im Zeitraum vom 01.11.2014 bis 16.08.2016. **SG Leipzig**, Urt. v. 22.10.2019 - S 8 KR 2/16 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

d) Zulässigkeit der Berufung eines beigeladenen Leistungserbringers

**LSG Sachsen, Urteil v. 13.07.2022 - L 1 KR 228/18**

**RID 23-01-74**

[www.juris.de](http://www.juris.de) = [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

**SGB V §§ 13 III, 37, 132a; SGG §§ 75 V, 183, 197a; SGB IX § 14**

**Leitsatz:** 1. Die **Berufung des beigeladenen Leistungserbringers** gegen ein Urteil, das die Klage des Versicherten auf Gewährung von Leistungen abweist, ist **unzulässig**.

2. Ein Anspruch auf **Kostenerstattung oder Kostenfreistellung** setzt eine schuldrechtliche Verpflichtung des Versicherten gegenüber dem Leistungserbringer (sog. Sekundärhaftung) voraus.

3. Eine **stationäre Einrichtung der Eingliederungshilfe** für behinderte Menschen, die nach ihrem Aufgabenprofil auf eine besondere Zielgruppe ausgerichtet ist, bei der ständig bestimmte behandlungspflegerische Maßnahmen erforderlich werden, war nach dem bis zum 31.12.2016 geltenden Recht **kein geeigneter Ort** im Sinne von § 37 Abs. 1 Satz 1 SGB V.

4. Ein in erster Instanz kostenfreies Verfahren kann im Rechtsmittelverfahren **kostenpflichtig** sein.

Im Streit standen Leistungen der häuslichen Krankenpflege in Form der 24-h-Krankenbeobachtung im Zeitraum vom 16.05.2013 bis 31.12.2013. **SG Leipzig**, Urt. v. 28.03.2018 - S 3 KR 296/14 - wies die Klage ab, das **LSG** verwarf die Berufung der Beigel. zu 2.

### 3. Fahrkosten

a) Hohe Behandlungsfrequenz über einen längeren Zeitraum

**LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 17.08.2022 - L 10 KR 421/21**

**RID 23-01-75**

[www.juris.de](http://www.juris.de) = [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

**SGB V § 60; KrTr-RL § 8**

Das Vorliegen des Tatbestandsmerkmals „**hohe Behandlungsfrequenz über einen längeren Zeitraum**“ i.S.v. § 8 Abs. 2 KrTr-RL wird bei insgesamt im Höchstfall **17 Behandlungen jährlich** nicht erfüllt. Eine hohe Behandlungsfrequenz wird in diesem Falle auch bei bereits langandauernder Behandlung nicht erreicht. Telefonisch stattgefundenen Behandlungstermine können ebenso wenig berücksichtigt werden wie die Termine, die ausgefallen sind.

**SG Münster**, Gerichtsbb. v. 21.04.2021 - S 6 KR 1097/17 - juris wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück. **BSG**, Beschl. v. 12.12.2022 - B 1 KR 79/22 B - juris verwarf die Nichtzulassungsbeschwerde als unzulässig.



b) Fahrkosten nur für nächstgelegene Behandlungsmöglichkeit

**LSG Mecklenburg-Vorpommern, Urteil v. 11.08.2022 - L 6 KR 41/20**

**RID 23-01-76**

www.juris.de  
SGB V § 60

**Fahrkosten** für eine **stationäre Behandlung** sind nicht zu erstatten, wenn es sich nicht um die **nächstgelegene Behandlungsmöglichkeit** handelt.

*SG Neubrandenburg*, Gerichtsbb. v. 24.03.2020 wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück. *BSG*, Beschl. v. 12.10.2022 - B 1 KR 46/22 BH - juris verwarf die Nichtzulassungsbeschwerde als unzulässig.

#### 4. Belastungsgrenze für Zuzahlungen bei Unterbringung in Heim

**LSG Baden-Württemberg, Beschluss v. 26.10.2022 - L 11 KR 2402/22 NZB**

**RID 23-01-77**

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de  
SGB V § 62; SGB XII § 61 ff.

**Leitsatz:** Zu den „Kosten der Unterbringung in einem Heim“ i.S.d. § 62 Abs. 2 Satz 5 Nr. 2 SGB V zählt auch die **Vergütung der vom Pflegeheim erbrachten Pflegeleistungen**. Bei Versicherten, die in einem Pflegeheim leben und Hilfe zur Pflege nach den §§ 61 bis 66a SGB XII erhalten, ist daher für die Ermittlung der **Belastungsgrenze** für Zuzahlungen der Regelsatz für die Regelbedarfsstufe 1 nach der Anlage zu § 28 SGB XII maßgeblich (wie hier: LSG Baden-Württemberg, Beschl. v. 29.09.2022 - L 4 KR 2403/22 NZB -).

*SG Freiburg*, Urt. v. 02.08.2022 - S 16 KR 1460/22 - gab der Klage statt, das **LSG** wies die Nichtzulassungsbeschwerde der Bekl. zurück.

### VII. Beziehungen zu Krankenhäusern

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 Cytotec 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 Cytotec 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. Vergütungsanspruch/Fälligkeit

a) Notwendigkeit stationärer Behandlung

aa) Stationäre Behandlung bei vierstündiger Behandlung: Vorhalt einer Sectiobereitschaft

**LSG Hamburg, Urteil v. 22.09.2022 - L 1 KR 77/21**

**RID 23-01-78**

*Revision anhängig: B 1 KR 37/22 R*  
www.juris.de

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

Die Auffassung der Vorinstanz, dass es für die Abgrenzung ambulanter/stationärer Behandlung entscheidend darauf ankommt, ob der Patient die Infrastruktur des Krankenhauses - also insb. die typische intensive ärztliche Betreuung sowie die Hilfe von jederzeit verfügbarem Pflegepersonal - in Anspruch genommen hat, was der Fall ist, wenn die äußere Wendung bei Beckenendlage, bei welcher

durch äußere Manipulation am Bauch der Schwangeren manuell versucht wird, das Kind in die „richtige“ **Geburtsposition**, also die Schädellage, **zu wenden**, ein potentiell mit hohen Risiken behafteter Vorgang ist, der in niedergelassenen Arztpraxen aus diesem Grund nicht durchgeführt wird, ist zutreffend. Der Eingriff wird auch bei einer Entlassung der Versicherten noch am Aufnahmetag bzw. nach nur rund **vierstündiger Behandlung** nicht ambulant, sondern vielmehr unter vollstationären Bedingungen ausgeführt. Während der äußeren Wendung wird eine **Sectiobereitschaft** dergestalt vorgehalten, dass sowohl in räumlicher Hinsicht (OP) als auch in personeller Hinsicht (Gynäkologe, Anästhesist, OP-Personal) die entsprechenden Kapazitäten geblockt sind.

**SG Hamburg**, Urt. v. 01.04.2021 - S 57 KR 2790/19 WA - verurteilte die Bekl. zur Zahlung von 612,91 € nebst Zinsen und 300 € Aufwandspauschale. Das **LSG** wies die Berufung der Bekl. unter Änderung des Zinsanspruchs zurück.

bb) Stationäre anstatt ambulante Behandlung depressiver Störungen

**LSG Schleswig-Holstein, Urteil v. 27.09.2022 - L 10 KR 30/18**

**RID 23-01-79**

*Revision zugelassen*

[www.juris.de](http://www.juris.de) = [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

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

**Leitsatz:** 1. Die Behandlung leichter bis mittelschwerer **depressiver Störungen** erfolgt regelhaft in der **ambulanten vertragsärztlichen Versorgung**.

2. Wird ein Patient mit einer leichten bis mittelschweren depressiven Störung dennoch stationär behandelt, müssen seitens des Krankenhausträgers - um die **Erforderlichkeit der Krankenhausbehandlung** zu **belegen** - Angaben zu Begleiterkrankungen oder zu sonstigen Gründen gemacht werden, die Anlass für die stationäre Versorgung des Patienten gegeben haben.

3. Die Abrechnung von Krankenhausleistungen auf der Grundlage eines **fiktiven wirtschaftlichen Alternativverhaltens** besteht nur innerhalb des gesetzlich nach § 39 Abs. 1 Satz 3 SGB V zugewiesenen Versorgungsauftrags der Krankenhäuser in Form von stationären Krankenhausbehandlungen (vollstationär, stationsäquivalent, teilstationär, vor- und nachstationär) und ist dementsprechend auf die einzelnen **stationären Behandlungsalternativen beschränkt** (entgegen BSG, Urt. v. 26.04.2022 - B 1 KR 5/21 R - SozR 4-2500 § 39 Nr. 34).

**SG Schleswig**, Gerichtsb. v. 06.02.2018 - S 11 KR 130/14 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

cc) Abgrenzung zur Rehabilitationsmaßnahme

**LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 31.08.2022 - L 11 KR 556/20**

**RID 23-01-80**

[www.juris.de](http://www.juris.de) = [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

**SGB V §§ 39 I, 107, 108**

Verfahren wie Ganganalyse, kardio-pulmonale Belastbarkeit, Schmerzdiagnostik und bildgebende Diagnostik (MRT, CT, Röntgen), die psychosoziale Befragung als auch die sich anschließende psychologische Behandlung ist im Rahmen eines **ambulanten Settings** durchführbar. Bei einer Versicherten, die zu **dem Chronifizierungstypus der „Durchhalterin“** gehört, die grundsätzlich eine positive Motivation mitbringt, weiter zu machen und auch beruflich weiter zu agieren, ist dies nicht zielführend. Für das bei solchen Versicherten erforderliche Herauslösen aus der sie belastenden Situation reicht auch eine teilstationäre Maßnahme bzw. tagesklinische Rehabilitation nicht aus.

Zwischen der **stationären Behandlung** in einem **Akutkrankenhaus** und einer solchen in einer **Rehabilitationseinrichtung** besteht kein Stufenverhältnis. Es handelt sich vielmehr um eine Aliud-Leistung. Die Abgrenzung zwischen Krankenhausbehandlung und stationärer medizinischer Rehabilitation sind fließend. Deshalb kann eine Unterscheidung im Wesentlichen nur nach der Art der Einrichtung, den Behandlungsmethoden und dem Hauptziel der Behandlung getroffen werden, die sich auch in der Organisation der Einrichtung widerspiegeln (BSG, Urt. v. 20.01.2005 - B 3 KR 9/03 R - BSGE 94, 139 = SozR 4-2500 § 112 Nr. 4).

Krankenhausbehandlung ist nicht erforderlich, wenn **Ziel der Behandlung** ist, die Schmerzentwicklung zu durchbrechen, eine Verhaltensänderung einzuleiten und die bestehenden Schmerzzustände zu beheben. Die besonderen Mittel eines Krankenhauses (apparative

Mindestausstattung, geschultes Pflegepersonal und jederzeit präsepter bzw. rufbereiter Arzt) sind nicht zum Erreichen dieser Ziele erforderlich.

**SG Dortmund**, Urt. v. 03.07.2020 - S 65 KR 877/16 - wies die Klage der Krankenkasse ab. Das **LSG** verurteilte auf die Berufung der Kl. den bekl. Klinikträger, an die Kl. einen Betrag von 4.398,09 € nebst Zinsen zu zahlen.

dd) Abgrenzung Krankenhaus- und Rehabilitationsbehandlung (Neurologischen Rehabilitation)

**SG Schwerin, Urteil v. 27.09.2022 - S 8 KR 172/20**

**RID 23-01-81**

www.juris.de

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

**Leitsatz: Stationäre Krankenhaus- und stationäre medizinische Rehabilitationsbehandlung** überschneiden sich in Einzelkomponenten in der Sache (so BSG, Urt. v. 19.11.2019 - B 1 KR 13/19 R - BSGE 129, 232 = SozR 4-2500 § 76 Nr. 6, juris Rn. 17; vgl. zur Abgrenzung auch: VGH Baden Württemberg, Urt. v. 16.04.2015 - 10 S 96/13 - juris Rn. 40, RID 15-03-318; BGH, Urt. v. 18.11.2010 - III ZR 239/09 - juris Rn. 16, RID 11-01-291).

Da die Maßnahmen der Rehabilitationseinrichtung und des Krankenhauses gleichermaßen auf die Behandlung von Krankheiten und die Beseitigung ihrer Folgen beim Betroffenen gerichtet sind, erfolgt in Ermangelung konkretisierender gesetzlicher Vorgaben eine **Abgrenzung** nach der im Einzelfall erforderlichen **Schwerpunktsetzung** hinsichtlich der **Behandlungsmethoden und -ziele** (vgl. LSG Sachsen, Urt. v. 12.11.2015 - L 1 KR 199/11 - juris Rn. 50, RID 16-01-158).

Das **SG** verurteilte Bekl., an die Kl. 15.436,48 € nebst Zinsen zu zahlen.

ee) Notfallbehandlung keine stationäre Behandlung

**SG Neuruppin, Urteil v. 30.11.2022 - S 20 KR 163/21**

**RID 23-01-82**

www.juris.de

**SGB V §§ 39 I, 109**

Eine **Notfallbehandlung** wird nicht allein deshalb zu einer **stationären Behandlung**, weil das Krankenhaus für die Aufnahmeuntersuchung eine **aufwändige Diagnostik** betreibt und die Notfallbehandlung auch auf der Intensivstation des Krankenhauses durchgeführt wird. Eine Weiterverweisung an ein anderes Krankenhaus, ohne dass es zur Aufnahme in das zunächst vom Rettungsdienst angefahrene kl. Krankenhaus kommt, begründet keine stationäre Behandlung.

Das **SG** wies die Klage ab.

b) Keine medizinische Begründung für Krankenhausrechnung  
(Fachabteilungsschlüssel)

**SG Düsseldorf, Urteil v. 11.08.2022 - S 15 KR 887/21 KH**

**RID 23-01-83**

www.juris.de

**SGB V §§ 301, 330 a.F., 417**

Es bestehen grundlegende Zweifel daran, ob die **Fälligkeit einer Krankenhausrechnung** im Anwendungsbereich des § 330 SGB V a.F. bzw. § 417 SGB V überhaupt an weitergehende Voraussetzungen wie das Vorliegen einer **medizinischen Begründung** oder eines Kurzberichtes geknüpft werden darf.

Die Übermittlung einer weitergehenden medizinischen Begründung ist nur in eng umgrenzten Fällen erforderlich. In dem als abschließend zu betrachtenden § 301 SGB V ist nicht vorgesehen, dass ein Krankenhaus den **Fachabteilungsschlüssel** 3600 für Intensivmedizin übermittelt, wenn die Intensivstation wie vorliegend Unterabteilung der Kardiologie und gerade - mangels entsprechender planungsrechtlicher Festsetzung - nicht gesonderte Fachabteilung ist und entsprechend nach § 301 SGB V gar nicht über diesen Fachabteilungsschlüssel verfügt.

Das **SG** verurteilte die Bekl., an die Kl. 2.464,50 € nebst Zinsen zu zahlen.

c) Kenntnis des Krankenhauses vom fehlenden Vergütungsanspruch

**LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 14.10.2022 - L 9 KR 265/20**

**RID 23-01-84**

*Revision anhängig: B 1 KR 31/22 R*  
www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de  
**SGB V §§ 39 I, 108, 109, 301**

**Leitsatz:** Wer als Leistungserbringer (hier: Krankenhaus ohne Zulassung und ohne Versorgungsvertrag) **wusste** oder wissen musste, dass die Leistung **keinen Vergütungsanspruch** nach sich zieht, kann nicht über § 814 BGB bzw. die Rechtsfigur von Treu und Glauben verlangen, dass die irrtümlich leistende gesetzliche Krankenkasse von einer Rückforderung einer ohne Rechtsgrund erbrachten Vergütung absieht.

**SG Berlin**, Ur. v. 05.06.2020 - S 166 KR 893/19 WA - verurteilte auf Klage der Krankenkasse die bekl. Krankenhausträgerin, der Kl. den geltend gemachten Erstattungsbetrag in Höhe von 3.962,05 € zzgl. Zinsen zu zahlen. Das **LSG** wies die Berufung zurück.

**Parallelverfahren:**

**LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 14.10.2022 - L 9 KR 263/20**

**RID 23-01-85**

*Revision anhängig: B 1 KR 30/22 R*  
www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

**LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 14.10.2022 - L 9 KR 264/20**

**RID 23-01-86**

*Revision anhängig: B 1 KR 35/22 R*  
www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

d) Kein Erstattungsanspruch aufgrund der Erfüllung einer nicht fälligen Forderung

**SG Gelsenkirchen, Urteil v. 01.12.2022 - S 46 KR 3333/19**

**RID 23-01-87**

www.juris.de  
**SGB V § 109 IV 3; KHEntgG §§ 7, 9; KHG § 17b**

Ein **Erstattungsanspruch der Krankenkasse** ergibt sich auch nicht daraus, dass nunmehr gerichtlicherseits eine abweichende Hauptdiagnose zugrunde gelegt wird als ursprünglich hinsichtlich der Abrechnung von dem Krankenhaus angenommen und mithin die ursprüngliche **Kodierung fehlerhaft** war. Zwar ist insoweit zu berücksichtigen, dass erst mit Stellung einer inhaltlich korrekten Rechnung und Übermittlung inhaltlich vollständig korrekter Datensätze nach § 301 SGB V die Fälligkeit der konkreten Forderung eintritt. Die Frage der **Fälligkeit** ist jedoch hinsichtlich eines Erstattungsanspruchs ohne Relevanz. Aus dem Umstand der Erfüllung einer nicht fälligen Forderung ergibt sich jedoch kein Erstattungsanspruch.

Das **SG** verurteilte die Bekl., an die Kl. 8.450,59 € zzgl. Zinsen zu zahlen.

e) Aufrechnung

aa) Wirksamkeit eines landesvertraglichen Aufrechnungsverbots

**LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 15.11.2022 - L 5 KR 752/20**

**RID 23-01-88**

*Revision anhängig: B 1 KR 42/22 R*  
www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de  
**SGB V §§ 71 I, 109 IV, 112 II 1 Nr. 1; SGB IV § 76 I**

Aus § 15 Abs. 4 Satz 2 LV NRW folgt im Umkehrschluss ein **Aufrechnungsverbot** für Erstattungsforderungen, die unter keine der drei vertraglich vereinbarten Varianten fällt, was die mit dem Recht der gesetzlichen Krankenversicherung betrauten Senate des LSG Nordrhein-Westfalen bereits mehrfach entschieden haben. Dem Aufrechnungsverbot steht auch kein höherrangiges Recht entgegen.

**SG Dortmund**, Ur. v. 16.10.2020 - S 40 KR 5127/18 - verurteilte die Bekl., an die Kl. 5.036,94 € nebst Zinsen zu zahlen. Das **LSG** änderte den Zinsanspruch. unter Zurückweisung der Berufung im Übrigen ab.

Siehe auch LSG Nordrhein-Westfalen, Ur. v. 22.12.2021 - L 11 KR 637/20 - RID 22-03-68, Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 14/22 R.

**Parallelverfahren:**

**LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 27.10.2022 - L 5 KR 903/20**

**RID 23-01-89**

*Revision anhängig: B 1 KR 38/22 R*  
www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

bb) Aufrechnungsverbot im Landeskrankenhausvertrag

**SG Hamburg, Urteil v. 12.12.2022 - S 45 KR 2535/17**

**RID 23-01-90**

www.juris.de  
SGB V §§ 109 IV 3, 112 II 1 Nr. 1, 275 I c; BGB § 242; KHG § 17c II

Eine Verrechnung ist unzulässig, wenn sie im Landeskrankenhausvertrag ausgeschlossen wird. Das **Aufrechnungsverbot** verstößt nicht gegen höherrangiges Recht (vgl. LSG Hamburg, Urt. v. 24.06.2021 - L 1 KR 2/21 - RID 21-04-92, Revision anhängig: B 1 KR 32/21 R).

Das **SG** verurteilte die Bekl., an die Kl. 7.948,30 € zzgl. Zinsen zu zahlen.

cc) Unzulässige Aushebelung des gesetzlichen Aufrechnungsverbots in  
Übergangsvereinbarung

**SG Nürnberg, Urteil v. 09.11.2022 - S 18 KR 704/21**

**RID 23-01-91**

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de  
SGB V §§ 109 IV, VI, 275 I c; KHG § 17c II 1; BGB §§ 387 ff.

Im Zeitpunkt einer Aufrechnungserklärung im September 2020 war das **gesetzliche Aufrechnungsverbot** des § 109 Abs. 6 SGB V bereits in Kraft getreten.

Die im Hinblick auf das MDK-Reformgesetz am 10.12.2019 beschlossene Übergangsvereinbarung, Aufrechnungen weiter zuzulassen, ist unzulässig. Die Regelung einer vollständigen **Aushebelung des gesetzlichen Aufrechnungsverbots** ist nicht von der Ermächtigungsgrundlage des § 109 Abs. 6 Satz 3 SGB V i.V.m. § 17c KHG gedeckt.

Das **SG** verurteilte die Bekl., an die Kl. 2.454,00 € nebst Zinsen zu zahlen.

**Parallelverfahren:**

**SG Nürnberg, Urteil v. 09.11.2022 - S 18 KR 705/21**

**RID 23-01-92**

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

dd) Fehlende Aufrechnungserklärung

**SG Gelsenkirchen, Urteil v. 01.12.2022 - S 46 KR 770/18**

**RID 23-01-93**

www.juris.de  
BGB § 387

Eine **Aufrechnung** im Sinne des § 387 BGB durch die Krankenkasse zur Vergütung bzw. Erfüllung anderweitiger Forderungen des Krankenhauses, die ggf. unwirksam gewesen sei könnte, hat nicht stattgefunden, wenn aus dem Zahlungsbasis keine Aufrechnung hervorgeht, da die Krankenkasse keine Forderung einer anderen Forderung des Krankenhauses gegenübergestellt hat, die durch Aufrechnung (teilweise) erfüllt werden sollte.

Das **SG** wies die Klage ab.

## 2. Prüfvereinbarung

a) Eingeschränkter Prüfungsumfang bei unterlassener MDK-Prüfung

**SG Itzehoe, Gerichtsbescheid v. 13.07.2022 - S 33 KR 213/20**

**RID 23-01-94**

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

Ob einem Versicherten **vollstationäre Krankenhausbehandlung** (hier: Schlauchmagenoperation in laparoskopischer Operationstechnik) zu gewähren ist, richtet sich allein nach den medizinischen Erfordernissen im Einzelfall. Der **Prüfungsumfang** ist allerdings stark eingeschränkt, wenn die Krankenkasse es unterlässt, eine MDK-Prüfung einzuleiten. Es tritt dann eine Präklusionswirkung in Hinblick auf mögliche medizinische Einwendungen ein.

Das **SG** verurteilte die Bekl., an die Kl. 7.202,46 € zzgl. Zinsen zu zahlen und wies im Übrigen die Klage ab (bzgl. der Zinsen).

b) Reichweite der Mitwirkungsobliegenheit des Krankenhauses

**SG Dresden, Urteil v. 22.06.2022 - S 45 KR 998/20**

**RID 23-01-95**

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

**PrüfVb 2016 § 7 II**

**Leitsatz:** 1. Im Anschluss an die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (u.a. BSG, Urt. v. 10.11.2021 - B 1 KR 16/21 R - SozR 4-2500 § 275 Nr. 34) wird die Reichweite einer möglichen **Präklusion für den Vortrag von Tatsachen** mit Relevanz für die Krankenhaushausvergütung nach § 7 Abs. 2 Satz 4 bis 9 PrüfVb vom 03.02.2016 durch den Prüfgegenstand des Prüfverfahrens und die Anforderung konkret durch den MDK bezeichneter Unterlagen bestimmt (sog. **Ermittlungstiefe**).

2. Jedenfalls soweit sich aus den vorgelegten Unterlagen die Voraussetzungen der Durchführung der entgeltrelevanten Prozedur eindeutig ermitteln lassen, ist kein Raum für eine weitergehende **Mitwirkungsobliegenheit des Krankenhauses** zur Vorlage weiterer Unterlagen.

3. Insbesondere ist die **Vorlage eines Operationsberichts** nicht erforderlich, wenn sich aus der einzig konkret durch den MDK angeforderten und durch das Krankenhaus vorgelegten Epikrise bereits die Durchführung der abgerechneten Prozedur mit ihren Merkmalen ergibt.

Das **SG** verpflichtete die Bekl., an die Kl. eine weitere Vergütung i.H.v. 35.686,38 € nebst Zinsen zu zahlen.

c) Unerheblichkeit eines fehlenden Pflegeberichts für medizinische Feststellung

**LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 18.02.2022 - L 5 KR 597/19**

**RID 23-01-96**

*Revision zugelassen*

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

**PrüfV 2014 § 7 II**

Eine Krankenkasse kann sich nicht auf eine **Präklusion** nach § 7 Abs. 2 Satz 2 bis 4 PrüfV 2014 berufen, wenn ein allein fehlender **Pflegebericht** für die erforderliche medizinische Feststellung **unerheblich** ist. Dies wäre treuwidrig im Sinne des § 242 BGB.

Im Streit steht ein öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch i.H.v. 6.480,49 € infolge des Überschreitens der oberen Grenzverweildauer. **SG Gelsenkirchen**, Urt. v. 09.07.2019 - S 45 KR 694/18 - verurteilte die bekl. Krankenkassenträgerin, an die kl. Krankenkasse einen Betrag i.H.v. 6.480,49 € nebst Zinsen zu zahlen. Das **LSG** wies auf die Berufung der Bekl. die Klage ab.

### 3. Fallpauschalen

a) Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung

aa) Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei 64-Jährigem

**SG Magdeburg, Urteil v. 26.09.2022 - S 34 KR 39/18**

**RID 23-01-97**

www.juris.de

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

**Leitsatz:** Die **geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung** setzt neben dem Erreichen eines gewissen **Lebensalters** eine geriatritypische **Multimorbidität** voraus. Dabei ist das Lebensalter von 70 Jahren nicht starr, sondern als Orientierung zu verstehen.

Je weniger ein Versicherter die als Alter angenommene Orientierungsaltergrenze von 70 Jahren erreicht hat, desto höher müssen die Anforderungen an seine **geriatritypischen Erkrankungen** im Sinne einer geriatritypischen Multimorbidität sein (relativierend bei einem Alter von 60 Lebensjahren bereits: BSG, Urt. v. 23.06.2015 - B 1 KR 21/14 R - SozR 4-2500 § 109 Nr. 46 <in Verbindung mit plausibilisierenden Angaben>).

Für die tatbestandlichen Voraussetzungen der abgerechneten Fallpauschale trägt das Krankenhaus die objektive **Beweislast** (vgl. BSG, Beschl. v. 08.09.2021 - B 1 KR 75/20 B - juris; BSG, Urt. v.

17.12.2020 - B 1 KR 13/20 R - KRS 2021, 212; BSG, Urt. v. 14.10.2014 - B 1 KR 27/13 R - BSGE 117, 82 = SozR 4-2500 § 109 Nr. 40).

Das **SG** wies die Klage ab.

bb) Frührehabilitative Behandlung als Bestandteil der akutstationären Behandlung

**SG Nürnberg, Urteil v. 10.11.2022 - S 11 KR 763/19**

**RID 23-01-98**

[www.juris.de](http://www.juris.de) = [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

**SGB V §§ 12 I, 39 I**

Die **frührehabilitative Behandlung** - ihre medizinische Notwendigkeit vorausgesetzt - ist nicht nur **Bestandteil der akutstationären Behandlung** (a.A. LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 20.07.2021 - L 16 KR 414/20 - juris Rn. 28, RID 21-03-108), sondern prägt das ihr zugrundeliegende Behandlungskonzept entscheidend mit. Eine **Aufspaltung** der akutstationären Behandlung in akutmedizinische Behandlung und frührehabilitative Behandlung im Sinne eines Annexes bzw. eine Gleichsetzung der akutstationären Behandlung mit der akutmedizinischen Behandlung würde somit der Zielsetzung des § 39 Abs. 1 Satz 3 Hs. 2 SGB V widersprechen.

Das **SG** verurteilte die Bekl., an die Kl. 4.048,13 € nebst Zinsen zu zahlen.

b) Dokumentation der Teambesprechung bei einer multimodalen Komplexbehandlung

**LSG Hamburg, Urteil v. 27.10.2022 - L 1 KR 110/21**

**RID 23-01-99**

[www.juris.de](http://www.juris.de)

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

Bei einer Behandlung im Januar 2018 war es einem Krankenhaus noch nicht möglich, sich den durch BSG, Urt. v. 19.12.2017 - B 1 KR 19/17 R - BSGE 125, 91 = SozR 4-1500 § 120 Nr. 3 aufgestellten strengeren **Anforderungen an die Dokumentation** - hier: **Teambesprechung** bei einer **multimodalen Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus** - anzupassen.

**SG Hamburg**, Urt. v. 02.11.2021 - S 2 KR 1737/19 - verurteilte die Bekl. zur Zahlung von 6.343,54 € nebst Zinsen. Das **LSG** wies die Berufung zurück.

c) Dokumentation des neurologischen Befundes

**SG Nürnberg, Urteil v. 12.07.2022 - S 7 KR 928/21**

**RID 23-01-100**

[www.juris.de](http://www.juris.de) = [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

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

Für die Erfüllung des Merkmals einer „6-stündlichen (außer nachts) Überwachung und **Dokumentation des neurologischen Befundes**“ nach dem Code 8-981 OPS-Version 2019 - Voraussetzung der Kodierung einer neurologischen Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls - ist die Anforderung der Erhebung des neurologischen Befundes unter Verwendung eines standardisierten Verfahrens (z.B. des NHISS) nicht erforderlich. Für die Befunderhebung gibt es nicht nur eine einzige medizinisch korrekte Vorgehensweise. Der behandelnde Arzt kann hierzu eigene Entscheidungen nach der beim individuellen Patienten vorliegenden medizinischen Notwendigkeit treffen.

Das **SG** verurteilte die Bekl., an die Kl. 4.271,73 € nebst Zinsen zu zahlen.

d) Primäre Indikation zur Durchführung der bariatrischen Operation nach Leitlinie

**SG Itzehoe, Gerichtsbescheid v. 13.07.2022 - S 33 KR 103/19**

**RID 23-01-101**

[www.juris.de](http://www.juris.de)

**SGB V §§ 39 I, 109 IV 3, 112 I**

Eine **medizinische Indikation** für eine bariatrische Operation liegt bei einem **BMI** von 50,4 kg/m<sup>2</sup> vor. Dass die Versicherte in den letzten sechs bis zwölf Monaten vor der Magenbypass-Operation nicht die klassischen konservativen Behandlungsmöglichkeiten in Form von ärztlich angeleiteter und begleiteter Ernährungs-, Bewegungstherapie und Psychotherapie durchgeführt hat, steht einem Anspruch auf Gewährung einer bariatrischen Operation nach Ansicht des Gerichts nicht entgegen, wenn die Versicherte bereits seit längerem eine erhebliche Adipositas aufweist und in Eigeninitiative

vielfältige Bemühungen unternommen hat, ihr Körpergewicht zu reduzieren, die jedoch stets erfolglos blieben.

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

e) Transkatheter-Aortenklappen-Implantation (TAVI) im Jahr 2010

**LSG Mecklenburg-Vorpommern, Urteil v. 06.10.2022 - L 6 KR 68/16**

**RID 23-01-102**

[www.juris.de](http://www.juris.de)

**SGB V §§ 2 I 3, 12 I**

**Leitsatz:** 1. Auch im Jahr 2010 entsprach die Durchführung einer **Transkatheter-Aortenklappen-Implantation (TAVI)** in einer Klinik **ohne herzchirurgische Fachabteilung** nicht dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse.

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

3. Es kommt nicht darauf an, dass im Behandlungszeitpunkt kein **Konsens über die Notwendigkeit des Vorhandenseins einer herzchirurgischen Klinik** oder Abteilung in dem den Eingriff vornehmenden Krankenhaus bestanden haben mag. Vielmehr bedarf es zur Einhaltung des Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsgebots des SGB V durch ein diese Voraussetzungen nicht erfüllendes Krankenhaus im Gegenteil der positiven Feststellung eines Konsenses dahingehend, dass eine herzchirurgische Klinik/Fachabteilung entbehrlich ist.

**SG Schwerin**, Ur. v. 12.07.2016 - S 20 KR 117/11 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

f) Kardial bedingte Rechtsherzinsuffizienz/Vorherige Prüfung der Rechnung

**LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 01.09.2022 - L 16 KR 746/20**

**RID 23-01-103**

*Revision anhängig: B 1 KR 1/23 R*

[www.juris.de](http://www.juris.de) = [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

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

Den Krankenkassen ist es nicht erlaubt, die Bezahlung von Krankenhausrechnungen mit der Begründung zu verzögern, dass zunächst die **Richtigkeit** der Abrechnung oder die wirtschaftliche Leistungserbringung **geprüft** werden müsse (BSG, Ur. v. 23.07.2002 - B 3 KR 64/01 R - BSGE 90, 1 = SozR 3-2500 § 112 Nr. 3, juris Rn. 1; ebs. LSG Niedersachsen-Bremen, Ur. v. 16.06.2022 - L 16 KR 251/21 - juris Rn. 47 m.w.N., RID 22-04-81).

Bei einer **kardial bedingten Rechtsherzinsuffizienz** kann nicht die Kodierung R09.2 vorgenommen werden, da diese einen Atemstillstand oder ein Herz-Lungen-Versagen erfordert. Es kann lediglich der Kode J96 „**Respiratorische Insuffizienz**, anderenorts nicht klassifiziert“ kodiert werden.

**SG Gelsenkirchen**, Gerichtsbb. v. 09.10.2020 - S 11 KR 415/18 - verurteilte die Bekl. zur Zahlung von 4.043,40 € nebst Zinsen und wies im Übrigen die Klage ab. Das **LSG** hob das Ur. z.T. wegen des Zinsanspruchs auf und wies im Übrigen die Klage ab.

g) Angeborene infektiöse oder parasitäre Krankheit

**LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 01.09.2022 - L 16 KR 508/21 KH**

**RID 23-01-104**

[www.juris.de](http://www.juris.de) = [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

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

Hinsichtlich des Begriffes „**angeboren**“ der Diagnose P37.9 („Angeborene infektiöse oder parasitäre Krankheit, nicht näher bezeichnet“) ist ein durch den ICD-10-GM oder die DKR normativ determiniertes Begriffsverständnis nicht zu erkennen. Nach **allgemeinem Sprachgebrauch** bedeutet angeboren: „Zum Zeitpunkt der Geburt vorhanden. Angeborene, biologisch prädestinierte Merkmale, Krankheiten oder Defizitsyndrome sind kongenital, d.h. durch Schädigung bzw. Fehlerhaftigkeit des genetischen Materials entstanden, oder konnatal, also intrauterin oder während des Geburtsvorgangs durch äußere Noxen entstanden.“ Eine „angeborene Infektion“ kann nach diesem allgemeinsprachlichen Begriffskern nur dann vorliegen, wenn eine Keimübertragung von der Mutter auf das Kind vor oder während der Geburt stattgefunden hat.



*SG Aachen*, Urt. v. 28.04.2021 - S 1 KR 431/18 - verurteilte auf Klage der Krankenkasse die bekl. Krankenhausträgerin, an die Kl. 13.279,36 € nebst Zinsen zu zahlen. Das *LSG* wies die Berufung zurück.

#### h) Behandlung einer Teiltraktur der Supraspinatussehne

**LSG Hessen, Urteil v. 29.09.2022 - L 8 KR 383/21**

**RID 23-01-105**

[www.juris.de](http://www.juris.de) = [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

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

**Leitsatz:** Die Behandlung einer **Teiltraktur der Supraspinatussehne** mittels des „Apollo-Systems“ der Firma Arthrex stellt keine „Rekonstruktion der Rotatorenmanschette“ im Sinne des OPS 5-814.4 dar.

*SG Frankfurt a. M.*, Urt. v. 07.07.2021 - S 20 KR 8/19 - [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) verurteilte die Bekl., an die Kl. 1.744,30 € nebst Zinsen zu zahlen. Das *LSG* verurteilte die Bekl., an die Kl. 1.272,86 € nebst Zinsen zu zahlen und wies im Übrigen die Klage ab.

#### i) Multidisziplinäre algesiologische Diagnostik

**LSG Thüringen, Urteil v. 07.07.2022 - L 2 KR 488/18**

**RID 23-01-106**

*Nicht rechtskräftig (die Klage wurde nachträglich zurückgenommen).*

[www.juris.de](http://www.juris.de) = [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

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

**Leitsatz:** 1. Der für 2014 geltende OPS 1-910 (**Multidisziplinäre algesiologische Diagnostik**) erfordert die Mitarbeit von mindestens **zwei Fachdisziplinen** (davon eine psychiatrische, psychosomatische oder psychologisch-psychotherapeutische Disziplin).

2. Die Mitarbeit der **psychologisch-psychotherapeutischen Disziplin** im Sinne des OPS 1-910 (2014) ist nur dann gegeben, wenn ein approbierter Psychologischer Psychotherapeut in das konkrete Behandlungsgeschehen eingebunden ist. Die alleinige Beteiligung eines nicht approbierten Diplom-Psychologen reicht dafür nicht aus.

3. Sind die **strukturellen Mindestvorgaben** des OPS nicht erfüllt, besteht ein entsprechender **Vergütungsanspruch** nicht, auch wenn die veranlassten Maßnahmen für sich genommen lege artis durchgeführt wurden.

*SG Gotha*, Urt. v. 09.03.2018 - S 50 KR 250/17 - verurteilte die Bekl., an die Kl. 1.859,91 € nebst Zinsen zu zahlen. Das *LSG* wies die Klage ab.

#### j) Kodierung einer spastischen Paraparese bei Grunderkrankung Multiple Sklerose

**LSG Sachsen, Urteil v. 29.06.2022 - L 1 KR 329/21**

**RID 23-01-107**

*Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 103/22 B*

[www.juris.de](http://www.juris.de) = [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

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

**Leitsatz:** 1. Zwingend für die Kodierung des Symptoms als **Hauptdiagnose** ist **bei bekannter Grunderkrankung**, dass ausschließlich das Symptom behandelt wird. Dies erfordert, dass die Behandlung des Symptoms von der Behandlung der Grunderkrankung abgegrenzt werden kann, was nicht der Fall ist, wenn gerade durch eine Einwirkung auf die Grunderkrankung eine Linderung des durch sie verursachten Symptoms erreicht werden soll.

2. Für die Frage, ob das **Symptom** oder die **zugrunde liegende Erkrankung** als **Hauptdiagnose** zu **kodieren** ist, kommt es nicht darauf an, ob die Behandlung der Grunderkrankung Gegenstand medizinisch-wissenschaftlich fundierter Therapieansätze ist (entgegen LSG Sachsen-Anhalt, Urt. v. 22.04.2021 - L 6 KR 91/18 - juris Rn. 31 f., RID 21-04-70).

3. Daraus, dass ein **Symptom Krankheitswert** im Sinne des Leistungsrechts hat, folgt nichts für die bei der Abrechnung von Krankenhausbehandlung erforderliche Abgrenzung zwischen Symptom und zugrunde liegender Erkrankung.

*SG Leipzig*, Urt. v. 30.08.2016 - S 8 KR 552/13 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

k) Einpflanzung mehrerer Neurostimulatoren

**SG Gelsenkirchen, Urteil v. 01.12.2022 - S 46 KR 1162/20**

**RID 23-01-108**

www.juris.de

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

Der OPS 5-059.G0, **Implantation eines Neurostimulators** zur Stimulation des peripheren Nervensystems ohne Implantation einer Neurostimulationselektrode, Einkanalssystem, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar, bezieht sich auf die Implantation eines einzelnen Neurostimulators. Sofern mehrere Neurostimulatoren eingepflanzt werden, ist daher nach der Kodierrichtlinie P005K die entsprechende Ziffer mehrfach anzusetzen.

§ 8 Satz 3 und Satz 4 PrüfvV erstrecken die **Ausschlussfrist** nicht nur auf die Mitteilung der abschließenden Entscheidung, sondern auch auf die Mitteilung der wesentlichen Gründe. Eindeutig ist hieraus zu entnehmen, dass die Krankenkasse nach Ablauf der Frist ihre Leistungsentscheidung nicht auf andere Gründe als die mitgeteilten stützen kann (Anschluss an SG Dresden, Urt. v. 24.06.2020 - S 38 KR 219/18 - RID 20-04-101, juris Rn. 28).

Das **SG** verurteilte die Bekl., an die Kl. einen Betrag von 6.494,13 € zzgl. Zinsen zu zahlen.

l) Kodierung eines Dekubitus bei einem diabetischen Fußsyndrom

**LSG Hamburg, Urteil v. 22.09.2022 - L 1 KR 29/21**

**RID 23-01-109**

*Revision anhängig: B 1 KR 41/22 R*

www.juris.de

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

Im Zusammenhang mit einem **diabetischen Fußsyndrom** kann ein **Dekubitus** nur kodiert werden, wenn er auch tatsächlich besteht. Es gibt keine Anhaltspunkte dafür, dass die offene Wunde im Vorfußbereich des Patienten durch einen Dekubitus ausgelöst wurde. Dies würde voraussetzen, dass durch Druck auf die Haut zunächst eine Rötung und dann eine immer tiefer gehende Wunde entstanden ist. Dazu ist nichts dokumentiert.

**SG Hamburg**, Urt. v. 11.02.2021 - S 48 KR 781/19 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

m) Intensivmedizinische Versorgung: 4-Tages-Kurven anstelle Tageskurven

**SG Nürnberg, Urteil v. 05.09.2022 - S 5 KR 913/21**

**RID 23-01-110**

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

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

Die **intensivmedizinische Versorgung** umfasst - entsprechend der Definition der DKR - mindestens ein Monitoring von Atmung und Kreislauf und eine akute Behandlungsbereitschaft (ärztliche und pflegerische Interventionen zur Stabilisierung der Vitalfunktionen unmittelbar möglich). Eine solche intensivmedizinische Behandlung ist zwar nicht bereits (lediglich formal) mit der Aufnahme einer Patientin in einer entsprechenden Station (IST) gegeben. Entscheidend ist, dass die Voraussetzungen einer intensivmedizinischen Versorgung vorliegen. Kein rechtlich relevantes Kriterium kann sein, dass auf der Station **4-Tages-Kurven anstelle** wohl die für **IST üblichen Tageskurven** verwendet werden.

Das **SG** verurteilte die Bekl., an die Kl. einen Betrag von 9.919,93 € nebst Zinsen zu bezahlen.

n) Zahlung unter einem die Beweislast währenden Vorbehalt/Beatmungsstunden

**SG Gelsenkirchen, Urteil v. 01.12.2022 - S 46 KR 1526/18**

**RID 23-01-111**

www.juris.de

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

**Beatmungsstunden** können nicht abgerechnet werden, wenn keinerlei Beatmungsstunden für den Gesamtaufenthalt des Patienten berücksichtigungsfähig sind, eine intensivmedizinische Behandlung nicht ersichtlich durchgeführt wird und kein Sonderfall von heimbeatmeten Patienten vorliegt.

Eine **Zahlung unter einem die Beweislast währenden Vorbehalt** ist bereits generell in dem Sicherstellungsvertrag gem. § 112 SGB V für das Land Nordrhein-Westfalen in § 15 Satz 4 wirksam vereinbart worden.

Das **SG** verurteilte die bekl. Krankenhausträgerin, an die kl. Krankenkasse den Betrag von 17.289,58 € zzgl. Zinsen zu zahlen.

#### 4. Mindestmengen

a) Widerlegung einer Mindestmengenprognose: Anhörung/Formvorgaben/Zweifel und Kalenderjahr

**LSG Schleswig-Holstein, Beschluss v. 26.01.2023 - L 10 KR 125/22 B ER**

**RID 23-01-112**

[www.juris.de](http://www.juris.de) = [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

**SGB V § 136b V; SGB X §§ 24, 33 III**

**Leitsatz:** 1. Bei der Widerlegung einer **Mindestmengenprognose** nach § 136b Abs. 5 Satz 6 SGB V kommt der vorherigen **Anhörung** des Krankenhausträgers gemäß § 24 SGB X zu den für die Entscheidung der Krankenkassenverbände erheblichen Tatsachen eine besondere Bedeutung zu, weil es kein Vorverfahren gibt und einer Anfechtungsklage gegen den Widerlegungsbescheid für Prognosen ab dem Kalenderjahr 2023 keine aufschiebende Wirkung mehr zukommt. Daher ist dem Krankenhausträger bereits vor der Widerlegung seiner Prognose Gelegenheit zu geben, erkennbar unvollständige oder unplausible Angaben zu konkretisieren oder zu ergänzen. Anderenfalls bestehen erhebliche Zweifel an der formellen Rechtmäßigkeit des Widerlegungsbescheids.

2. Die **Formvorgaben** aus § 33 Abs. 3 SGB X gelten auch für einen von mehreren Krankenkassenverbänden gemeinsam erlassenen Widerlegungsbescheid. Enthält ein gemeinsam erlassener Widerlegungsbescheid weder die Unterschrift noch die Namenswiedergabe der einzelnen Behördenleiter bzw. der Vertreter oder Beauftragten, bestehen ebenfalls erhebliche Zweifel an der formellen Rechtmäßigkeit des Widerlegungsbescheids.

3. Materiell-rechtlich müssen sich die seitens der Krankenkassenverbände nach § 136b Abs. 5 Satz 6 SGB V „begründeten erheblichen **Zweifeln** an der Richtigkeit“ der von einem Krankenhausträger abgegebenen Prognose auch auf das maßgebliche **Kalenderjahr** dieser Prognose beziehen. Allein der Umstand, dass ein Krankenhausträger die erforderliche Mindestmenge in den beiden Vorjahren nicht erreicht hat bzw. voraussichtlich nicht erreichen wird, reicht als Begründung für erhebliche Zweifel an der Richtigkeit der Prognose für das maßgeblichen Kalenderjahr nicht aus.

**SG Lübeck**, Beschl. v. 22.11.2022 - S 8 KR 377/22 - lehnte den Antrag auf Anordnung der aufschiebenden Wirkung ab, das **LSG** ordnete die aufschiebende Wirkung der Klage gegen den gemeinsamen Bescheid der Ag. v. 04.10.2022 an.

b) Konkurrentenklage gegen Prognose zur Erreichung der maßgeblichen Mindestmenge

**SG Schwerin, Beschluss v. 18.01.2023 - S 25 KR 167/22 ER**

**RID 23-01-113**

[www.juris.de](http://www.juris.de)

**SGB V § 136b; SGG § 86b II**

**Leitsatz:** 1. Die Gefahr, dass aufgrund eines möglicherweise bestehenden Überangebotes ein Krankenhaus die maßgebliche **Mindestmenge** für eine planbare Leistung nicht erreichen wird, befugt einen Krankenhausträger nicht, die Prüfung und Widerlegung der **Prognose** für ein **konkurrierendes Krankenhaus** zur Erreichung der maßgeblichen Mindestmenge mit einer vorbeugenden **Konkurrentenklage** zu verfolgen.

2. Weder aus einfach-rechtlichen Regelungen noch aus materiellen Grundrechten lässt sich für Krankenhäuser, die schon im vorausgegangenen Kalenderjahr die maßgebliche Mindestmenge für eine Leistung erreicht hatten, eine **Vorrangstellung mit garantierten Mindestmengen** gegenüber Krankenhäusern entnehmen, die nur eine übergangsweise geltende Mindestmenge erreicht hatten.

3. Die Vorgabe von Mindestmengen für planbare Leistungen als Zulässigkeitsvoraussetzung für deren Leistungserbringung nach § 136b Abs. 5 Satz 1 und 2 SGB V dient als **Qualitätssicherungsmaßnahme** der Gewährleistung eines Mindestmaßes an Qualität, insbesondere zur Verhinderung gravierender patientensicherheitsrelevanter Endpunkte, wie Mortalität oder schwerer Komplikationen. Eine **drittschützende Wirkung** für konkurrierende Krankenhäuser lässt sich aus § 136b Abs. 5 SGB V nicht ableiten.

Das **SG** wies den Antrag auf einstweilige Anordnung ab.

## 5. Aufschlagszahlung nach § 275c Abs. 3 SGB V

a) Anhörung/Begründung/Datum der leistungsrechtlichen Entscheidung unerheblich

**SG Duisburg, Urteil v. 19.12.2022 - S 17 KR 1434/22 KH**

**RID 23-01-114**

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).

**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.

b) Zeitpunkt der Krankenhausaufnahme maßgeblich

**SG Düsseldorf, Urteil v. 16.11.2022 - S 15 KR 1311/22 KH**

**RID 23-01-115**

*Berufung zugelassen*  
www.juris.de  
SGB V § 275c III

Der Begriff „ab dem Jahr 2022“ in § 275c Abs. 3 Satz 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 2020. Das **SG** hob den angefochtenen Bescheid auf.

c) Stationäre Aufnahme ab Januar 2022

**SG Magdeburg, Beschluss v. 28.11.2022 - S 26 KR 226/22 ER**

**RID 23-01-116**

www.juris.de  
SGB V § 275

**Leitsatz:** Krankenhäuser haben **Aufschlagszahlungen** nach § 275 c Abs. 3 SGB V lediglich für Behandlungsfälle zu zahlen, in denen die **stationäre Aufnahme am oder nach dem 1. Januar 2022** erfolgt ist.

Das **SG** ordnete die aufschiebende Wirkung der Klage S 26 KR 221/22 gegen den Bescheid der Ag. an.

d) Datum der Krankenhausaufnahme ab dem Jahr 2022 maßgeblicher zeitlicher Anknüpfungspunkt

**SG Freiburg, Urteil v. 08.12.2022 - S 14 KR 1682/22**

**RID 23-01-117**

www.juris.de  
SGB V § 275c III

Nach § 275c Abs. 3 SGB V ist das **Datum der Krankenhausaufnahme** ab dem Jahr 2022 maßgeblicher zeitlicher Anknüpfungspunkt. Das gesetzgeberische Ziel, einen Anreiz für die Krankenhäuser zur Erstellung von ordnungsgemäßen Abrechnungen zu schaffen, setzt zur Überzeugung der Kammer voraus, dass die Krankenhäuser hierauf auch Einfluss nehmen können.

Das **SG** hob den angefochtenen Bescheid auf.

e) Keine Aufrechnung mit Aufschlagsforderung

**SG Düsseldorf, Urteil v. 04.10.2022 - S 15 KR 1185/22 KH**

**RID 23-01-118**

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, Ur. 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 PrüfV nicht entgegen.

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

**Parallelverfahren:**

**SG Düsseldorf, Urteil v. 12.01.2023 - S 30 KR 1124/22 KH**

**RID 23-01-119**

www.juris.de

**SG Düsseldorf, Urteil v. 19.01.2023 - S 15 KR 1696/22 u.a.**

**RID 23-01-120**

www.juris.de

## 6. Aufwandspauschale: Allgemeine Verjährungsfrist von vier Jahren

**LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 07.12.2022 - L 10 KR 102/22 KH**

**RID 23-01-121**

*Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 6/23 B*

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 275 I c 3

Der Anspruch auf die **Aufwandspauschale verjährt** in vier Jahren. Von einer Anwendbarkeit der vierjährigen Verjährung in Krankenhausabrechnungsstreitigkeiten ist auch der Gesetzgeber ausgegangen, der diese Rechtslage bis zur Einführung der zweijährigen Verjährung nach § 109 Abs. 5 SGB V unverändert gelassen hat (vgl. BSG, Ur. v. 21.04.2015 - B 1 KR 11/15 R - SozR 4-2500 § 69 Nr. 10 Rn. 15).

**SG Duisburg**, Ur. v. 20.01.2022 - S 50 KR 1901/20 KH - verurteilte die Bekl. zur Zahlung von insgesamt 900 € nebst Zinsen. Das **LSG** wies die Berufung zurück.

## 7. Unzulässige Fortsetzungsfeststellungsklage bei Einzelfallentscheidung

**LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 07.12.2022 - L 10 KR 474/21 KH**

**RID 23-01-122**

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V a.F. § 417; SGG § 131 I 3

Ein **Fortsetzungsfeststellungsantrag** ist nur zulässig, wenn ein berechtigtes Interesse an der Feststellung besteht. Eine Wiederholungsgefahr scheidet aus, wenn die Fallkonstellation keine über den Einzelfall hinausgehende Bedeutung hat. Auch wenn die streitgegenständlichen Fragen in einer Vielzahl von bei den Sozialgerichten anhängigen Klagefällen aufgeworfen werden, bedarf es keiner Klärung der Rechtsfrage durch das LSG, um Rechtseinheit zu gewährleisten, wenn die relevanten Rechtsfragen sich anhand der bestehenden Normen und der bisherigen BSG-Rspr. ohne weiteres beantworten lassen.

Mit § 417 SGB V a.F. - jetzt § 415 SGB V - wurde allein die **Zahlungsfrist für eine Krankenhausvergütung** mittels eines Bundesgesetzes für einen bestimmten Zeitraum (bundes-) einheitlich festgelegt. Die Verkürzung der Zahlungsfrist soll (lediglich) dazu dienen, aufgrund der durch das Coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19) verursachten Pandemie in Krankenhäusern auftretende Liquiditätspässe zu vermeiden bzw zu reduzieren. Weder dem Wortlaut der Regelung

noch der Gesetzesbegründung lassen sich Anhaltspunkte dafür entnehmen, dass mit der Regelung anderweitige Aspekte der Fälligkeit einer von einem Krankenhaus ausgestellten Vergütungsabrechnung verändert werden sollten.

**SG Duisburg**, Gerichtsb. v. 14.05.2021 - S 60 KR 175/21 KH - stellte fest, dass die Bekl. verpflichtet war, die Rechnung der Kl. vom 19.11.2020 bzgl. der stationären Behandlung des Versicherten E vom 11.11.2020 bis 14.11.2020 im Hause der Kl. i.H.v. 2590,59 € innerhalb fünf Tagen nach Rechnungseingang zu begleichen und wies die Klage im Übrigen ab. Das **LSG** wies die Klage ab.

## 8. Keine zeitlich gestaffelte Streitwertfestsetzung bei teilweisem Anerkenntnis

**LSG Sachsen, Beschluss v. 07.11.2022 - L 1 KR 240/19 B**

RID 23-01-123

[www.juris.de](http://www.juris.de) = [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

RVG §§ 23 I, 32 I, 33; GKG §§ 40, 43 II

**Leitsatz:** 1. Es besteht keine Pflicht zu einer **zeitlich gestaffelten Festsetzung** des Streitwerts (§ 63 Abs. 2 GKG) wegen Reduzierung des Streitgegenstandes infolge eines Teilanerkennnisses.

2. Vielmehr eröffnet in einem solchen Fall § 33 Abs. 1 RVG die Möglichkeit einer gesonderten Festsetzung des **Gegenstandswerts der anwaltlichen Tätigkeit**.

3. Zu der Frage, ob ein **Anerkenntnis rechtsmissbräuchlich** nur deshalb zunächst auf die Hauptforderung **beschränkt** wird, um dadurch den für die Termingebühr des Rechtsanwalts maßgeblichen Gegenstandswert auf die Nebenforderung zu drücken.

**SG Leipzig**, Beschl. v. 17.06.2019 - S 22 KR 644/15 - setzte den Streitwert auf 13.291,32 € fest. Das **LSG** wies die Beschwerde der Bekl. zurück.

## 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** zu 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 heranziehbaren 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 **Schiedsspruch** 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. Apotheker: Rezepturzuschlag für die Herstellung zytostatikahaltiger parenteraler Lösungen

LSG Thüringen, Urteil v. 10.03.2022 - L 6 KR 1224/18

RID 23-01-124

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 3 KR 21/22 R

www.juris.de

AMPreisV §§ 1, 5

Der Begriff „**applikationsfertige Einheit**“ in Nr. 6 der Anlage 3 Teil 2 der AMPreisV meint nicht die Gesamtmenge des jeweils verordneten Arzneimittels, sondern sieht einen (**Rezeptur**)**Zuschlag** für die Herstellung zytostatikahaltiger parenteraler Lösungen je hergestellter Spritze vor. Durch die Verordnung des Arztes von „2x Azacitidin“ sind zwei gesonderte applikationsfertige Einheiten gemeint.

*SG Altenburg*, Urt. v. 02.08.2018 wies die Klage ab, das *LSG* verurteilte die Bekl., an den Kl. 5.994,74 € nebst Zinsen zu zahlen.

## 2. Arzneimittelhersteller

a) Obligatorische Nutzenbewertung: Neue Wirkung eines bekannten Wirkstoffes (Ivermectin)

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 09.11.2022 - L 1 KR 438/20 KL ZVW

RID 23-01-125

Revision anhängig: B 3 KR 22/22 R

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 35a, 92 I 2 Nr. 6

**Leitsatz:** Eine **obligatorische Nutzenbewertung** nach § 35a Abs. 1 SGB V ist durchzuführen, wenn ein neu zugelassenes Arzneimittel auf einer **neuen Wirkung eines bekannten Wirkstoffes** beruht.

Streitig zwischen der kl. deutschen Tochtergesellschaft eines weltweit tätigen pharmazeutischen Unternehmens, das seit dem Juni 2015 das verschreibungspflichtige Fertigarzneimittel Soolantra® Creme mit dem Wirkstoff Ivermectin vertreibt, und dem bekl. GBA ist dessen Beschl. v. 27.11.2015 „über eine Änderung der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) durch Ergänzung der Anlage XII - Beschlüsse über die Nutzenbewertung von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen nach § 35a SGB V Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (§ 35a SGB V) -“ um den Wirkstoff Ivermectin. Das *LSG* wies die Klage ab.

b) Rabatt- und Preisberechnung und Herstellerrabatt

LSG Sachsen-Anhalt, Beschluss v. 08.11.2022 - L 6 KR 72/22 B ER

RID 23-01-126

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 130a; SGG § 86b II; GG Art. 3, 12; EGRL 18/2004 Art. 1 IIa

**Leitsatz:** 1. Im Rahmen des § 130a Abs. 8 SGB V ist die Anknüpfung des vertraglich vereinbarten **Rabatts** an den „Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers“ zulässig.

2. Der **Abschlag** nach § 130a Abs. 3 SGB V ist nicht auf den Rabatt nach § 130a Abs. 8 SGB V anzurechnen.

3. Ein **Beitritt zu gleichen Bedingungen** bedeutet nicht, dass für jedes zu Lasten der Krankenkasse abgegebene Arzneimittel mit einem vergleichbaren Wirkstoff der gleiche **Gesamt-Rabattsatz** verbindlich vorgegeben wird.

4. Bei der Prüfung der Unzulässigkeit des Antrags wegen Unbestimmtheit ist zu beachten, dass hier der **Krankenkasse** zur Ausgestaltung eines Rabatt-Vertrages ein nur beschränkt überprüfbarer **Ermessensspielraum** zusteht.

Die Ast. bringt als pharmazeutisches Unternehmen das Arzneimittel D mit dem Wirkstoff Cholecalciferol in Form von Weichkapseln (ATC Code A11CC05) auf den Markt. Als Cholecalciferol bezeichnet man das von tierischen Organismen aus Cholesterin synthetisierte Vitamin D3. *SG Dessau-Roßlau*, Beschl. v. 11.07.2022 - S 25 KR 143/22 ER - lehnte den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung, mit dem die Ast. die Berücksichtigung und Einberechnung von „etwaig zu zahlenden Herstellerrabatten gemäß § 130a Abs. 3a SGB V bei der Rabatt- und Preisberechnung“ verlangte, ab, das *LSG* wies die Beschwerde zurück.

### 3. Hilfsmittelerbringer: Keine Vergütung von Blutteststreifen ohne Vertrag nach § 127 SGB V

LSG Sachsen, Urteil v. 26.01.2022 - L 1 KR 650/17

RID 23-01-127

*Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 3 KR 32/22 B*

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 31 I 1, 127

**Leitsatz:** 1. Durch den Vertragsbeitritt nach § 127 Abs. 2a SGB V kommt zwischen Krankenkasse und beitretendem **Hilfsmittelerbringer** ein eigenständiger **Vertrag** zustande, der inhaltlich von dem Vertrag nach § 127 Abs. 2 SGB V abhängig ist, zu dem der Beitritt erklärt worden ist.

2. Ein Teilbeitritt zu einem Vertrag nach § 127 Abs. 2 SGB V ist nur für räumlich oder sächlich abtrennbare **Versorgungsbereiche**, insbesondere für einzelne Produktgruppen, zulässig. Unliebsame Vertragsklauseln können über einen Teilbeitritt nicht abbedungen werden.

3. Auch wenn die Anwendung der §§ 305 ff. BGB auf Verträge nach § 127 SGB V nicht schon grundsätzlich ausgeschlossen ist (anders noch LSG Sachsen, Beschl. v. 29.10.2015 - L 1 KR 37/15 B ER - juris Rn. 79 ff.), so lässt sich doch über die §§ 305 ff. BGB eine **Vertragsfiktion** nicht erreichen.

4. Hilfsmittelerbringer sind seit 01.04.2007 nicht berechtigt, **Blutzuckerteststreifen** ohne Vertrag nach § 127 SGB V abzugeben und zu marktüblichen Preisen abzurechnen.

5. Die leistungsrechtliche Gleichstellung von Blutteststreifen mit **Arzneimitteln** in § 31 Abs. 1 Satz 1 SGB V ändert nichts daran, dass sie im Leistungserbringungsrecht zugleich als Applikationshilfen und damit wie Hilfsmittel behandelt werden.

*SG Dresden*, Urt. v. 28.07.2017 - S 30 KR 88/15 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

## IX. Coronavirus-Testverordnung

### 1. Recht zur Prüfung und Aussetzung der Zahlungen

LSG Niedersachsen-Bremen, Beschluss v. 20.01.2023 - L 4 KR 549/22 B ER

RID 23-01-128

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

TestV § 7a

Die Auffassung der Vorinstanz, dass eine **Einstellung staatsanwaltschaftlicher Ermittlungen** einem Prüfverfahren nach § 7a Abs. 2 TestV nicht entgegen stehe und eine fehlende Übersendung von Unterlagen zunächst für die Rechtmäßigkeit einer Plausibilitätsprüfung spreche, ist nicht zu beanstanden.

Einer KV steht das **Recht zur Prüfung und Aussetzung der Zahlungen** auch in der Fassung der TestV v. 31.08.2022 (ab 01.09.2022) und v. 24.11.2022 (sowie für die Zeit davor) zu. Denn nach Abs. 5 Satz 1 des § 7a TestV i.d.F. v. 31.08.2022 und 24.11.2022 bleibt die mögliche Rechtsfolge einer Aussetzung der Zahlungen für alle drei Prüfarten der Absätze 1, 1b und 2 bestehen, also auch für die andauernden Prüfungen der KV.

Eine **Kürzung der Zahlungen auf Null** liegt im Rahmen der rechtlich zulässigen Rechtsfolgen, weil sich im Normtext keine Begrenzung der Kürzungshöhe findet („können Auszahlungen .... ausgesetzt werden“).

Ein **Verstoß** des Leistungserbringers gegen die **Abrechnungsbestimmungen** kann auch den **vollständigen Ausfall des Entgelts** zur Folge haben.

*SG Lüneburg*, Beschl. v. 06.12.2022 - S 16 KR 26/22 ER - lehnte den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

Zur gerichtlichen Zuständigkeit s. Teil A.VI.1.

### 2. Sozialgerichtlicher Rechtsweg: Coronavirus-Teststelle gegen KV

LSG Niedersachsen-Bremen, Beschluss v. 28.10.2022 - L 16 KR 433/22 B ER

RID 23-01-129

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGG § 51 I Nr. 2; SGB V § 20i III 2 Nr. 1; IfSG § 68 Ia

**Leitsatz:** Über einen Antrag einer **Coronavirus-Teststelle**, die **Kassenärztliche Vereinigung** im Wege des einstweiligen Rechtsschutzes zu verpflichten, über Honoraransprüche für Leistungen nach der Corona-Testverordnung zu entscheiden und bereits mit Bescheid festgesetzte Beträge



auszukehren, ist gem. § 20i Abs. 3 SGB V i.V.m. § 7 der Coronavirus-Testverordnung der **Rechtsweg** zu den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit eröffnet.

Das **LSG** erklärte unter Aufhebung von **SG Osnabrück**, Beschl. v. 07.09.2022 - S 3 KR 183/22 ER - den Rechtsweg zu den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit für zulässig.

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

## X. Angelegenheiten der Krankenkassen

### 1. Versichertenkarte ohne Lichtbild

**LSG Baden-Württemberg, Beschluss v. 01.03.2022 - L 4 KR 232/22 ER-B**

**RID 23-01-130**

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

**SGB V §§ 291, 291a; SGG § 86b II**

Nur Versicherte unter 15 Jahren können eine **Versichertenkarte ohne Lichtbild** erhalten.

**SG Ulm**, Beschl. v. 23.12.2021 - S 10 KR 2815/21 ER - wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

### 2. Fehlende ablehnende Entscheidung der Krankenkasse

**LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 31.03.2022 - L 5 KR 191/20**

**RID 23-01-131**

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

**SGG § 54 I 2**

Ist eine **ablehnende Entscheidung der Krankenkasse** in Form eines Verwaltungsakts hinsichtlich der Versorgung mit den begehrten Leistungen (Ernährungsberatung, Krankengymnastik) nicht ergangen, so ist die Klage wegen fehlender **Klagebefugnis** unzulässig (§ 54 Abs. 1 Satz 2 SGG).

**SG Gelsenkirchen**, Gerichtsbb. v. 04.03.2020 - S 17 KR 2864/19 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück. **BSG**, Beschl. v. 14.09.2022 - B 1 KR 39/22 BH - verwarf die Beschwerde gegen die Nichtzulassung der Revision als unzulässig.

### 3. Aufgabenerledigung durch Dritte

**LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 21.10.2022 - L 4 KR 28/21 KL**

**RID 23-01-132**

*Revision anhängig: B 3 A 1/23 R*

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

**SGB V § 197b**

**Leitsatz:** 1. Die **wesentlichen Aufgaben zur Versorgung** Versicherter i.S.v. § 197b Satz 2 SGB V umfasst insbesondere die Ebene der individuellen Versorgung, d.h. die konkrete Fallbearbeitung einschließlich der **Prüfung individueller Ansprüche** der Versicherten.

2. Das Recht der sozialen **Pflegeversicherung** nach dem SGB XI kennt keine § 197b SGB V vergleichbare Befugnis zur Aufgabenerledigung durch Dritte.

Die Beteiligten streiten um einen aufsichtsrechtlichen Verpflichtungsbescheid des bekl. Bundesamtes für Soziale Sicherung gegenüber der kl. Krankenkasse. Die Kl. schloss infolge eines von ihr durchgeführten Vergabeverfahrens mit der M GmbH einen „**Rahmenvertrag über die Erbringung von Fallbearbeitungs-Dienstleistungen**“. Mit Bescheid vom Januar 2021 verpflichtete die Bekl. die Kl. zur unverzüglichen außerordentlichen Kündigung des Vertrages. Das **LSG** wies die Klage ab.

### 4. Buchhalterische Zuordnung von Darlehensgewährungen an Beteiligungsgesellschaften

**LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 06.04.2022 - L 11 KR 33/21 KL**

**RID 23-01-133**

*Revision anhängig: B 1 A 1/22 R*

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

**SGB IV §§ 80, 81, 82, 89; SGB V § 260 III, 261**

Ein **Darlehen** erfüllt nur dann die Voraussetzungen des Begriffs „**Rücklage**“ und kann mithin unter Kto. 0419 gebucht werden, wenn es innerhalb eines Haushaltsjahres ohne Verlust liquidiert werden

kann, entweder weil es nur noch eine unterjährige Restlaufzeit hat oder weil es im Bedarfsfall vorzeitig ohne Verlust liquidiert, d.h. sicher verfügbar gemacht werden kann. Dabei versteht sich die erste Alternative insofern von selbst, als es sich bei einer unterjährigen Laufzeit ohnehin um eine „kurzfristige Geldanlage“ im Sinne von Gruppe 01 des Kontenrahmens handelt. Die zweite alternativ erfüllbare Voraussetzung ergibt sich zwar nicht aus einer Legaldefinition des Begriffs „Rücklage“, erschließt sich aber aus den der Rücklage der Krankenkassen zugeschriebenen Funktionen und der historischen Entwicklung der maßgebenden Vorschrift des § 261 SGB V. Anderweitige, insbesondere systematische Erwägungen sprechen nicht gegen dieses Verständnis des Rücklagenbegriffs.

Die Beteiligten streiten über die Rechtmäßigkeit eines aufsichtsrechtlichen Verpflichtungsbescheides, mit welchem die Bekl. die buchhalterische Zuordnung von Darlehensgewährungen der K. an ihre Beteiligungsgesellschaften beanstandet hat. Bei der Kl. handelt es sich um einen bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträger. Aufsichtsbehörde ist das Bundesamt für Soziale Sicherheit (BAS), bis 2019 noch als Bundesversicherungsamt (BVA) bezeichnet, dessen Rechtsträger die Bekl. ist und das als Bundesoberbehörde die Rechtsaufsicht über die bundesunmittelbaren Träger der gesetzlichen Kranken-, Renten- und Unfallversicherung sowie der sozialen Pflegeversicherung führt. Das *LSG* wies die Klage ab.

## 5. Begrenzung der Erstattungshöhe durch Vergütungsvereinbarungen

**LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 10.08.2022 - L 4 KR 437/21**

RID 23-01-134

*Revision anhängig: B 1 KR 23/22 R*

[www.juris.de](http://www.juris.de)

SGB V §§ 104, 111

Ein **Erstattungsanspruch** des nachrangig verpflichteten **Rentenversicherungsträgers** gegen die **Krankenkasse** für die Erbringung von Leistungen zur **medizinischen Rehabilitation** wird durch eine Vergütungsvereinbarung gem. § 111 Abs. 5 SGB V der Höhe nach begrenzt.

*SG Hannover*, UrT. v. 26.08.2021 - S 86 KR 178/20 - wies die Klage ab, das *LSG* wies die Berufung zurück.

## XI. Bundessozialgericht (BSG)

### 1. Stationäre Behandlung: Potentialleistungen (Liposuktion)

**BSG, Urteil v. 18.08.2022 - B 1 KR 29/21 R**

RID 23-01-135

[www.juris.de](http://www.juris.de) = [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

BSG, UrT. v. 26.04.2022 - B 1 KR 20/21 R - SozR 4 (vorgesehen) hat bereits entschieden, dass Versicherte auch nach Erlass einer Erprobungsrichtlinie Anspruch auf die Versorgung mit **Potentialleistungen** grundsätzlich nur im Rahmen eines **individuellen Heilversuchs** haben, wenn es 1. um eine schwerwiegende, die Lebensqualität auf Dauer nachhaltig beeinträchtigende Erkrankung geht, wenn 2. keine andere Standardbehandlung verfügbar ist und wenn 3. die einschlägigen Regelungen der Verfahrensordnung des GBA für die Annahme des Potentials einer erforderlichen Behandlungsalternative erfüllt sind. Für nicht an der Erprobung teilnehmende Krankenhäuser kann der GBA nach § 137e Abs. 2 S. 3 SGB V ergänzende Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringung regeln. Es handelt sich für diese Krankenhäuser um eine abschließende Regelungsermächtigung. Der **GBA** hat von ihr im Falle des **Liposuktions-Erprobungsverfahrens** im Zeitpunkt des hier maßgebenden Leistungsgeschehens keinen Gebrauch gemacht. Begrenzungen ergeben sich auch aus einer Erprobungsrichtlinie i.V.m. § 137e Abs. 2 S. 1 und 2 SGB V und dem Studiendesign selbst. Sie gelten aber nur für an der Erprobung teilnehmende Krankenhäuser.

### Parallelverfahren:

**BSG, Urteil v. 18.08.2022 - B 1 KR 38/21 R**

RID 23-01-136

[www.juris.de](http://www.juris.de) = [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) = SuP 2022, 780 = KrV 2022, 262

## 2. Beziehungen zu Krankenhäusern

### a) Vergütungsausschluss für Leistung eines Nichtarztes

#### **BSG, Urteil v. 26.04.2022 - B 1 KR 26/21 R**

**RID 23-01-137**

BSGE = SozR 4-2500 § 15 Nr. 4 = PaPfleReQ 2022, 39 = GesR 2022, 665 = ZMGR 2022, 281 = KRS 2022, 353 = medstra 2022, 396

**Leitsatz:** 1. Ein Krankenhaus hat keinen Anspruch auf die **Vergütung** einer Krankenhausbehandlung, an der ein **Nichtarzt** als vermeintlicher Arzt mitgewirkt hat.

2. Der Vergütungsausschluss für die Leistung eines Nichtarztes gilt auch dann, wenn diesem zuvor eine **echte Approbationsurkunde** ausgestellt worden ist.

3. Der Vergütungsausschluss erstreckt sich nicht auf eigenständige und abgrenzbare **Behandlungsabschnitte**, an denen der Nichtarzt nicht mitgewirkt hat.

### b) Ausgliederung von Leistungen

#### **BSG, Urteil v. 26.04.2022 - B 1 KR 15/21 R**

**RID 23-01-138**

BSGE = SozR 4-2500 § 107 Nr. 3 = PaPfleReQ 2022, 38 = GesR 2022, 530 = ZMGR 2022, 225 = KrV 2022, 159 = KRS 2022, 301 = medstra 2022, 400

**Leitsatz:** 1. Die Zurechnung der vom **Krankenhaus** veranlassten Leistungen eines Dritten zu den allgemeinen Krankenhausleistungen erlaubt es nicht, dass das Krankenhaus wesentliche der vom Versorgungsauftrag umfassten Leistungen regelmäßig und planvoll **auf Dritte auslagert**, die nicht in seine Organisation eingegliedert sind.

2. Für die im **Versorgungsauftrag** ausgewiesenen Bereiche wie Fachabteilungen, Zentren, Fachprogramme et cetera hat das **Krankenhaus** die räumliche, apparative und personelle Ausstattung zur Erbringung der wesentlichen **Leistungen** selbst **vorzuhalten**.

## 3. Festsetzung von Hilfsmittelfestbeträgen

#### **BSG, Urteil v. 07.04.2022 - B 3 KR 4/20 R**

**RID 23-01-139**

BSGE = SozR 4-2500 § 36 Nr. 4

**Leitsatz:** Der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung ist zur **Festsetzung von Hilfsmittelfestbeträgen** mit kalkulatorisch bestimmten Abgabepreisen nicht ermächtigt.

## C. ENTSCHEIDUNGEN ANDERER GERICHTE

### I. Ärztliches Berufsrecht

#### 1. Widerruf/Ruhen der Approbation

##### a) Widerruf der Approbation

###### aa) Automatisiert erstellte Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen

**OVG Hamburg, Beschluss v. 15.12.2022 - 3 Bs 78/22**

**RID 23-01-140**

[www.juris.de](http://www.juris.de)

**BÄO §§ 3 I 1 Nr. 1, 5 II 1; HKG Hamburg § 27 III 1 Nr. 1**

**Leitsatz:** 1. Für die Feststellung der **Berufsunwürdigkeit** eines Arztes ist es unerheblich, ob die gravierende Verfehlung auch strafbewehrt oder gar **strafrechtlich** geahndet worden ist. Schon nach dem Wortlaut des § 3 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 BÄO wird nur ein „Verhalten“ des Arztes verlangt, aus welchem sich die Unwürdigkeit ergibt.

2. Einen rein „**digitalen Praxissitz**“ für Ärzte sieht das Gesetz nicht vor.

3. Ein Arzt, der ein Online-Verfahren anwendet, bei dem auf der Grundlage von online angeklickten, vorbezeichneten Antwortmöglichkeiten **automatisiert erstellte Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen** in Form einer PDF-Datei, die mit der Faksimile-Unterschrift des Arztes versehen sind, erstellt und ausgegeben werden, verstößt gegen die Berufspflicht nach § 25 der Berufsordnung der Hamburger Ärztinnen und Ärzte (entsprechend § 25 MBO-Ä).

4. Mit der nach § 25 der Berufsordnung der Hamburger Ärztinnen und Ärzte (entsprechend § 25 MBO-Ä) anzulegenden notwendigen Sorgfalt bei der **Ausstellung ärztlicher Atteste** ist es ebenso wenig vereinbar, dass der Arzt vollkommen kontaktlos, ausschließlich auf der Basis eines Online-Fragebogens die Arbeitsunfähigkeit feststellt.

5. Die Verwendung eines **standardisierten Online-Formulars** zur Erlangung einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung stellt keine **Behandlung** im Sinne des § 7 Abs. 3 Satz 3 der Berufsordnung der Hamburger Ärztinnen und Ärzte (entsprechend § 7 Abs. 4 Satz 3 MBO-Ä) dar, weil es an einem individuellen Austausch im Wege der Nutzung irgendeines Kommunikationsmediums zwischen Patient und Arzt fehlt.

##### bb) Schizoaffektive Störung

**VG Köln, Urteil v. 30.08.2022 - 7 K 7180/18**

**RID 23-01-141**

[www.juris.de](http://www.juris.de)

**BÄO §§ 3 I 1 Nr. 3, 5 II**

Eine **schizoaffektive Störung** kann die Annahme, dass die gesundheitliche Eignung im Sinne von § 3 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 BÄO im maßgeblichen Zeitpunkt nicht vorlag, rechtfertigen. Dies ist der Fall, wenn der Arzt den hohen Anforderungen an den ärztlichen Beruf, ständig im Vollbesitz seiner geistigen Kräfte und im Interesse seiner Patienten in jeder Hinsicht „präsent“ zu sein, nicht entspricht.

##### b) Ruhen der Approbation

###### aa) Keine behördliche Anordnung einer neuropsychologischen Untersuchung

**OVG Hamburg, Beschluss v. 12.01.2023 - 3 Bs 153/22**

**RID 23-01-142**

[www.juris.de](http://www.juris.de)

**BÄO § 6 I Nr. 3; VwGO § 44a S. 1**

**Leitsatz:** 1. Die zuständige Behörde ist nicht berechtigt, zur Klärung von Zweifeln an der **gesundheitlichen Eignung eines Arztes** zur Ausübung seines Berufs ohne vorherige Einschaltung eines Amts- oder Facharztes von sich aus eine **neuropsychologische Untersuchung** durch einen Psychologen anzuordnen.

2. Der Gesetzgeber hat es insoweit nicht dem der Behörde grundsätzlich nach § 24 Abs. 1 und 2 i.V.m. § 26 Abs. 1 HmbVwVfG eingeräumten pflichtgemäßen Verfahrensermessen überlassen, welche **Mittel** sie im Einzelfall zur **Erforschung des Sachverhalts** anwendet. Das Verfahrensermessen ist vielmehr durch § 6 Abs. 1 Nr. 3 BÄO zur Gewährleistung einer von vornherein qualifizierten medizinischen Klärung der Zweifel auf die Anordnung einer Untersuchung durch einen Amts- oder Facharzt reduziert.

bb) Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis

**VG Köln, Beschluss v. 07.06.2022 - 7 L 269/22**

**RID 23-01-143**

[www.juris.de](http://www.juris.de)

**PsychThG § 5 III Nr. 2**

**Ruhen der Approbation** einer Psychotherapeutin kann bei klinisch überdeutlichen Symptomen einer Erkrankung aus dem **schizophrenen Formenkreis**, bei einer wahnhaften Störung im Sinne eines sensitiven Beziehungswahnes angeordnet werden.

Der **Sofortvollzug** ist erforderlich, um während des Hauptsacheverfahrens Gefahren für das besonders gewichtige Rechtsgut der Gesundheit potentieller Patienten zu vermeiden. Im Hinblick auf die fachärztlich diagnostizierte Erkrankung ist nicht gewährleistet, dass die Ast. aktuell die Fähigkeit zur persönlichen Abgrenzung von Patienten sowie zur Trennung von Realität und Wahnvorstellungen besitzt, um ihr Verhalten an den Erfordernissen einer ordnungsgemäßen Berufsausübung auszurichten und in Verantwortung für die gesundheitlichen Belange der Patienten zu handeln.

## 2. Berufspflichten

a) Bezeichnung einer Einzelpraxis als Zentrum „Wirbelsäulenzentrum U./L.“

**LandesberufsG für Ärzte Stuttgart, Urteil v. 30.07.2022 - LBGÄ Nr. 01/2022**

**RID 23-01-144**

[www.juris.de](http://www.juris.de)

**BÄO § 27 III**

Mit der dargestellten Häufung der Bezeichnung ärztlicher Praxen als Zentren für eine näher benannte Spezialisierung der ärztlichen Tätigkeit geht, abhängig von der näheren Bezeichnung des „Zentrums“, neben dem **Bedeutungswandel des Zentrumsbegriffs** auch eine **Veränderung der Vorstellung von Patienten** davon einher, was sie in einem solchen Zentrum erwartet. Angesichts ärztlicher Zentren mit Bezug auf eine Spezialisierung, die keine eigene medizinische Fachrichtung oder Facharztbezeichnung darstellt, ist auch die Vorstellung eines Bereichs verbunden, der in bestimmter Beziehung eine **Konzentration** aufweist und daher von erstrangiger Bedeutung ist, ohne dass der Zahl der Ärzte eine Bedeutung zukommt. Auch bei einer **Einzelpraxis** besteht danach keine Irreführungsgefahr, wenn sie wegen der Spezialisierung eine besondere Bedeutung für die Versorgung in einem Gebiet hat (Hamburgisches BerufsG, Urt. v. 03.09.2014 - 47 H 3/12 - RID 15-03-183). Die Bezeichnung als „Wirbelsäulenzentrum U./L.“ ist danach nicht irreführend, wenn in der Praxis nicht nur das volle Spektrum neurochirurgischer Behandlungen der Wirbelsäule von der Anamnese und Diagnose bis hin zur Operation und Nachsorge „aus einer Hand“ angeboten wird, sondern die Praxis sich darüber hinaus durch das Angebot und die Durchführung der Behandlung des Iliosakralgelenks mittels der sog. Distraktionsinterferenzarthrodese von den üblicherweise zu erwartenden Methoden zur Behandlung der Wirbelsäule abhebt.

Die sozialrechtlichen Vorgaben für **medizinische Versorgungszentren** in § 95 Abs. 1 Satz 2 SGB V entfalten keine Sperrwirkung in dem Sinn, dass sich nur medizinische Versorgungszentren als Zentrum bezeichnen dürfen oder die Benennung als Zentrum wie dort eine Zusammenarbeit von mehreren Personen voraussetzt.

b) Überprüfung der Besorgnis der Befangenheit des Präsidenten einer Landesärztekammer

**BVerfG, 1. Sen. 1. Ka., Beschluss v. 09.11.2022 - 1 BvR 2263/21**

RID 23-01-145

www.juris.de  
GG Art. 19 IV

Das **Berufsgericht** muss eine **eigenständige Prüfung** der etwaigen **Besorgnis der Befangenheit** des Präsidenten einer Landesärztekammer vornehmen, die wegen Verstoßes gegen Hygieneanforderungen nach einer Coronaschutzverordnung eine Rüge erteilt und Ordnungsgeld verhängt hat.

c) Fehlen eines wirksamen Eröffnungsbeschlusses

**OVG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 30.11.2022 - OVG 90 H 6.19**

RID 23-01-146

www.juris.de  
HeilBKG Berlin §§ 75 I 1, 94 II Nr. 1; VwGO §§ 130, 154 ff.

**Leitsatz:** 1. Das berufsgerichtliche Verfahren ist **einzustellen**, wenn ein Verfahrenshindernis vorliegt. **Fehlt ein wirksamer Eröffnungsbeschluss**, weil er nicht von der im Gesetz vorgeschriebenen Anzahl der mitwirkenden Richter unterschrieben wurde, ist das berufsgerichtliche Verfahren einzustellen.

2. Die **Heilung oder Nachholung** eines fehlenden Eröffnungsbeschlusses ist in der Berufungsinstanz nicht mehr möglich.

LG Berlin verurteilte den Beschuldigten mit rechtskräftigem Urteil wegen Betruges in 32 Fällen unter Einbeziehung der Einzelstrafen aus dem Strafbefehl des AG Tiergarten zu einer Freiheitsstrafe von drei Jahren und zwei Monaten. Von der Verhängung eines Berufsverbots sah das Landgericht ausdrücklich ab. **VG Berlin**, UrT. v. 21.10.2019 - 90 K 8.18 T - RID 20-01-142 stellte fest, dass der Beschuldigte unwürdig ist, den zahnärztlichen Beruf auszuüben. Das **OVG** stellte das Verfahren ein.

### 3. Strafrecht

a) BGH: Einziehung des Arzthonorars

**BGH, Beschluss v. 02.11.2022 - 3 StR 162/22**

RID 23-01-147

www.juris.de = NStZ-RR 2023, 46  
StGB §§ 70, 73, 73c, 132a, 227

Ein **Arzthonorar** wird nicht als Gegenleistung für ein rechtswidriges Tun des Arztes gewährt, wenn die Geschädigten und der angekl. Arzt **von einer nicht rechtswidrigen Behandlung ausgehen**. Sinn und Zweck der strafrechtlichen Vermögensabschöpfung, wonach sich Straftaten „nicht lohnen dürfen“, sprechen gegen eine Einziehung des Arzthonorars.

Der Angekl. führte seit 2016 vornehmlich Eingriffe durch, bei denen den - ganz überwiegend weiblichen - Patienten Körperfett im Wege des Absaugens entnommen wurde (Liposuktion) bzw. ein Teil der entnommenen Fettzellen anschließend wieder in andere Körperregionen - die Brüste, das Gesäß oder Teile des Gesichts - eingeführt („appliziert“) wurde (Lipotransfer). Diesen Eingriffen lag keine medizinische Indikation im Sinne der Beseitigung eines körperlichen Leidens zugrunde; sie wurden von den Patientinnen vielmehr gewünscht, weil sie mit ihrem körperlichen Erscheinungsbild nicht zufrieden waren. Seit mehreren Jahren bot der Angekl. Fetttransfer insb. in der Weise an, dass Körperfett in das Gesäß eingebracht und dort so modelliert wurde, dass das Gesäß eine Form erhält, die einem durch Medien transportierten - vermeintlichen - Schönheitsideal („Brazilian Butt“) entspricht. Die von ihm angebotenen Fettentnahmen und die Fetttransferbehandlungen führte der Angekl. ausschließlich ambulant in den Räumen seiner Praxis durch. **LG Düsseldorf**, UrT. v. 16.11.2021 - 1 Ks 24/20 - RID 22-03-131 sah den Angekl. der Körperverletzung mit Todesfolge in zwei Fällen, jeweils in Tateinheit mit Missbrauch von Titeln, als schuldig an. Er verurteilte ihn zu einer Gesamtfreiheitsstrafe von drei Jahren und vier Monaten. Dem Angeklagten wurde für die Dauer von vier Jahren verboten, als Arzt chirurgische Eingriffe vorzunehmen oder bei solchen zu assistieren. Die Einziehung eines Geldbetrages in Höhe von 26.000 € wurde angeordnet. Der **BGH** hob auf die Revision des Angekl. das Urteil im Ausspruch über die Einziehung auf; diese Entscheidung entfällt. Die weitergehende Revision verwarf er.

b) Vorwurf eines Tötungsdelikts bei Mehrfachmord durch Stationspfleger

aa) Vorwurf des Totschlags durch Unterlassen

**LG Oldenburg, Urteil v. 13.10.2022 - 5 Ks 800 Js 69047/14 (20/16)**

**RID 23-01-148**

www.juris.de  
StGB § 222

Ermordet ein **Pfleger** während seiner **Tätigkeit auf der Intensivstation** mutmaßlich in mindestens 37 Fällen Patienten durch die nicht indizierte Beibringung der Medikamente Gilurytmal und Sotalex bzw. versucht dies, sind **Oberärzte** des Klinikums, aus deren **Abteilungen** bei Bedarf Patienten auf die interdisziplinär arbeitende Intensivstation verlegt wurden, freizusprechen, wenn bei ihnen **das Wissen um die Taten** zum Zeitpunkt der ihnen gemachten Vorwürfe nicht so verdichtet ist, dass ein bedingter Tötungsvorsatz anzunehmen ist. Das ist der Fall, wenn ihre Kenntnisse von verdachtsbegründenden Umständen nie die Ebene von bloßem Misstrauen und Gerüchten überschritten haben.

Der Umstand, dass der Tod der Patienten eindeutig unerwünscht ist, steht einem Einverständnis im Sinne des Eventualvorsatzes grundsätzlich nicht entgegen. Hier kommt es signifikant auf den bei den Angeklagten festzustellenden **bekanntem Grad der Wahrscheinlichkeit des Erfolgseintrittes** an (kognitives Vorsatzelement). Je mehr die Angeklagten von den Taten wussten, desto weniger konnten sie begründet darauf vertrauen, er werde keine weiteren Patienten töten.

bb) Vorwurf der Beihilfe zum Totschlag durch Unterlassen/Fahrlässige Tötung

**LG Oldenburg, Urteil v. 13.10.2022 - 5 Ks 800 Js 70900/14 (23/19)**

**RID 23-01-149**

www.juris.de  
StGB §§ 78 III Nr. 4, 222

Der Umstand, dass der Tod der Patienten eindeutig unerwünscht ist, steht einem Einverständnis im Sinne des Eventualvorsatzes grundsätzlich nicht entgegen. Hier kommt es signifikant auf den bei den Angeklagten festzustellenden **bekanntem Grad der Wahrscheinlichkeit des Erfolgseintrittes** an (kognitives Vorsatzelement). Je mehr die Angeklagten von den Taten wussten, desto weniger konnten sie begründet darauf vertrauen, er werde keine weiteren Patienten töten.

Dennoch festzustellenden Fehler in der Reaktion auf die Verdachtsmomente können bei verantwortlichen Funktionsträgern als **fahrlässiges Verhalten** zu kategorisieren sein. Einer Ahnung möglicher Fahrlässigkeitsdelikte stand hier die bereits eingetretenen Verfolgungsverjährung nach § 78 Abs. 3 Nr. 4 StGB entgegen.

#### 4. Weiterbildung

a) Weiterbildung erst nach Feststellung der Gleichwertigkeit der Berufsqualifikation

**VG Minden, Gerichtsbescheid v. 29.08.2022 - 16 K 6231/21**

**RID 23-01-150**

www.juris.de  
BÄO § 3

Die ärztliche Tätigkeit vor einer **Kenntnisprüfung** und Erteilung der **Approbation** kann nicht als Weiterbildungszeit angerechnet werden. Mit der **Weiterbildung** darf erst begonnen werden, wenn eine im Ausland erworbene ärztliche Ausbildung als gleichwertig i.S.d. § 3 Abs. 2 Satz 2 BÄO anerkannt worden ist. Dies setzt (jedenfalls) voraus, dass entweder eine Feststellung der Gleichwertigkeit der Berufsqualifikation von der zuständigen Behörde getroffen worden ist (vgl. z.B. § 3 Abs. 3a Satz 2 BÄO) oder der Betroffene die Kenntnisprüfung i.S.d. § 3 Abs. 3 Sätze 2 und 3 i.V.m. § 3 Abs. 2 Satz 6 BÄO bestanden hat.

b) Weiterbildungsrelevantes Behandlungs- und Leistungsspektrum

**OVG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 19.12.2022 - OVG 12 B 22/20**

**RID 23-01-151**

www.juris.de  
WBO § 7 I

**Leitsatz:** Gründe der Verwaltungspraktikabilität rechtfertigen es nicht, bei der Beurteilung des **weiterbildungsrelevanten Behandlungs- und Leistungsspektrums** allein auf die vergütungsrechtliche Kategorie der Hauptdiagnosen abzustellen; im Rahmen des Teilwiderrufs der (vollen) Weiterbildungsbefugnis sind auch die Nebendiagnosen mit in den Blick zu nehmen.

c) Weiterbildung nur durch einen Weiterbildungsermächtigten

**VG Gießen, Urteil v. 04.11.2022 - 4 K 3031/21.Gi**

**RID 23-01-152**

www.juris.de  
HeilBerG Hessen §§ 5 I Nr. 6, 29, 30, 32 VII

**Leitsatz:** Nach seinem Sinn und Zweck soll § 10 WBO 2005 nicht zu einer punktuellen Kompensationsmöglichkeit von vermeintlich **formalen Defiziten** einer in Hessen stattfindenden Weiterbildung führen, sondern **atypische Sonderfälle**, wie etwa eine Weiterbildung außerhalb der Europäischen Union, erfassen.

Die Kl. stellte erfolglos einen Antrag zur Anmeldung zur Prüfung für die Facharztanerkennung Innere Medizin und Angiologie. Die Bekl. wies für hessische Zeiten auf das Erfordernis einer Weiterbildung durch einen Weiterbildungsermächtigten hin. Das **VG** wies die Klage ab.

## 5. Zulassung zur staatlichen Kenntnisprüfung für ausländische Ärzte

**OVG Saarland, Beschluss v. 09.01.2023 - 2 B 218/22**

**RID 23-01-153**

www.juris.de  
BÄO §§ 3 I 7, 10; EGRL 36/2005; VwGO §§ 123 I, 146

**Leitsatz:** Die in § 3 Abs. 1 Satz 1 BÄO genannten **Voraussetzungen** gelten, anders als noch in der bis zum 31.03.2012 gültigen Gesetzesfassung vom 24.07.2010, ungeachtet der Staatsangehörigkeit eines Antragsstellers **generell** und nicht nur für Deutsche, EU-Staatsangehörige und EWR-Vertragsstaatsangehörige.

§ 3 Abs. 1 Satz 7 BÄO bestimmt regelhaft für alle Antragsteller, dass die Approbation nicht erteilt wird, wenn eine **ärztliche Prüfung** oder ein Abschnitt der ärztlichen Prüfung nach der Rechtsverordnung gemäß § 4 Abs. 1 BÄO endgültig **nicht bestanden** wurde. Eine Ausnahme von diesem Grundsatz ist lediglich nach § 3 Abs. 1 Satz 8 BÄO vorgesehen, wenn der Antragsteller einen nach der Richtlinie 2005/36/EG anzuerkennenden Ausbildungsnachweis besitzt.

Von dem **Anwendungsbereich der Richtlinie 2005/36/EG** nicht erfasst wird die Anerkennung von außerhalb der Europäischen Union erworbenen Berufsabschlüssen, die sich weiterhin nach nationalem Recht richtet.

## 6. Psychotherapeutenausbildung

a) BVerfG: Psychotherapeutenausbildung in Zukunft nur noch an Universitäten

**BVerfG, 1. Sen. 2. Ka., Beschluss v. 18.11.2022 - 1 BvR 1951/21**

**RID 23-01-154**

www.juris.de  
PsychThG 2020 § 9 I, IV

Wenn sich Bf. **unmittelbar gegen ein Gesetz** wenden, kann auch die Erhebung einer Feststellungs- oder Unterlassungsklage zu den zuvor zu ergreifenden Rechtsbehelfen gehören.

Die Verfassungsbeschwerde einer staatlich anerkannten private Hochschule und ihrer Trägergesellschaft gegen eine Neufassung des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG), wonach die **Psychotherapeutenausbildung** in Zukunft nur noch an **Universitäten** und ihnen **gleichgestellten Hochschulen** angeboten werden darf, ist unzulässig, da der fachgerichtliche Rechtsweg nicht erschöpft ist. § 9 Abs. 1 Satz 2 PsychThG besagt, dass Hochschulen i.S.d. Gesetzes Universitäten oder



Hochschulen sind, die Universitäten gleichgestellt sind. Weder dem Gesetzestext noch den Materialien lässt sich entnehmen, wann dies der Fall ist. Der Gesetzgeber hat hier u.a. auf die Möglichkeit der Promotion und postdoktorale Weiterqualifizierungsangebote verwiesen. Fachgerichtlich zu klären ist aber, inwieweit dies eine zwingend notwendige Bedingung für die von den Bf. angestrebte Gleichstellung nach § 9 Abs. 1 Satz 2 PsychThG und die damit verbundene Möglichkeit ist, ihre Ausbildungsgänge weiter anzubieten.

b) BVerwG: Bestehen der Prüfung zur Psychologischen Psychotherapeutin trotz Schreibfehlers

**BVerwG, Beschluss v. 20.12.2022 - 6 B 36/22**

**RID 23-01-155**

[www.juris.de](http://www.juris.de)

**PsychTh-APrV §§ 12 I, 16**

OVG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 29.09.2022 - 14 A 3201/21 - juris ist unter Beachtung von BVerwG, Urt. v. 28.11.1980 - 7 C 54.78 - BVerwGE 61, 211 (214 f.) in seiner den Beschluss tragenden Begründung von einem **unbeachtlichen Schreibfehler** (hier: „hyperchondrische Störung“ statt „hypochochondrische Störung“) in der staatlichen **Prüfung zur Psychologischen Psychotherapeutin** ausgegangen, der keinen Rückschluss auf die zu prüfenden Fähigkeiten der Kl. gestattet.

c) Keine Anerkennung neuer Ausbildungsstätten nach Übergangsregelung des § 28 PsychThG n.F.

**OVG Hamburg, Urteil v. 02.03.2022 - 3 Bf 177/20**

**RID 23-01-156**

[www.juris.de](http://www.juris.de)

**PsychThG 2020 § 28; PsychThG § 6; VwGO § 43**

**Leitsatz:** 1. Für den Streit um den Inhalt und die Auslegung eines Verwaltungsakts steht die **Feststellungsklage** zur Verfügung.

2. § 28 Abs. 1 PsychThG n.F. regelt den **Bestandsschutz** für die bestehenden **Ausbildungseinrichtungen** zum Beruf der Psychologischen Psychotherapeutin und des Psychologischen Psychotherapeuten sowie der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Möglichkeiten der Anerkennung neuer Ausbildungsstätten oder der Erweiterung bestehender Anerkennungen von Ausbildungsstätten sieht die Übergangsregelung des § 28 PsychThG n.F. nicht vor.

d) Kooperation einer Ausbildungsstätte mit anderer Einrichtung

**OVG Schleswig-Holstein, Beschluss v. 19.08.2022 - 3 MB 12/22**

**RID 23-01-157**

[www.juris.de](http://www.juris.de)

**PsychThG § 6**

**Leitsatz:** § 6 Abs. 1 Gesetz über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Psychotherapeutengesetz PsychThG) stellt die für die Ausbildung nach § 5 Abs. 1 PsychThG zuständigen **Ausbildungsstätten** (Hochschulen und andere Einrichtungen) unter den Vorbehalt eines (vorherigen) **staatlichen Anerkennungsverfahrens**.

Bei einer **Kooperation** zwischen einer staatlich anerkannten Ausbildungsstätte und einer anderen Einrichtung muss gewährleistet sein, dass der Verbund aus beiden Einrichtungen insgesamt die Anforderungen des § 6 Abs. 2 PsychThG erfüllt.

## II. Arzthaftung

### 1. Bundesgerichtshof (BGH)

a) Gesamtschuldnerausgleich: Beweislastumkehr wegen groben Behandlungsfehlers

**BGH, Urteil v. 06.12.2022 - VI ZR 284/19**

**RID 23-01-158**

[www.juris.de](http://www.juris.de)  
BGB §§ 426 I, 630h V

**Leitsatz:** Die Grundsätze der **Beweislastumkehr** wegen eines groben Behandlungsfehlers sind auch im **Rechtsstreit zwischen Mitbehandlern** des Patienten über den selbständigen Ausgleichsanspruch des Gesamtschuldners nach § 426 Abs. 1 BGB anwendbar (Klarstellung zu Senatsurteil vom 6. Oktober 2009 - VI ZR 24/09, NJW-RR 2010, 831).

b) Erneute Parteianhörung durch das Berufungsgericht

**BGH, Beschluss v. 25.10.2022 - VI ZR 382/21**

**RID 23-01-159**

[www.juris.de](http://www.juris.de)  
GG Art. 103 I; ZPO § 286 I 1

**Leitsatz:** Eine **erneute Parteianhörung** durch das Berufungsgericht kann dann erforderlich werden, wenn sich das **erstinstanzliche Gericht** - etwa aufgrund von Zeugenaussagen - von dem Gegenteil dessen überzeugt hat, was eine Partei in einer persönlichen Anhörung erklärt hat, und in den Urteilsgründen von der Würdigung dieser Parteierklärung ganz abgesehen hat.

### 2. Behandlungsfehler

a) Irrtümliche Dekompression eines Wirbelkanals in der falschen Höhe

**LG Flensburg, Urteil v. 24.06.2022 - 3 O 205/19**

**RID 23-01-160**

[www.juris.de](http://www.juris.de)  
SGB V §§ 249, 253, 823 I

**Leitsatz:** 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 (entgegen OLG Koblenz, Beschl. v. 13.04.2015 - 5 U 1286/14 - juris Rn. 19, RID 17-01-233).

b) Lagerungsposition: Beach-Chair-Position

**LG Bonn, Beschluss v. 29.08.2022 - 9 O 158/21**

**RID 23-01-161**

[www.juris.de](http://www.juris.de)  
BGB §§ 253, 280 I, 630a, 823 I

Bei der **Beach-Chair-Position** im Vergleich zur herkömmlichen Lagerungsposition auf dem Operationstisch handelt es sich um eine **komplikationsträchtigere Lagerungsposition**. Auch bei ordnungsgemäßer Lagerung in dieser Position können Verletzungen nicht ausgeschlossen werden. Verwirklicht sich eine eingriffsimmanente, wenn auch sehr seltene Komplikation, dann fehlt es an einem vollbeherrschbaren Risiko. Es ist nicht erforderlich, dass neben der Angabe der konkreten Lagerungsposition diese Lagerung näher beschrieben wird oder angemerkt ist, dass die Lagerung standardgemäß erfolgte.

Es ist nicht als behandlungsfehlerhaft anzusehen, dass mit der Beach-Chair-Position eine solche Lagerungsposition gewählt wird, die im Vergleich zu einer Standardlagerung komplikationsträchtiger ist, wenn die Beach-Chair-Position wegen des Eingriffs an der Schulter **indiziert** ist.

c) Untersuchung der Halswirbelsäule nach Gewalteinwirkung auf den Kopf

**OLG Brandenburg, Urteil v. 10.11.2022 - 12 U 45/17**

**RID 23-01-162**

www.juris.de  
BGB §§ 253, 280 I, 611

Soweit ein **Durchgangsarzt** die Behandlung selbst übernimmt, handelt der Arzt zwar weiterhin als Durchgangsarzt, übt allerdings keine hoheitliche Tätigkeit aus (BGH VersR 2017, 490 u. 495).

Es liegt ein **Befunderhebungsfehler** vor, wenn bereits bei Einlieferung in die Klinik der Bekl. zu 1) im Hinblick auf die erhebliche Gewalteinwirkung auf den Kopf des Kl. - occipitale Kopfplatzwunde, Schädel-Hirn-Trauma, kurzzeitige Bewusstlosigkeit, linksseitige Rippenfraktur, Notwendigkeit einer stationären Behandlungsbedürftigkeit - eine **Untersuchung der Halswirbelsäule** nicht erfolgt, wobei eine konventionelle Röntgenuntersuchung bereits wichtige Hinweise ergeben kann. Goldstandard ist allerdings eine CT-Untersuchung des Übergangs vom Schädelbein auf die obere Halswirbelsäule.

Wird bei der ersten ambulanten Vorstellung des Kl. **nach** dessen **Entlassung** aus stationärer erstmals ein **Stauchungsmechanismus** im Bereich der HWS mit Bewegungseinschränkung, Rotation nach rechts bis 40°, links bis 80° festgestellt, erfordert eine fachgerechte Behandlung eine **weitere Bildgebung der Halswirbelsäule** zwingend.

d) Gastrointestinale Endoskopie: Gabe von Schmerzmitteln/Dokumentation/Schmerzensgeld

**OLG Dresden, Beschluss v. 26.10.2022 - 4 U 1258/22**

**RID 23-01-163**

www.juris.de  
BGB §§ 253, 630h III

**Leitsatz:** 1. Ein **Behandlungsvorwurf** kann nicht darauf gestützt werden, vor einem diagnostischen Eingriff sei entgegen einer vorherigen Vereinbarung mit dem Patienten die Gabe von Schmerzmitteln unterlassen worden, wenn **in medizinischer Sicht eine solche Verabreichung nicht geboten** oder kontraindiziert gewesen wäre.

2. Die **unterlassene Dokumentation zum Behandlungsbeginn** einer gastrointestinalen Endoskopie führt auch dann nicht zur Vermutung eines Behandlungsfehlers, wenn eine solche Dokumentation durch eine **medizinische Leitlinie** gefordert wird.

3. Unwohlsein und alltagstypische Ängste im Zusammenhang mit einer diagnostischen Untersuchung rechtfertigen regelmäßig kein **Schmerzensgeld**.

e) Geburtshilfliche Behandlung

**LG Flensburg, Urteil v. 16.12.2022 - 3 O 313/20**

**RID 23-01-164**

www.juris.de  
BGB §§ 253 II, 278, 280, 630a I

Nach einem **Blasensprung** muss kein **Liegendtransport** zum Kreißaal angeboten werden.

Der Umstand, dass die diensthabende **Hebamme mehrere Schwangere gleichzeitig** und nicht die Mutter des Kl. allein behandelte, stellt keine Unterschreitung des geburtshilflichen Standards dar.

Ohne Hinweise auf eine Infektion gibt es keinen fachärztlichen Standard, den CRP-Wert bei Aufnahme in den Kreißaal automatisch mitzubestimmen, auch wenn dies unterschiedlich gehandhabt wird. Eine unzureichende Befunderhebung für die **Diagnosestellung eines aufkommenden Amnioninfektionssyndroms (AIS)** ergibt sich hieraus nicht.

Im Fall der Diagnose eines aufkommenden AIS sollte die Geburt baldigst stattfinden, um das Kind und die Mutter behandeln zu können. Es handelt sich aber nicht um einen Notfall. Ein AIS führt nicht zu einer **Notfallsectio**.

f) Schmerzensgeld nach Geburtschaden

**LG Mönchengladbach, Urteil v. 25.02.2022 - 6 O 347/12**

**RID 23-01-165**

www.juris.de  
BGB §§ 249, 253, 278, 280, 611, 823, 831 I

Kommt es aufgrund einer grob behandlungsfehlerhaften Versorgung nach der **Geburt** durch das Behandlungspersonal des Krankenhauses zu schwerwiegenden, dauerhaften **Hirnschäden** (hier: spastische Zerebralparese, Skoliose im Zervikalbereich, Skoliose im Lumbalbereich, Sehbehinderung sowie Minderwuchs), kann ein **Schmerzensgeld** in Höhe von 600.000 € und eine monatliche Schmerzensgeldrente in Höhe von 500 € angemessen sein. Ein **Pflegemehraufwand** (hier: für die Vergangenheit von 585.245,25 €) ist zu erstatten.

Erleidet ein Kind - aufgrund ärztlicher Fehler - bei der Geburt schwerste Schäden, kann der danach an Depressionen oder behandlungsbedürftigen Angstzuständen leidenden **Mutter** ein **Schmerzensgeld** in Höhe von 5.000 € zustehen.

### 3. Aufklärung

a) LASIK-Verfahren und Photorefraktive Keratektomie (PRK)

**OLG Brandenburg, Urteil v. 08.12.2022 - 12 U 21/21**

RID 23-01-166

[www.juris.de](http://www.juris.de)

BGB §§ 253 II, 280 I, 630a ff., 823 I

Unterschiedliche **Risiken und Erfolgchancen** zwischen dem **LASIK-Verfahren** und der **photorefraktive Keratektomie** sind nicht festzustellen. Beide Operationsmethoden sind in etwa gleichwertig und liefern in einem Bereich von -1,00 dpt bis etwa -4 dpt gleichwertige Ergebnisse.

Vorausgehend **OLG Brandenburg**, Beschl. v. 20.07.2021 - 12 U 21/21 - RID 21-04-135 u. **OLG Brandenburg**, Beschl. v. 02.09.2021 - 12 U 21/21 - juris.

b) Sectio als Behandlungsalternative

**OLG Naumburg, Urteil v. 18.01.2022 - 1 U 160/19**

RID 23-01-167

[www.juris.de](http://www.juris.de)

BGB §§ 280 I, 278, 630a, 630d I 1, II, 630e I, II 1, 823 I, 831 I 1

**Leitsatz:** 1. Der Zustand nach Sectio bringt ein erhöhtes Risiko für Komplikationen bei Mutter und Kind mit sich. Ist damit eine (abermalige) sekundäre Schnittentbindung wahrscheinlicher, kommt die geplante **Sectio als Behandlungsalternative** in Betracht. Hierüber ist die Patientin vor der Entbindung aufzuklären.

2. Zum Inhalt des in diesem Fall zu führenden **Aufklärungsgesprächs**.

3. Die **fehlende Einwilligung in den natürlichen Entbindungsversuch** ist nur dann schadensursächlich, wenn sich die zutreffend aufgeklärte Patientin für die geplante Schnittentbindung entschieden hätte.

### 4. Kein Anspruch auf Entlassmanagement gegenüber Krankenhaus

**OLG Brandenburg, Beschluss v. 08.03.2022 - 12 W 2/22**

RID 23-01-168

[www.juris.de](http://www.juris.de)

SGB V § 39 Ia

§ 39 Abs. 1a SGB V regelt einen **Rechtsanspruch** des Versicherten **gegenüber der Krankenkasse**, nicht jedoch gegenüber dem behandelnden Krankenhaus. Die Krankenkasse hat dabei das jeweilige Krankenhaus bei der Durchführung des Entlassmanagements zu unterstützen. Mittels eines Entlassplanes haben die Krankenhäuser die im Anschluss an eine stationäre Behandlung medizinisch unmittelbar erforderlichen Leistungen festzulegen und zu koordinieren, während es Aufgabe der Krankenkassen ist, gemeinsam mit den Krankenhäusern rechtzeitig vor der Entlassung des Patienten die für die Umsetzung des Entlassplanes erforderliche Anschlussversorgung zu organisieren. Ein unmittelbarer Anspruch gegen das behandelnde Krankenhaus folgt daraus nicht. Ein solcher ergibt sich auch nicht aus § 3 Abs. 6 des Rahmenvertrages über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung.

## 5. Kein Gutachten wegen Begutachtung im sozialgerichtlichen Verfahren

OVG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 20.12.2022 - 13 A 3282/21

RID 23-01-169

[www.juris.de](http://www.juris.de)

HeilBerG NRW § 6 I Nr. 9

Ein **Begutachtungsanspruch** nach § 6 Abs. 1 Nr. 9 HeilBerG NRW i.V.m. den Vorschriften des Statuts der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein setzt ein **Behandlungsverhältnis** voraus. Ein solches besteht nicht gegenüber einem von einem **Sozialgericht beauftragten Gutachter**. Die Aufgabe des Gutachters in seiner Funktion als gerichtlich bestellter Sachverständiger beschränkt sich darauf, die ihm vom Sozialgericht gestellten Frage zu beantworten, um diesem eine Entscheidung (hier: über die im gerichtlichen Verfahren streitgegenständliche Erwerbsminderungsrente) zu ermöglichen.

## 6. Beweisverfahren: Aussage in Notfallprotokoll/Freiverantwortliche Einwilligung

OLG Köln, Beschluss v. 11.08.2022 - 5 W 13/22

RID 23-01-170

[www.juris.de](http://www.juris.de)

ZPO §§ 485 ff.

Die tatsächliche Frage, ob eine **Aussage in einem Notfallprotokoll** wie behauptet getroffen worden ist, ist nicht dem Sachverständigenbeweis zugänglich. Auch die sich daran anschließende weitere Frage, eine Aussage als zutreffend zu qualifizieren, obliegt nicht dem Sachverständigen, da dies Folge einer rechtlichen und damit dem Gericht obliegenden Würdigung unter Berücksichtigung der Gesamtumstände ist.

Die Beweisfrage, ob die **Eltern freiverantwortlich** und ohne Ausübung von Druck und/oder Zwang in die Durchführung des Ganzkörperskelettscreenings einwilligen konnten, kann ein Sachverständiger keine Feststellungen treffen, da es um außerhalb des Sachverständigenbeweises liegende tatsächliche Abläufe geht, die hinsichtlich der Einordnung als die Einwilligung beeinträchtigender Druck oder Zwang allein der rechtlichen Würdigung unterliegen.

## 7. Anwaltshaftung in Arzthaftungssache: Fehlerhafte Beratung

OLG Dresden, Beschluss v. 27.10.2022 - 4 U 2642/21

RID 23-01-171

[www.juris.de](http://www.juris.de)

BGB §§ 280, 311, 611

**Leitsatz:** 1. Ein Antrag, einen Rechtsanwalt im Regresswege zur Erstattung künftig entstehender Schäden aus einer Behandlung zu verurteilen, die Gegenstand des Ausgangsverfahrens war, ist regelmäßig als **Feststellungsantrag** auszulegen.

2. In einer **Arzthaftungssache** hat der **Rechtsanwalt** den Mandanten auch dann auf die Möglichkeit hinzuweisen, **Zukunftsschäden** durch einen Feststellungsantrag zu sichern, wenn der Mandant nur eine auf Schmerzensgeld beschränkten Klageauftrag erteilt hat.

3. Die **Beweislast** dafür, dass auch ein solcher Feststellungsantrag keine Auswirkungen auf die Höhe eines mit dem Arzt geschlossenen Vergleiches gehabt hätte, trägt im Haftungsprozess der Anwalt.

### Anhang I: BSG - Anhängige Revisionen Vertragsarztrecht

Stand: 05.03.2023. 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
<b>Honorarverteilung</b>				
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> , Ur. 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> , Ur. 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> , Ur. v. 09.02.2022 - L 7 KA 10/18 -	22-03-01
Psychotherapeuten Rechtswidrige Quotierung innerhalb der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze Quartal II/10	B 6 KA 9/22 R B 6 KA 13/22 R	War es zulässig, dass ein Honorarverteilungsvertrag nicht antrags- und genehmigungspflichtige psychotherapeutische Leistungen im Quartal 2/2010 innerhalb der zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen nur quotiert vergütete?	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Ur. v. 17.11.2021 - L 7 KA 27/16 - - L 7 KA 28/16 -	22-01-7 22-01-10 NZB
Quartal IV/10	B 6 KA 10/22 R B 6 KA 12/22 R	War es zulässig, dass ein Honorarverteilungsvertrag nicht antrags- und genehmigungspflichtige psychotherapeutische Leistungen im Quartal 4/2010 innerhalb der zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen nur quotiert vergütete?	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Ur. v. 17.11.2021 - L 7 KA 3/18 - - L 7 KA 48/17 -	22-03-3 22-01-9 NZB
Quartal I/11	B 6 KA 11/22 R	War es zulässig, dass ein Honorarverteilungsvertrag nicht antrags- und genehmigungspflichtige psychotherapeutische Leistungen im Quartal 1/2011 innerhalb der zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen nur quotiert vergütete?	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Ur. v. 17.11.2021 - L 7 KA 2/18 -	22-01-8 NZB
Zeitgebundene neuropsychologische Leistungen und höhere Praxiskosten (Quartal II/13)	B 6 KA 1/22 R	Folgt aus dem Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 22.9.2015 zur Höherbewertung der antragspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen im Abschnitt 35.2 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM), dass neuropsychologische Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 30931 und 30932 EBM ebenfalls höher bewertet werden müssen?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Ur. v. 30.06.2021 - L 11 KA 69/18 -	22-01-11
Quotierung der innerhalb einer zeitbezogenen Kapazitätsgrenze erbrachten Psychotherapieleistungen	B 6 KA 8/22 R	War es zulässig, dass ein Honorarverteilungsvertrag nicht antrags- und genehmigungspflichtige psychotherapeutische Leistungen in den Quartalen 1/2011, 3/2011, 4/2011 innerhalb der zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen nur quotiert vergütete?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Ur. v. 28.04.2021 - L 5 KA 4152/18 -	21-03-3 NZB
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> , Ur. 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?	<b>LSG Berlin-Brandenburg</b> , Urt. v. 21.12.2022 - L 7 KA 52/19 -	23-01-5
---	---------------	---	---	---------

**Arzt-/Psychotherapeutenregister**

**Zweigpraxis/Genehmigung der KV/Fachkunde/Notdienst/Disziplinarrecht**

Pädiater: Genehmigung für pädiatrisch-gastroenterologische Leistungen	B 6 KA 4/22 R <b>Termin: 23.03.2023</b>	Bedarf eine Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzbezeichnung Kinder-Gastroenterologie zur Erbringung von pädiatrisch-gastroenterologischen Leistungen nach Kapitel III.a Abschnitt 4.5.1 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM-Ä) einer zusätzlichen zulassungsrechtlichen Befugnis nach § 73 Absatz 1a Satz 3 SGB V?	<b>SG Hamburg</b> , Urt. v. 28.07.2021 - S 27 KA 64/19 -	22-03-19
Teilnahmeberechtigung einer BAG an amb. spezialfachärztl. Versorgung	B 3 KR 9/22 R	Können Berufsausübungsgemeinschaften im Wege der institutionellen Benennung zur Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung berechtigt sein?	<b>LSG Bayern</b> , 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?	<b>SG Mainz</b> , 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 B 6 KA 18/22 R B 6 KA 19/22 R	Ist die Kassenärztliche Vereinigung Hessen ermächtigt, eine Beitragsheranziehung zu Lasten von Privatärzten (im Rahmen einer verpflichtenden Teilnahme am ärztlichen Bereitschaftsdienst) zu normieren?	<b>LSG Hessen</b> , Urt. v. 27.07.2022 - L 4 KA 36/21 -, - L 4 KA 16/22 - - L 4 KA 19/22 - - L 4 KA 20/22 -	23-01-15 22-04-18 23-01-16 23-01-14
	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.	<b>LSG Hessen</b> , 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?	<b>LSG Nordrhein-Westfalen</b> , Urt. v. 01.09.2021 - L 11 KA 49/17 -	22-02-4 NZB
Fälschliche Einzelleistungsabrechnung bei Behandlung vermeintlicher Grenzgänger	B 6 KA 14/22 R <b>Termin: 23.03.2023</b>	Ergibt sich in Fällen einer fälschlichen Einzelleistungsabrechnung bei Behandlung vermeintlicher Grenzgänger, bei denen es sich tatsächlich um Versicherte einer - nicht aushelfenden, sondern originär zuständigen - Krankenkasse handelt, eine Abweichung zur Rechtsprechung des BSG, dass diese Fälle im Wege der sachlich-rechnerischen Berichtigung gem § 106d SGB V zu handhaben sind, wenn eine Verletzung der Karteneinziehungspflicht nach § 291 Absatz 4 Satz 1 SGB V durch eine Krankenkasse	<b>LSG Schleswig-Holstein</b> , Urt. v. 29.03.2022 - L 4 KA 42/19 -	22-04-13

		etwas an der Risikoverteilung zwischen Kassenärztlicher Vereinigung und Krankenkasse im Zusammenhang mit der durchzuführenden sachlich-rechnerischen Berichtigung geändert hat?		
--	--	---	--	--

**Wirtschaftlichkeitsprüfung/Regress**

**Zulassung und Ermächtigung**

Zulassungsentziehung: Nichtausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit/Kein Ruhen der Zulassung	B 6 KA 5/22 R	Kann ein Wille zur kontinuierlichen Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung, der einer Zulassungsentziehung entgegensteht, auch dann angenommen werden, wenn der Arzt/das MVZ zwar nicht am bisherigen Standort weiter tätig sein will, aber einen Verlegungsantrag gestellt hat?	<i>LSG Mecklenburg-Vorpommern</i> , Urt. v. 18.11.2020 - L 1 KA 2/18 -	21-02-24 NZB
Psychiatrische Institutsambulanz: Kein gesonderter ärztlicher Leiter	B 6 KA 6/22 R <b>Termin: 23.03.2023</b>	Besteht bei einem psychiatrischen Krankenhaus, das nach § 118 Absatz 1 SGB V zur ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung der Versicherten ermächtigt worden ist (psychiatrische Institutsambulanz), das Erfordernis, neben der geeigneten fachärztlich-psychiatrischen Leitung des gesamten Krankenhauses eine weitere Person als ärztliche Leitung für die psychiatrische Institutsambulanz zu bestimmen?	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 19.01.2022 - L 12 KA 39/20 -	22-03-20
Psychiatrische Institutsambulanz: Fehlende Aufnahme in den Krankenhausplan	B 6 KA 7/22 R <b>Termin: 23.03.2023</b>	Besteht ein Rechtsanspruch auf Erteilung einer Ermächtigung zum Betrieb einer psychiatrischen Institutsambulanz nach § 118 Absatz 1 SGB V auch dann, wenn sich am geplanten Standort nur eine als "Satellit" der Hauptklinik in den Krankenhausplan aufgenommene Tagesklinik befindet?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 23.11.2021 - L 5 KA 4205/18 -	22-02-35 NZB

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

Schiedsspruch/Gesamtvergütung: Zuschläge für besonders förderungswürdige Leistungen	B 6 A 1/22 R Erledigt durch Rücknahme	Zu den Voraussetzungen einer Beanstandung eines Schiedsspruchs des Landesschiedsamtes über die Festsetzung des Vertragsinhaltes zur Vergütung der vertragsärztlichen Versorgung (hierbei insbesondere: Zuschläge für besonders förderungswürdige Leistungen nach § 87a Absatz 2 Satz 3 SGB V) durch das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) nach § 89 Absatz 10 Satz 7 SGB V.-	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , 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?	<i>SG Mainz</i> , Urt. v. 07.09.2022 - S 7 KA 36/19 -	juris
Verwaltungskostenumlage der KBV: Bestimmtheitsgebot	B 6 KA 5/21 R Erledigt durch Rücknahme	Ist eine Satzungsbestimmung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), wonach von den Kassenärztlichen Vereinigungen eine Umlage „nach einem gegebenenfalls auch differenzierten Grundbeitrag“ erhoben werden kann, hinreichend bestimmt?	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 24.03.2021 - L 7 KA 56/17 -	21-02-31

**Erweiterte Honorarverteilung (EHV) der KV Hessen**

**Sonstiges/Verfahrensrecht**



## Anhang II: BSG - Anhängige Revisionen Krankenversicherung

Stand: 05.03.2023. 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
<b>Ärztliche/Zahnärztliche Behandlung</b>				
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
<b>Kostenerstattung</b>				
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? Liegt eine Trennung in Krankenhaus und stationäre Rehabilitationseinrichtung auch	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , Urt. v. 22.04.2021 - L 5 KR 226/20 -	22-02-59 NZB

		dann vor, wenn beide sich in einem Gebäude befinden und Funktionsräume gemeinsam genutzt werden?		
<b>Stationäre Behandlung</b>				
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
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
<b>Auslandskrankenbehandlung</b>				
<b>Arzneimittel</b>				
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	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
<b>Hilfsmittel/Heilmittel</b>				
Geh- und Stehtrainer Innowalk®	B 3 KR 8/21 R B 3 KR 3/22 R	Zum Anspruch eines Versicherten auf Versorgung mit dem Steh- und Bewegungstrainer "Innowalk®".	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 10.08.2021 - L 11 KR 4247/19 <i>LSG Thüringen</i> , Urt. v. 23.12.2021 - L 6 KR 1126/18	22-01-107 22-02-72
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 -	
Dekubitus-Matratze	B 3 KR 17/22 R	Zur Frage der Hilfsmittleigenschaft einer Dekubitus-Matratze zum Behinderungsausgleich.	<i>LSG Sachsen</i> , Urt. 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> , Urt. v. 07.04.2022 - L 5 KR 174/21 -	23-01-62 NZZ

### Häusliche Krankenpflege/Haushaltshilfe

Vorrangige Leistungspflichten der Einrichtung - Beiladung	B 3 KR 5/22 R B 3 KR 7/22 R <b>Termin: 19.04.2023</b>	Ist in dem Rechtsstreit eines Klägers, der die Übernahme von Kosten für Leistungen der häuslichen Krankenpflege begehrt und in einer Einrichtung der Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten lebt, auch der Träger dieser Einrichtung notwendig beizuladen?	<b>LSG Niedersachsen-Bremen,</b> Urt. v. 17.11.2021 - L 4 KR 336/19 - Beschl. v. 09.12.2021 - L 4 KR 316/19 -	22-03-65 NZB 22-03-66
---	---	---	--	-----------------------------

### Fahrkosten

### Zuzahlung

### Rehabilitationsmaßnahmen

### Krankenhauskosten

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	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?	<b>LSG Berlin-Brandenburg,</b> Urt. 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?	<b>LSG Hamburg,</b> Urt. v. 22.09.2022 - L 1 KR 77/21-	23-01-
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)?	<b>LSG Nordrhein-Westfalen,</b> Urt. v. 24.03.2022 - L 11 KR 542/18 -	22-03-85 NZB
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?	<b>LSG Nordrhein-Westfalen,</b> 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?	<b>LSG Niedersachsen-Bremen,</b> Urt. v. 16.02.2022 - L 16 KR 251/21 -	22-04-81
Verlegung und Fallpauschale	B 1 KR 4/22 R <b>Termin: 07.03.2023</b>	Hat eine medizinisch nicht notwendige Verlegung des Versicherten in ein anderes Krankenhaus Auswirkungen auf den Vergütungsanspruch des verlegenden	<b>LSG Thüringen,</b> Urt. v. 07.10.2021	22-02-99 NZB

		Krankenhauses oder begründet sie einen Schadensersatzanspruch der Krankenkasse gegen das verlegende Krankenhaus?	- L 6 KR 1278/18 -	
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?	<b>LSG Sachsen</b> , 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	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?	<b>LSG Niedersachsen-Bremen</b> , Urt. v. 25.05.2022 - L 4 KR 456/20 -	22-04-112
Fallzusammenführung: Gesetzesänderung für Abrechnungszeitraum ab 01.01.2019	B 1 KR 10/22 R	Gelten die Grundsätze für eine Fallzusammenführung nach Maßgabe eines fiktiven wirtschaftlichen Alternativverhaltens bei möglicher Beurlaubung im Sinne von § 1 Absatz 7 Satz 5 Fallpauschalenvereinbarung auch für Behandlungsfälle nach Inkrafttreten des § 8 Absatz 5 Satz 3 KHEntgG am 1.1.2019?	<b>LSG Rheinland-Pfalz</b> , Urt. v. 07.04.2022 - L 5 KR 212/21 -	22-03-80
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?	<b>LSG Nordrhein-Westfalen</b> , Urt. v. 16.02.2022 - L 10 KR 385/21 KH -	22-04-89
Übermittlung falscher Daten an Vergabestelle für Organtransplantationen	B 1 KR 3/22 R <b>Termin: 07.03.2023</b>	Besteht ein Anspruch auf Krankenhausvergütung für eine medizinisch erforderliche Organtransplantation, wenn diese nach Übermittlung falscher Daten zur Dringlichkeit einer Transplantation an die Vergabestelle für Organtransplantationen (Eurotransplant) durchgeführt wurde?	<b>LSG Niedersachsen-Bremen</b> , Urt. v. 18.01.2022 - L 16/4 KR 506/19	22-01-131
Aufrechnungsverbot in Landesvertrag	B 1 KR 32/21 R	Ist die Vereinbarung eines Aufrechnungsverbotes in einem Landesvertrag nach § 112 Abs 2 Satz 1 Nummer 1 SGB V (hier: § 11 Abs 5 des "Hamburger Vertrages über die allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung") - insbesondere in Bezug auf die Aufrechnung mit einer Aufwandspauschale - mit höherrangigem Recht vereinbar?	<b>LSG Hamburg</b> , Urt. v. 24.06.2021 - L 1 KR 2/21 -	21-04-92
Aufrechnungsverbot in Landesvertrag	B 1 KR 14/22 R B 1 KR 38/22 R B 1 KR 42/22 R	Ist die Vereinbarung eines Aufrechnungsverbotes in einem Landesvertrag nach § 112 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 SGB V (hier: § 15 Absatz 4 des Vertrages nach § 112 Absatz 2 Nummer 1 SGB V „Allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung“ - des Landes Nordrhein-Westfalen) mit höherrangigem Recht vereinbar?	<b>LSG Nordrhein-Westfalen</b> , Urt. v. 22.12.2021 - L 11 KR 637/20 - Urt. v. 27.10.2022 - L 5 KR 903/20 - Urt. v. 15.11.2022 - L 5 KR 752/20 -	22-03-68 NZB 23-01-89 23-01-88
Aufrechnungsmöglichkeit nach Landesvertrag	B 1 KR 5/22 R	Ist die Vereinbarung einer zeitlich begrenzten Aufrechnungsmöglichkeit in einem Landesvertrag nach § 112 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 SGB V (hier: § 14 Absatz 2 des Thüringer Vertrages über die allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung) mit höherrangigem Recht vereinbar?	<b>LSG Thüringen</b> , Urt. v. 19.08.2021 - L 2 KR 1354/18 -	22-02-95 NZB
Vom Krankenhaus veranlasste Leistungen Dritter	B 1 KR 18/22 R	Darf eine während der stationären Behandlung fortgeführte ambulante Strahlentherapie als vom Krankenhaus veranlasste Leistung Dritter kodiert werden?	<b>LSG Hamburg</b> , 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	<b>LSG Thüringen</b> , Urt. v. 26.08.2021 - L 6 KR 421/18 -	

		bereits erfolgter Krankenhausaufnahme - als weitere stationär behandlungsbedürftige Erkrankung diagnostiziert wird?		
Weigerung zur Abgabe einer medizinischen Begründung für längere Behandlungsdauer	B 1 KR 11/22 R <b>Termin: 07.03.2023</b>	Hat ein Krankenhaus einen Anspruch auf Zahlung der Aufwandspauschale nach § 275c Absatz 1 Satz 2 SGB V in der ab 1.1.2020 geltenden Fassung, wenn die Prüfung durch den MDK zwar nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages geführt hat, das Krankenhaus aber vor der Prüfung nicht - wie von § 301 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V vorgegeben - auf Verlangen der Krankenkasse eine medizinische Begründung dafür gegeben hat, dass die (ursprünglich angenommene) voraussichtliche Dauer der Krankenhausbehandlung überschritten wird?	<b>LSG Rheinland-Pfalz,</b> Urt. v. 24.05.2022 - L 5 KR 177/21 -	22-03-95
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 E11.75) erfolgen, wenn keine Anhaltspunkte bestehen, dass der Hautschaden durch Druck entstanden ist?	<b>LSG Hamburg,</b> Urt. v. 22.09.2022 - L 1 KR 29/21 -	23-01-109
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?	<b>LSG Schleswig-Holstein,</b> 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.	<b>LSG Bayern,</b> 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 Hilfstaxe; 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?	<b>LSG Thüringen,</b> 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?	<b>LSG Nordrhein-Westfalen,</b> Urt. v. 09.12.2021 - L 16 KR 868/18 -	22-02-122
Keine Wirtschaftlichkeitsprüfung des Arzneimittelgroßhändlers (Kontrastmittel)	B 1 KR 36/21 R <b>Neu:</b> 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.	<b>LSG Baden-Württemberg,</b> Urt. v. 15.10.2021 - L 4 KR 3009/18 -	21-04-98
Rückerstattung von gezahlten Herstellerrabatten gegen niederländische Versandapotheke	B 3 KR 8/22 R	Hat eine Apotheke, die ihren Sitz in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union hat und die dem Rahmenvertrag nach § 129 SGB V beigetreten war, für den Zeitraum von Januar 2010 bis August 2016 einen Anspruch auf Erstattung des sogenannten Herstellerrabatts durch den pharmazeutischen Unternehmer?	<b>LSG Saarland,</b> Urt. v. 27.04.2022 - L 2 KR 22/19 -	22-03-105
Antrag zur Aufnahme in Hilfsmittelverzeichnis	B 3 KR 10/21 R	Zur Frage, ob ein Vertriebsunternehmen berechtigt sein kann, namens und im Auftrag eines Herstellers einen Antrag zur Aufnahme eines Hilfsmittels in das	<b>LSG Berlin-Brandenburg,</b> Urt. v. 29.04.2021	21-04-100

		Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V zu stellen.	- L 14 KR 48/18 -	
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
Rechtsnachfolge in Versorgungsverträge	B 3 KR 12/22 R	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 -	

**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	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
Amtsenthbung 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**