

Rechtsprechungsinformationsdienst 23-03

REDAKTION	5
EDITORISCHE HINWEISE	5
A. VERTRAGS ARZTRECHT	6
I. Honorarverteilung	6
1. Regelleistungsvolumen: Auszahlungsquote und Aufsatzquartal	6
2. Wachstumsmöglichkeit unterdurchschnittlicher Praxis	7
3. Aufschlag auf Zusatzpauschale zu Nr. 04000 und 04030 EBM: Jobsharing-BAG	7
II. Sachlich-rechnerische Richtigstellung	7
1. Plausibilitätsprüfung	7
a) Keine Honorarkürzung allein wegen fehlender bzw. unzureichender Dokumentation	7
b) Dokumentation ärztlicher Leistungen/Rücknahme eines Verwaltungsaktes	8
2. Einlesen der Krankenversichertenkarte	9
3. Fachgebietsgrenzen Gynäkologie: Männerbehandlungen bei sog. Kinderwunschbehandlung	9
4. Keine erneute Bewilligung für Kurztherapie nach Kassenwechsel	10
5. Psychosomatische Intervention und Differentialdiagnostik (Nr. 35100 u. 35110 EBM)	10
6. Mehrfache Abrechnung der Nr. 35110 EBM („Verbale Intervention“)	11
7. Überprüfung der Teilnahmerechtigung der Vers. an DMP-Programmen durch Krankenkasse	11
8. Zahnärzte	11
a) Ablauf der Gültigkeit eines Heil- und Kostenplans	11
b) IP-Leistungen: Hauszahnärzte und Kieferorthopäden	12
c) Ersatz konventionellen Abdruckmaterials durch Einsatz eines Intraoralscanners	12
d) Keine Abrechnung der Zuschlagsziff. 161 und 162 BEMA auch auf Nr. 153 BEMA	12
e) Degressionskürzung im Jahr der Abschaffung der Regelung (2019)	12
III. Genehmigung/Belegarztanerkennung/Notdienst	13
1. Sicherstellungsassistentin: Approbation ausreichend	13
2. Qualitätssicherungsvereinbarung zur interventionellen Radiologie: Teilnahme an Kolloquium	13
3. Belegarztanerkennung: Spezialisierung/Nebenwohnung	14
4. Befreiung von der Teilnahme am Notdienst: Alleinerziehende Mutter	14
IV. Wirtschaftlichkeitsprüfung/Arzneikostenregress	15
1. Einzelfallprüfung: Nr. 35110 EBM (Verbale Intervention bei psychosom. Krankheitszuständen)	15
2. Arzneikostenregress	15
a) Unzulässige Verordnungen: Keine Differenzberechnung	15
b) Hemmung der Ausschlussfrist: Kenntnissnahme des Vertragsarztes nach Fristablauf	17
c) Richtgrößenvolumen: „Filterverfahren“	18
d) Sprechstundenbedarf: Antrag einer Rezeptprüfstelle GmbH/Keine Listung (Patentblau V)	18
e) Höchstverordnungsmenge für Schmerzmittel (Hydromorphon)	18
f) Keine Haftung des Vertragsarztes für Rezeptfälschung durch Arzthelferin	19
3. Zahnärzte	21
a) Prophylaxe/Pandemiebedingte Nachholeffekte/Wahl der Prüfmaßnahme/Kürzungshöhe	21
b) Kammern des Beschwerdeausschusses/Arithmetischer Mittelwert/Füllungsleistungen	21
c) Zahnärztliches MVZ mit hoher Fallzahl	22
V. Zulassungsrecht	23
1. Zulassung	23
a) Auswahlentscheidung nach teilweiser Entsperrung: Keine Erledigung nach Verzicht	23
b) Konkurrentenklage: Öffentliches Interesse an sofortiger Vollziehung und Versorgungsgrad	24
2. Psychotherapeutische Ausbildungsstätte: Ermächtigung einer Institutsambulanz	25
3. Tätigkeitsort der ärztlichen Leitung eines MVZ: Nebenbetriebsstätte	26
4. Zulassungsentziehung: Anordnung einer sofortigen Vollziehung	26
5. Widerspruch erst ab Bekanntgabe des Verwaltungsakts zulässig	27
VI. Angelegenheiten der KBV und des GKV-Spitzenverbands	27
1. Schiedsspruch zur Differenzbetragsregelung	28
VII. Verfahrensrecht	29
1. BVerwG: Rechtswegzuständigkeit/Coronavirus-Testverordnung	29

2. Keine Streitwertbeschwerde durch Kostenpflichtigen	29
VIII. Bundessozialgericht (BSG)	30
1. Abschlagszahlungen: MVZ und selbstschuldnerische Bankbürgschaft	30
2. Richtigstellung: Vertrauensschutz nach sog. maschineller Prüfung/Keine Abrechnungskorrektur	30
3. Defensive Konkurrentenklage: Keine Anfechtungsberechtigung nach partieller Öffnung	31
4. Verwaltungsrechtsweg für Streitigkeiten über die Abrechnung von Leistungen nach § 7 TestV	31
B. KRANKENVERSICHERUNGSRECHT	32
I. Vertrags(zahn)ärztliche Behandlung	32
1. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	32
a) Apheresebehandlung: Fehlende Indikation/Kein Systemversagen	32
b) Apherese-Therapie (Doppelfiltrationsplasmapherese) bei Long-COVID-Erkrankung	32
c) Professionelle Zahnreinigung	32
2. Versorgung mit einer LDL-Apherese bei isolierter Lp(a)-Erhöhung	33
3. Polkörperdiagnostik im Rahmen einer künstlichen Befruchtung	33
4. Kryokonservierung und Inkrafttreten der EBM-Ziffer	33
5. Liposuktion	34
6. Kein Anspruch auf privatärztliche Behandlung	34
7. Behandlung durch Heilpraktikerin (Traditionelle Chinesische Medizin)	34
II. Stationäre Behandlung	35
1. Operative Hautstraffung	35
a) Hautstraffung im Bereich des Gesäßes und der Oberschenkel nach Magenbypass-Operation	35
b) Keine körperliche Fehlfunktion/Hautentzündungen dermatologisch behandelbar	35
c) Beweisnot nach Durchführung der begehrten Operation	35
2. Mammareduktionsplastik zur Linderung dermatologischer Gesundheitsbeeinträchtigungen	35
3. Liposuktion	36
a) Behandlungsalternative Kompressionstherapie	36
b) Qualitätssicherungs-RL zur Liposuktion	36
4. Lipoproteinapherese: Votum der Apherese-Kommission der KV	36
III. Kostenersatzung	37
1. Genehmigungsfiktion: Kein Vertrauensschutz nach Aufgabe der bisherigen höchstichterl. Rspr.	37
IV. Arzneimittel	37
1. Cannabis	38
a) Notwendigkeit einer vertragsärztlichen Betäubungsmittel-(BtM-)Verordnung	38
b) Zur Verfügung stehen einer medizinischem Standard entsprechenden Leistung	38
2. Keine einstweilige Anordnung zur Versorgung mit Medikament zur Selbsttötung	39
V. Hilfsmittel	39
1. Elektrorollstuhl mit Hubvorrichtung	39
2. Ganzkörperorthese im Zusammenhang mit ärztlicher Behandlung	39
3. Zweitversorgung mit einem Therapiestuhl für den Schulbesuch	40
4. Mobiles elektronisches Vorlesegerät	40
5. Kein Anspruch auf nicht mehr vertriebenes Hilfsmittel	40
VI. Häusliche Krankenpflege/Haushaltshilfe/Fahrkosten	40
1. Krankenbeobachtung, Blutzuckermessung und Insulingabe während Kindergartenbesuchs	41
2. Kein Anspruch auf Haushaltshilfe bei dauerhafter und chronifizierter Erkrankung	41
3. Fahrkosten	41
a) Keine Erstattung von Fahrkosten zur stufenweisen Wiedereingliederung	41
b) Fahrtkostenerstattungsanspruch nach Eintritt der Genehmigungsfiktion des § 13 Abs. 3a SGB V	42
VII. Beziehungen zu Krankenhäusern	42
1. Vergütungsanspruch/Fälligkeit	44
a) Ordnungsgemäße Abrechnung: Grund der Aufnahme/Blockchemotherapie	44
b) Medizinische Begründung zur Vollständigkeit der Datenübermittlung (AOP-Katalog)	44
c) Beweislast des Krankenhauses über Leistungsvoraussetzungen (Ger. frühreh. Komplexb.)	45
d) Leistungen nach Tagespauschalen: Übermittlungspflicht eines OPS/Leistungsmerkmale	45
e) Erstuntersuchung als vorstationäre Behandlung nach Landesvertrag	45
f) Teilnahme des Versicherten an einer Studie	46
g) Epidural gepulste Radiofrequenztherapie	46
aa) Qualitätsgebot	46

bb) Fehlende evidenzgesicherte Basis	46
h) Versorgung mit einer patientenindividuell angefertigten Kniegelenks-Prothese	47
i) Qualitätsgebot: Implantation eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation	47
j) Ambulante Operation: Keine gesonderte Vergütung für Einmalartikel (hier: Trokare)	47
k) Aufrechnungsverbot	48
aa) Unzulässige Aushebelung des gesetzl. Aufrechnungsverbots in Übergangsvereinbarung	48
bb) Weitere Gültigkeit eines Aufrechnungsverbots in Landesvertrag/Sachl.-rechn. Prüfung	48
cc) Keine Ausnahme vom Aufrechnungsverbot durch Übergangsvereinbarung	48
2. Aufnahme in das Verzeichnis der Krankenhausstandorte	49
3. Mindestmengenregelung für komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus für Erwachsene	49
4. Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen durch InEK	49
5. Erstattung der Gebühren für Transport eines Neugeborenen	50
6. Prüfvereinbarung	50
a) Benennung der konkreten Höhe des Erstattungsanspruchs bei sekundärer Fehlbelegung	50
b) Fehlende Benennung eines konkreten Erstattungsbetrages	50
c) Konkrete Höhe des Erstattungsanspruchs/Elf-Monatsfrist zur Beanstandung	51
d) Keine Präklusion ohne eindeutige Anforderung der Krankenakte im schriftlichen Verfahren	51
e) Beschränkung der Prüfanzeige auf Kodierprüfung	51
f) Korrektur der Rechnung: Nicht prüfungsrelevante Parameter	52
7. Fallpauschalen	52
a) Versorgungsauftrag: Neurolog. Frührehabilitation und intensivmed. Komplexbehandlung	52
b) Auslegung des Begriffs „Sepsis“ anhand der Leitlinie	52
c) Kodierung einer Sepsis: Geltung des Leitlinienstandards bis zur Neufassung	53
d) Feststellung der OPS-Strukturmerkmale für Schlaganfallstation: Kooperationsbeziehungen	53
e) Bariatrische Operation ohne vorausgehende konservative Therapiemaßnahmen	54
f) Wirtschaftlichkeitsgebot: Apherese-Thrombozytenkonzentrate u. Pool-Thrombozytenkonzentrate	54
g) Revision einer Blutgefäßoperation	54
h) Zusatzentgelt für „Chemosaturations-Therapie mittels perkutaner Leberperfusion“	54
i) Spezifische qualifizierte Entzugsbehandlung Abhängigkeitskranker bei Erwachsenen	55
8. Aufschlagszahlung nach § 275c Abs. 3 SGB V	55
a) Anhörung/Datum der leistungsrechtlichen Entscheidung unerheblich	55
b) Anhörungsverfahren/Bescheidbegründung	55
c) Zeitlicher Anwendungsbereich: Aufnahme des Patienten	56
9. Aufwandspauschale	56
a) Veranlassung der Prüfung/Fehlerhaftigkeit der Abrechnung	56
b) Keine Veranlassung des Prüfverfahrens	56
c) Verjährung des Anspruchs auf Aufwandspauschale	56
10. Keine gerichtliche Entscheidung nach Erledigung durch Zahlung	57
VIII. Beziehungen zu Leistungserbringern und Arzneimittelherstellern	57
1. Ausschluss aus Hebammenhilfe-Vertrag: Fehlende Verwaltungsaktbefugnis	58
2. Apotheken	58
a) Lieferung von Zytostatika bei Exklusivliefervertrag anderer Apotheke	58
b) Sofortige Vollziehung d. Schiedsspruchs bzgl. Herstellungszuschläge für parenterale Lösungen	59
3. Arzneimittelhersteller/Vertrieb	59
a) Keine Erstattung nicht geschuldeter Umsatzsteueranteile am Arzneimittelgesamtpreis	59
b) Generikaabschlagspflicht: Kein Anspruch der Krankenkassen gg. pharmazeutische Unternehmer	60
c) Nutzenbewertungsverfahren/Schiedsstelle: Arzneimittel für seltene Leiden (Arikayce® liposomal)	60
d) Nutzenbewertung von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen	61
4. Hilfsmittelerbringer: Stellungnahmeberechtigung als maßgebliche Spitzenorganisation vor GBA	61
5. Verfolgung der Interessen der Anbieter digitaler medizinischer Anwendungen	61
6. Keine geeigneten Pflegekräfte und unzureichendes Dokumentationssystem	62
7. Transport zu Einrichtungen der Tagespflege	62
IX. Angelegenheiten der Krankenkassen	62
1. Unterstützung eines Versicherten bei Verfolgung von Schadensersatzansprüchen	63
2. Erhebung der einkommensabhängigen Zusatzbeiträge	63
3. Eilrechtsschutz: Bestellung zur Vorständin	63
4. Erstattungsanspruch des unzuständigen Leistungsträgers	64
X. Verfahrensrecht	64
1. Unwiderruflichkeit einer Klagerücknahme	64
2. Keine teilweise Verweisung des Rechtsstreits	64
XI. Bundessozialgericht (BSG)	65
1. Neue Behandlungsmethode: Coil-Implantationen	65
2. Häusliche Krankenpflege während eines Krankenhausaufenthalts	65

3. Beziehungen zu Krankenhäusern _____	65
a) Fallzusammenführung und Beurlaubung _____	65
b) Kündigung eines Versorgungsvertrags _____	66
4. Hebammen: Berufshaftpflichtkosten-Sicherstellungszuschlag _____	66
5. Schiedsspruch zur frühen Nutzenbewertung: Verlust des Rückrechts _____	66
6. Aufrechterhaltung der Beweisanträge trotz Fernbleiben vom Verhandlungstermin _____	66
 C. ENTSCHEIDUNGEN ANDERER GERICHTE _____	 67
 I. Ärztliches Berufsrecht _____	 67
1. Erteilung der ärztlichen Approbation trotz vorsätzlichen Tötungsdelikts _____	67
2. Gleichwertigkeit des Ausbildungsstands nach erfolgreicher Kenntnisprüfung _____	67
3. Berufspflichten _____	67
a) Aufnahme einer freundschaftlichen Beziehung und sexueller Kontakte _____	67
b) Behauptung einer Therapiemöglichkeit für Erkrankung an COVID-19 durch Zahnarzt _____	67
c) Anpreisende zahnärztliche Werbung _____	68
d) Keine Übersendung der Aktenunterlagen an Patienten nach dessen Beschwerde _____	68
e) Antrag auf Eröffnung des berufsgerichtlichen Verfahrens/Meinungsfreiheit _____	68
4. Strafrecht _____	69
a) BVerfG: Strafbares Anbieten von Schwangerschaftsabbrüchen auf ärztlicher Homepage _____	69
b) Ärztliche Atteste ohne persönliche Untersuchung _____	69
c) Unrichtige Gesundheitszeugnisse durch psycholog. Psychotherapeutin (Maskenpflichtbefreiung) _____	69
d) Impfberechtigung besonderes persönliches Merkmal in der Person des Haupttäters _____	70
5. Keine Erlaubnis zur Abgabe eines Betäubungsmittels (Natrium-Pentobarbital) zur Selbsttötung _____	70
6. EuGH/Generalanwalt: Kostenfreie Zurverfügungstellung der Patientenakte _____	70
7. BVerwG: Anerkennung neuer Ausbildungsstätten nach Übergangsregelung d. § 28 PsychThG n.F. _____	71
8. BVerfG: Versagung von Versorgungsansprüchen nach OEG wg. geschlechtszuweisender Op _____	71
9. Regeln für Fristen zum Einsatz der Rettungskräfte am Einsatzort _____	71
10. Umsatzsteuerpflichtigkeit der vertretungsweisen Übernahme eines amb. ärztl. Notdienstes _____	72
 II. Arzthaftung _____	 73
1. Behandlungsfehler _____	73
a) Eintritt einer Infektion nach operativer Behandlung und Hygienefehler _____	73
b) Eingliederung einer Hüftprothese _____	73
c) Diagnoseirrtum und Fruchtwasseruntersuchung _____	74
d) Fehlerhafte Befundung eines CTG _____	74
e) Diagnostizierte Gastroenteritis als einfacher Diagnosefehler _____	74
f) Erstmalige Zweifel im Berufungsverfahren/Weitere Beweisaufnahme _____	74
g) Keine nicht-medikamentösen Behandlungsangebote bei Schizophrenie/Schmerzensgeld _____	75
h) Zahnärztliche Schmerzbehandlung am Wurzelkanal _____	75
2. Aufklärung _____	75
a) Mangelhafte Risikoaufklärung und statistische Eintrittshäufigkeit _____	75
b) Fehlende Dokumentation/Aufklärungspflicht über ein Risiko (Saugglockenentbindung) _____	75
c) Fehlerhafte Sicherungsaufklärung und Beweislastumkehr _____	76
d) Pflicht zur therapeutischen Sicherungsaufklärung: Beweislast _____	76
e) Aufklärung über Behandlungsalternativen: Beweislast _____	76
f) Laparoskopische Hysterektomie _____	77
g) Hydrogeltherapie _____	77
3. Sachverständige _____	77
a) Auswahl eines medizinischen Sachverständigen/Einwand der hypothetischen Einwilligung _____	77
b) Auswahl eines medizinischen Sachverständigen: Fachgebiet des zugrundeliegenden Eingriffs _____	78
c) Übertragung einzelner Abschnitte auf Gehilfen _____	78
d) Keine Mitteilung des Sachverständigen über Aufgabe der ärztlichen Tätigkeit _____	78
4. Nachlässige Prozessführung/Verzicht auf Verjährungseinrede _____	78
5. Akteneinsicht durch gesetzliche Krankenkasse des Klägers _____	78
6. Wiederholung der Beweisaufnahme _____	79
7. Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 hoheitlich _____	79
 ANHANG I: BSG - ANHÄNGIGE REVISIONEN VERTRAGS ARZTRECHT _____	 80
 ANHANG II: BSG - ANHÄNGIGE REVISIONEN KRANKENVERSICHERUNG _____	 83

Redaktion

Die Verantwortung für den Inhalt liegt ausschließlich bei der Redaktion.

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

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

Bezug: Der RID kann über die Mitgliedschaft in der **Deutschen Gesellschaft für Kassenarztrecht e.V.**, Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin (e-mail: gf@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.

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

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

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

Die Datenbank www.sozialgerichtsbarkeit.de wird hinsichtlich der Sachgebiete „Vertragsarztangelegenheiten“ und „Krankenversicherung“ (Leistungsrecht) und die Datenbank www.juris.de wird hinsichtlich der Stichworte „Arzt“, „Psychotherapeut“, „Krankenhaus“ und „Krankenkasse“ ausgewertet. Diese Ausgabe berücksichtigt die bis zum 05.09.2023 eingestellten Entscheidungen.

A. VERTRAGSARZTRECHT

Nach BSG, Urt. v. 19.07.2023 - **B 6 KA 22/22 R** - folgt nach st. Rspr. aus dem **Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit**, dass unterdurchschnittlich abrechnenden **Jungärzten** in einer Aufbauphase von mindestens drei Jahren die Möglichkeit gegeben werden muss, ihr Honorar sofort bis zum Fachgruppendurchschnitt zu steigern. Die zunächst für Einzelpraxen ohne Angestellte entwickelten Vorgaben sind in der Senatsrspr. für kooperative Berufsausübungsformen im Sinne eines doppelten Erfordernisses weiterentwickelt worden. Danach müssen sich sowohl die **Berufsausübungsgemeinschaft beziehungsweise das Medizinische Versorgungszentrum als auch die dort tätigen Ärzte in der Aufbauphase** befinden. Der Senat stellt nunmehr klar, dass die **genannten Maßstäbe auch für Vertragsärzte mit angestellten Ärzten gelten**. Zwar ist der Kl. selbst bereits länger als drei Jahre im selben Planungsbereich vertragsärztlich tätig gewesen, sodass er für sich kein individuelles Leistungsbudget mindestens in Höhe des Fachgruppendurchschnitts beanspruchen kann. Da der **angestellte Arzt** in der neu gegründeten Praxis des Kl. aber **erstmalig in der vertragsärztlichen Versorgung tätig geworden** ist, hätte die Bekl. der Honorarberechnung für die von dem angestellten Arzt erbrachten Leistungen ein **Individualbudget mindestens in Höhe des Fachgruppendurchschnitts** zugrunde legen müssen. Die Bildung eines **gesonderten Budgets (Unterkontingents) für CT-gesteuerte Interventionen** im Honorarverteilungsmaßstab der Beklagten ist grundsätzlich nicht zu beanstanden. Nachteile sind dem Kl. im Übrigen nicht unmittelbar durch die Bildung des genannten Unterkontingents, sondern erst dadurch entstanden, dass er sich entschieden hat, entsprechende Leistungen aus dem ihm zur Verfügung stehenden Unterkontingent - anders als im entsprechenden Quartal des Vorjahres - nicht mehr zu erbringen, sodass diese auch nicht mehr vergütet werden konnten.

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

I. Honorarverteilung

1. Regelleistungsvolumen: Auszahlungsquote und Aufsatzquartal

SG Marburg, Urteil v. 31.05.2023 - S 18 KA 133/22

RID 23-03-1

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 87a III, 87b I 2

Leitsatz: 1. Die Umsetzung der bis zum 31.12.2022 gültigen **TSVG-Neupatientenregelung** (§ 87a Abs. 3 Satz 5 Nr. 5 SGB V) im Honorarverteilungsmaßstab der Beklagten verstößt nicht gegen höherrangiges Recht.

2. Bei der Ermittlung von **Praxisbesonderheiten** ist hinsichtlich der **Auszahlungsquote** auf das **Quartal**, für das die Sonderregelung gefordert wird, abzustellen.

Die Beteiligten streiten über die Höhe des Honorars für das Quartal I/20 und hierbei über eine Sonderregelung im Rahmen des RLV sowie die Festsetzung im Honorarbescheid. Die Kl. ist seit 2004 als Fachärztin für Physikalische und Rehabilitative Medizin zugelassen, sie ist seit 2005 in Einzelpraxis tätig und betreibt ein Schlaflabor. Das **SG** verurteilte die Bekl., über den Honoraranspruch der Kl. im Quartal I/20 neu zu entscheiden und dabei bei der Ermittlung der Praxisbesonderheiten für die Auszahlungsquote nicht auf das vorjährige **Aufsatzquartal**, sondern auf das Quartal, für das die Sonderregelung gefordert wird, abzustellen, und wies im Übrigen die Klage ab.

2. Wachstumsmöglichkeit unterdurchschnittlicher Praxis

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 17.08.2022 - L 11 KA 9/19

RID 23-03-2

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 87b

Zur Vermeidung von Wiederholungen wird auf die im Wesentlichen inhaltsgleichen Entscheidungsgründe von LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 10.05.2021 - L 11 KA 54/18 - RID 21-03-1 Bezug genommen:

Die **faktischen Schwierigkeiten kleiner Praxen**, im Hinblick auf eine große Zahl niedergelassener Ärzte in der jeweiligen Arztgruppe und eine insgesamt eher rückläufige Fallzahl den **durchschnittlichen Umsatz zu erreichen**, zwingen die KV nicht zu einer Regelung, dass solchen Praxen eine Abrechnung aller erbrachten Leistungen zum Orientierungswert ermöglicht wird (BSG, Urt. v. 17.07.2013 - B 6 KA 44/12 R - SozR 4-2500 § 87b Nr. 2).

Der Kl. ist Facharzt für Allgemeinmedizin und Dipl.-Osteopath und sei 1994 zugelassen. Er wandte sich erfolglos gegen den Honorarbescheid für das Quartal I/10. **SG Düsseldorf**, Urt. v. 08.02.2017 - S 14 KA 303/14 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung, **BSG**, Beschl. v. 01.03.2023 - B 6 KA 35/22 B - juris die Nichtzulassungsbeschwerde zurück.

3. Aufschlag auf Zusatzpauschale zu Nr. 04000 und 04030 EBM: Jobsharing-BAG

LSG Hessen, Urteil v. 22.03.2022 - L 4 KA 6/20

RID 23-03-3

Revision anhängig: B 6 KA 8/23 R

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 87b

Leitsatz: 1. Für die **Auslegung einer GOP** EBM ist in erster Linie der Wortlaut der Regelung maßgebend.

2. Soweit die GOP 04040 EBM (2015) Anmerkung 5 bezüglich der Bestimmung der Anzahl der Ärzte bei dem **Aufschlag** bei der **Zusatzpauschale** auf den Umfang der Tätigkeit laut Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid Rückgriff nimmt, ist bei einer **Jobsharing-BAG** in der Variante einer Jobsharing-Zulassung der Juniorärztin in Verbindung mit einer BAG-Bildung zwischen Seniorarzt und Juniorärztin **von einem Arzt** auszugehen.

3. Die **Zulassung** ist nach dem Zulassungsbeschluss gemäß § 101 Abs. 3 SGB V auf die Dauer der gemeinsamen vertragsärztlichen Tätigkeit beschränkt.

4. Der im Rahmen des Jobsharings zugelassene Partner darf vertragsärztlich tätig werden und muss aber zudem die **Leistungsbeschränkungen** nach § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 und 5 SGB V beachten.

Die Kl., eine BAG, deren Gesellschafter Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin sind, begehrt höhere vertragsärztliche Honorarzahungen für das Quartal I/15. Der Gründung der Gesellschaft lag der Beginn eines Jobsharing-Verhältnisses zwischen den beiden Ärzten zum 01.01.2015 zugrunde. **SG Marburg**, Urt. v. 29.01.2020 - S 11 KA 686/16 - RID 20-02-3 wies die Klage ab, das **LSG** verpflichtete die Bekl., der Kl. für das Quartal I/15 den Aufschlag bei der Zusatzpauschale der GOP 04040 EBM von 14 Punkten in der Höhe von 345,71 € festzusetzen und zu zahlen.

II. Sachlich-rechnerische Richtigstellung

1. Plausibilitätsprüfung

a) Keine Honorarkürzung allein wegen fehlender bzw. unzureichender Dokumentation

SG Hannover, Urteil v. 14.12.2022 - S 24 KA 208/19

RID 23-03-4

www.juris.de = MedR 2023, 595

SGB V § 106d

Eine sachlich-rechnerische Berichtigung allein wegen **nicht ordnungsgemäßer Dokumentation** kommt nur in Betracht, wenn im Leistungstatbestand des EBM oder in vorangestellten allgemeinen Bestimmungen hierzu das Erfordernis der Dokumentation normiert ist. Ein Verstoß gegen die allgemeine Dokumentationspflicht des § 57 Abs. 1 BMV-Ä reicht nicht aus (LSG Niedersachsen-

Bremen, Urt. v. 22.05.2019 - L 3 KA 10/17 - ; LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 06.09.2017 - L 3 KA 108/14 - RID 17-04-19).

Aus einer fehlenden bzw. unzureichenden **Dokumentation** allein kann nicht auf die **Nichterfüllung des Leistungsinhalts** geschlossen werden. Es bedarf zudem **begründeter Zweifel** an der vollständigen Leistungserbringung (LSG Niedersachsen-Bremen, aaO.; LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 30.01.2019 - L 3 KA 66/15 -). Eine statistische Abrechnungshäufigkeit im Vergleich zur Fachgruppe genügt nicht.

Der kl. Facharzt für Allgemeinmedizin wandte sich gegen eine Honorarrückforderung für die Quartale IV/17 und I/18 in Höhe von 7.033,27 € (abzüglich Verwaltungskosten) aufgrund einer zeitbezogenen Plausibilitätsprüfung. Die Bekl. kürzte Nr. 01415 EBM (Dringender Besuch eines Patienten in beschützenden Wohnheimen bzw. Einrichtungen bzw. Pflege- oder Altenheimen mit Pflegepersonal) auf den doppelten Durchschnitt der verfeinerten Vergleichsgruppe. Das **SG** hob den angefochtenen Bescheid auf.

b) Dokumentation ärztlicher Leistungen/Rücknahme eines Verwaltungsaktes

SG München, Urteil v. 04.05.2023 - S 38 KA 180/20

RID 23-03-5

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 106d; SGB X § 45 IV 2

Leitsatz: I. Die **Dokumentation ärztlicher Leistungen** dient vor allem dem Patienten im Rahmen von Strafverfahren oder im Rahmen eines Arzthaftungsprozesses, aber auch dem Vertragsarzt im Rahmen der Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen zur Nachweisführung. Erfolgt keine Dokumentation oder kann der Nachweis einer Dokumentation nicht geführt werden, gelten die Leistungen als nicht erbracht (LSG Bayern, Urt. v. 07.07.2004 - L 3 KA 510/02 - RID 05-01-34; SG Marburg, Urt. v. 13.09.2017 - S 12 KA 349/16 - RID 17-04-31; SG München, Urt. v. 25.07.2018 - S 38 KA 645/16 - RID 18-04-12). Aus dem bloßen Ansatz einer Gebührenordnungsposition folgt nicht, dass die Leistung erbracht wurde und dass der Leistungsinhalt erfüllt ist. Vielmehr ist so zu dokumentieren, dass ein fachkundiger Außenstehender ohne Weiteres in der Lage ist, zu beurteilen, ob die jeweiligen Leistungsbestandteile erfüllt sind.

II. Nach § 45 Abs. 4 S. 2 SGB X ist eine **Rücknahme eines Verwaltungsaktes** mit Wirkung für die Vergangenheit nur **innerhalb eines Jahres** seit Kenntnis der Tatsachen zulässig, welche die Rücknahme eines rechtswidrigen begünstigenden Verwaltungsaktes rechtfertigen. Mit der **Übersendung von angeforderten Unterlagen und/oder einer Stellungnahme** durch den Vertragsarzt kommt es regelmäßig noch nicht zu einer positiven und vollständigen Kenntnis aller Tatsachen im weitesten Sinne, die für die Entscheidung der Behörde über die Rücknahme relevant sind oder sein können. Denn diese Unterlagen müssen erst gründlich gesichtet und ausgewertet werden. Je komplexer die Sach- und Rechtslage ist, umso längere Zeit wird für eine Überprüfung benötigt, bis die Behörde zu einem abschließenden, der eventuellen Rücknahme eines Verwaltungsaktes zu Grunde zu legenden Ergebnis gelangen kann.

Gegenstand der Klage ist eine Honorarkürzung (Ausgangsbescheid v. 07.02.2018) der aus zwei Allgemeinärzten bestehenden BAG (S. und R.) aufgrund einer Plausibilitätsprüfung in den Quartalen I/12 bis I/17 in Höhe von insgesamt 751.986,97 €. Ein staatsanwaltschaftliches Ermittlungsverfahren wurde gegen Zahlung eines Betrages in Höhe von 10.000 € gem. § 170 Abs. 2 StPO eingestellt. Im Widerspruchsbescheid führte die Bekl. u.a. aus, die Kl. habe gegen die Grundpflicht zur peinlich genauen Leistungsabrechnung verstoßen. Sie legte dabei mehrere Sachverhalte zugrunde. Zum einen handle es sich um eine Abrechnung von Leistungen während eines stationären Aufenthalts und Abrechnung von Leistungen bei bereits verstorbenen Patienten. Des Weiteren habe eine fehlerhafte Abrechnung von Besuchsleistungen (01410, 01411 <N>, 01413, 01415 <N> und Wegepauschalen 40220, 40222, 40224, 40226, 40228 und 40230) stattgefunden. Festzustellen sei eine hohe Überschreitung im Vergleich zur Fachgruppe (bis zu 618 %). Dies stelle ein Indiz dafür dar, dass die Kl. nicht ordnungsgemäß abgerechnet habe. Es gebe auch eine hohe Anzahl von nicht eingelesebenen Versichertenkarten. Sowohl bei S., als auch bei R. seien hohe Tagesarbeitszeiten festzustellen (bis zu 23,6 Stunden). Über mehrere Seiten in dem angefochtenen Widerspruchsbescheid listete die Bekl. für alle Quartale Beispiele für Falschabrechnungen auf. Darüber hinaus seien nicht ordnungsgemäß erbrachte Vertreterleistungen durch S1. zur Abrechnung gelangt. Für diese liege aber keine Genehmigung zur Anstellung vor. Auch komme sie nicht als Vertreterin in Frage. S1. sei nicht im Arztregister eingetragen. Das **SG** wies die Klage ab.

2. Einlesen der Krankenversichertenkarte

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 30.03.2022 - L 5 KA 1320/19

RID 23-03-6

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

Ein Vertragsarzt ist grundsätzlich verpflichtet, in jedem Behandlungsfall, auch bei nur telefonischem Arzt-Patienten-Kontakt, die **Krankenversichertenkarte** (ggf. nachträglich) **einzulesen**. Dies ergibt sich aus § 19 Abs. 2 BMV-Ä/§ 23 Abs. 2 EKV-Ä. Die Bestimmungen über das Einlesen der Krankenversichertenkarte sind formale Bestimmungen, die eine sachlich-rechnerische Richtigstellung rechtfertigen (so schon LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 20.11.2019 - L 5 KA 3180/17 -, n.v.).

Auch nach Ablauf der - hier noch geltenden vierjährigen - Ausschlussfrist kommt eine Richtigstellung von Honorarbescheiden auf der Grundlage von § 106a Abs. 2 SGB V a.F. weiterhin in Betracht, wenn einer der **Vertrauensausschlussstatbestände** des § 45 Abs. 2 S. 3 i.V.m. Abs. 4 S. 1 SGB X erfüllt ist. Dies ist der Fall, wenn dem Vertragsarzt (zumindest) grobe Fahrlässigkeit vorzuwerfen ist.

Streitig ist die sachlich-rechnerische Richtigstellung der vertragsärztlichen Abrechnungen des kl. Facharztes für Orthopädie für die Quartale I/08 bis II/12 und eine Honorarrückforderung in Höhe von 242.026,61 €. Mit zwischenzeitlich rechtskräftigem Strafbefehl v. 08.09.2014 erging vom Amtsgericht Stuttgart gegen den Kl. ein Strafbefehl wegen 13 Vergehen des Betrugs, in fünf Fällen gewerbsmäßig. Es wurde eine Gesamtfreiheitsstrafe von 10 Monaten, ausgesetzt zur Bewährung, verhängt. Im Sachverhalt wird festgestellt, dass der Kl. mit einer Helferin von L, die bei ihm als Kosmetikerin tätig gewesen sei, übereingekommen sei, Daten von Patienten aus der Praxis L formal als sog. Überweisungsfälle mit entsprechendem Überweisungsformular an die Praxis des Kl. weiterzuleiten. Dieser sollte die Daten absprachegemäß zur Abrechnung ärztlicher Leistungen gegenüber der Bekl. nutzen, obwohl die Patienten, wie er und die Helferin gewusst hätten, tatsächlich nicht bei ihm behandelt worden seien. Auch von der Praxis S habe der Kl. Patientendaten als sog. Überweisungsfälle geliefert bekommen, ohne dass diese Patienten jemals in seiner Praxis behandelt worden seien, er aber gleichwohl Leistungen gegenüber der Bekl. abgerechnet habe. Im Einzelnen handele es sich um 13 Fälle - jeweils ein Fall aus den Quartalen III/08 bis III/11 - mit einer Gesamtschadenssumme von 1.855,88 €. **SG Stuttgart**, Urt. v. 13.06.2017 - S 20 KA 5407/17- wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

3. Fachgebietsgrenzen Gynäkologie: Männerbehandlungen bei sog. Kinderwunschbehandlung

SG München, Urteil v. 05.07.2023 - S 38 KA 108/21

RID 23-03-7

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

Leitsatz: I. Nach gefestigter Rechtsprechung (vgl. BSG, Urt. v. 04.05.2016 - B 6 KA 13/15 R - SozR 4-2500 § 135 Nr. 25; BSG, Urt. v. 02.04.2003 - B 6 KA 30/02 R - SozR 4-2500 § 95 Nr. 5; BSG, Urt. v. 08.09.2004 - B 6 KA 32/03 R - BSGE 93, 170 = SozR 4-2500 § 95 Nr. 8) haben die Ärzte ihre Tätigkeit auf das Fachgebiet zu beschränken, wie dies in der **Weiterbildungsordnung** (WBO) normiert ist. Die **Fachgebietsgrenzen** werden weder durch persönliche Qualifikationen des Arztes noch durch Sondergenehmigungen der Kassenärztlichen Vereinigungen zur Erbringung und Abrechnung weiterer Leistungen oder durch eine berufsrechtliche Berechtigung zum Führen von Zusatzbezeichnungen erweitert (vgl. BSG, Urt. v. 15.07.2020 - B 6 KA 19/19 R - SozR 4-2500 § 135 Nr. 30).

II. **Männerbehandlungen** im Rahmen der sog. **Kinderwunschbehandlung** (z.B. Chromosomenanalyse nach mehrfacher fehlgeschlagener Schwangerschaft), durchgeführt von einer **Fachärztin für Frauenheilkunde** und Geburtshilfe, stellen fachfremde Leistungen dar.

III. Bei solchen Männerbehandlungen handelt sich auch nicht um **Adnexleistungen**, weil das Nichterbringen die gebotene Leistung des eigenen Fachgebietes nicht entwertet und auch deren Erfolg nicht gefährdet.

IV. Ausnahmsweise ist eine **sachlich-rechnerische Richtigstellung** wegen **Vertrauensschutzes** ausgeschlossen. Eine solche ergibt sich nicht aus dem Umstand, dass nunmehr gestrichene Leistungen über einen längeren Zeitraum ohne Beanstandung abgerechnet wurden und auch nicht aus der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschuss zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch.

V. Die sachlich-rechnerische Richtigstellung steht im Zusammenhang mit der Honorarverteilung in einem bestimmten Quartal. Der Verbrauch der Prüfkompentenz in diesem Quartal durch vorbehaltlose Bestätigung (zum Beispiel: nachfolgende Korrektur der erfolgten sachlich-rechnerischen Richtigstellung) führt nicht zu einem Verbrauch der **Prüfkompentenz in nachfolgenden Quartalen**.

Die Beteiligten stritten um sachlich-rechnerische Richtigstellungen in den Quartalen II/20 bis I/21 (GOP 01842, 11301, 11302, 11502, 11502U, 11503, 11503U, 40100, 40120 und 40144 EBM) in Höhe von 34.622,57 € und hierbei um die Frage, ob die in der Praxis der Kl. tätige Gynäkologin mit der Zusatzbezeichnung „Medizinische Genetik“ sog. Männerbehandlungen durchführen darf. Das **SG** wies die Klage ab.

4. Keine erneute Bewilligung für Kurztherapie nach Kassenwechsel

SG München, Urteil v. 22.06.2023 - S 38 KA 125/22

RID 23-03-8

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

Leitsatz: 1. Erfolgt ein **Kassenwechsel** bei laufender durch die Alt-Kasse bewilligter Psychotherapie (antragspflichtige Leistungen des Kapitels 35.2 EBM), ist die Neu-Kasse daran gebunden, ohne dass es einer Anzeige oder einer erneuten Bewilligung durch die Neu-Kasse bedarf.

2. Für die Forderung nach einer Anzeige bzw. **erneuten Bewilligung** gibt es **keine Rechtsgrundlage**.

Im Januar 2018 genehmigte die AOK einen zweiten Block von zwölf Therapieeinheiten als Kurztherapie. Im Februar 2018 wechselte der Patient zur BKK. Die Therapie, die nach Kassenwechsel stattfand, wurde am 03.07.2018 abgeschlossen. Wegen fehlender Kostenzusage ihrerseits stellte die BKK einen Berichtigungsantrag für die Quartale I bis III/18, dem die Bekl. folgte. Das **SG** hob die angefochtenen Bescheide auf, erkannte die für die Therapie abgerechneten Leistungen an und vergütete sie entsprechend (d.h. ordnete die Vergütung an).

5. Psychosomatische Intervention und Differentialdiagnostik (Nr. 35100 u. 35110 EBM)

SG Dresden, Gerichtsbescheid v. 11.04.2023 - S 25 KA 95/22

RID 23-03-9

Berufung anhängig: LSG Sachsen - L I KA 7/23 -
www.juris.de

SGB V §§ 106d, 295 I 1 Nr. 2 u. S. 2; PsychThRL §§ 22 I, 26 I, 27 I

Leitsatz: 1. Hinsichtlich der **bei Inkrafttreten des TSVG bereits erlassenen Honorarbescheide** bleibt es bei der Anwendung der früheren **vierjährigen Verjährungsfrist** für die sachlich-rechnerische Richtigstellung (BSG, Urt. v. 15.05.2019 - B 6 KA 63/17 R - SozR 4-2500 § 106a Nr. 23).

2. Die Abrechnung der GOP 35100/35110 EBM setzt die **Kodierung einer F-Diagnose** gemäß dem Indikationenkatalog nach § 22 Abs. 1 der Psychotherapie-RL voraus. Denn es besteht keine Vergütungspflicht für die vom Arzt ohne Angabe der Diagnose abgerechneten Leistungen (BSG, Urt. v. 04.05.1994 - 6 RKa 37/92 - SozR 3-2500 § 295 Nr. 1).

3. Bei Honorarkorrekturen wegen sachlich-rechnerischer Richtigstellung bleibt der nach der sog. **Mischpunktwertmethode gewichtete praxisindividuelle Punktwert** maßgebend, der sich insgesamt aus der Anwendung der Leistungsmengenbegrenzung ergeben hat (BSG, Urt. v. 11.03.2009 - B 6 KA 62/07 R - BSGE 103, 1 = SozR 4-2500 § 106a Nr. 7; BSG, Urt. v. 24.10.2018 - B 6 KA 44/17 R - SozR 4-2500 § 106a Nr. 21; BSG, Urt. v. 13.02.2019 - B 6 KA 58/17 R - SozR 4-2500 § 106a Nr. 22).

Die kl. fachärztliche Internistin ohne Schwerpunkt verfügt über die Genehmigung zur vertragsärztlichen Erbringung und Abrechnung von Leistungen der psychosomatischen Grundversorgung. Die Bekl. nahm im Januar 2022 die rückwirkende Streichung der GOP 35100 und 35110 ohne begründende Diagnose in den Abrechnungen der Quartale III/17 bis IV/18 und III/19 bis III/20 im Wege der sachlich-rechnerischen Richtigstellung vor. Die hieraus resultierende Honorarrückforderung betrug insgesamt 20.329,83 €. Das **SG** wies die Klage ab.

6. Mehrfache Abrechnung der Nr. 35110 EBM („Verbale Intervention“)

SG Marburg, Urteil v. 14.06.2023 - S 11 KA 591/16

RID 23-03-10

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 87 I, 106a II 1

Leitsatz: Die **mehrfache Abrechnung** der GOP 35110 EBM an einem Tag setzt voraus, dass mehrere zeitlich voneinander getrennte Sitzungen jeweils mit der Mindestdauer von 15 Minuten durchgeführt worden sind. Eine Sitzung mit einer Dauer von 45 Minuten berechtigt nicht zur dreifachen Abrechnung.

Der kl. psychotherapeutisch tätige Arzt wandte sich gegen eine sachlich-rechnerische Richtigstellung für das Quartal III/15, in 15 Behandlungsfällen insgesamt 52 Absetzungen betreffend die Ziff. 35110 EBM (verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen) über 797,63 €. Das **SG** wies die Klage ab.

7. Überprüfung der Teilnahmeberechtigung der Vers. an DMP-Programmen durch Krankenkasse

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 26.04.2023 - L 3 KA 55/19

RID 23-03-11

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V a.F. §§ 73a, 106a III

Leitsatz: Die Befugnis der **Krankenkassen**, die Richtigkeit der vertragsärztlichen Abrechnungen zu prüfen, erstreckt sich auch auf die erforderliche **Teilnahmeberechtigung der Versicherten**, die Leistungen aus **Disease-Management-Programmen** in Anspruch genommen haben.

Die kl. Krankenkasse und die bekl. KV streiten über die sachlich-rechnerische Berichtigung von acht GOPen, die in den Verträgen über strukturierte Behandlungsprogramme (sog. Disease-Management-Programme <DMP>) zur Verbesserung der Versorgung von Brustkrebs-Patientinnen (DMP-Brustkrebs), von Typ-2-Diabetes-Patienten (DMP-Diabetes), von Patienten mit Asthma (DMP-Asthma) und in der Vereinbarung zur Optimierung der Betreuung von an Diabetes erkrankten Versicherten der Ersatzkassen durch diabetologische Schwerpunktpraxen (DSP-Vereinbarung) geregelt sind. Im Einzelnen handelt es sich um die GOPen 99100 der DSP-Vereinbarung (Strukturpauschale), 99501, 99510, 99515 und 99519 DMP-Diabetes (Erstellung und Versand der Folgedokumentationen ggf. einschließlich Beratung; Schulungsprogramm für Typ-2-Diabetiker, die nicht Insulin spritzen; strukturiertes Hypertonie-Therapie- und Schulungsprogramm; Schulungsmaterial inklusive Diabetespass), 99532 DMP-Brustkrebs (Beratungspauschale) sowie 99550 und 99552 DMP-Asthma (Einschreibung der Versicherten einschließlich Beratung, Erstellung der vollständigen und plausiblen Erstdokumentationen sowie fristgerechter Versand der entsprechenden Unterlagen durch Vertragsärzte an die Datenstelle; Pauschalhonorar). Von den von der Kl. geltend gemachten insgesamt 58 Fällen wurde von der Bekl. 2015 lediglich in einem Fall stattgegeben. In 38 Fällen wurde eine Berichtigung dagegen abgelehnt, weil die Leistungen auf der Basis der von der Datenstelle nach § 34 Abs. 4 DMP-Diabetes gelieferten Daten erbracht worden seien bzw. die Einschreibung in ein DMP nach Stellungnahmen des jeweiligen Arztes durch die jeweiligen Patienten glaubhaft versichert oder bestätigt worden sei. In weiteren 18 - die GOPen 99110, 99118 und 99120 betreffenden - Fällen sei eine Einschreibung in ein DMP für die Leistung nicht erforderlich. In einem Fall wurde die Berichtigung (in Hinblick auf die GOP 99532) wegen Geringfügigkeit abgelehnt. **SG Hannover**, Urt. v. 09.10.2019 - S 24 KA 144/16 - verpflichtete die Bekl., die 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 Berufung der Bek. mit der Maßgabe zurück, dass die Bekl. bei der Neubescheidung die Rechtsauffassung des Senats zu beachten hat.

8. Zahnärzte

a) Ablauf der Gültigkeit eines Heil- und Kostenplans

SG München, Gerichtsbescheid v. 28.06.2023 - S 38 KA 5130/21

RID 23-03-12

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

Leitsatz: I. Wird die Sechsmonatsfrist in Anlage 2 Nr. 5 S. 3 zum BMV-Z, jetzt Anlage 2 Nr. 6 S. 6 BMV-Z nicht eingehalten, verliert der genehmigte **Heil- und Kostenplan** für eine Zahnersatzversorgung seine **Gültigkeit**. Maßgeblich für das Ende des Sechsmonatszeitraums ist der **Zeitpunkt der Eingliederung**, nicht der Beginn von vorausgehenden Vorbereitungsmaßnahmen.

II. Grundsätzlich ist eine **Verlängerung des Sechsmonatszeitraums** möglich. Für eine solche Verlängerung trägt der Vertragszahnarzt die objektive Beweislast.

Das **SG** wies die Klage ab.

b) IP-Leistungen: Hauszahnärzte und Kieferorthopäden

SG Marburg, Urteil v. 28.06.2023 - S 12 KA 9/22

RID 23-03-13

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

Leitsatz: Im Rahmen des dreijährigen IP-Programms können sowohl Hauszahnärzte als auch Kieferorthopäden **IP-Leistungen** abrechnen. Eine Doppelabrechnung von IP-Leistungen entsteht dabei nur dann, wenn die jeweilige Leistung nach der BEMA Nr. IP 1, 2 oder 4 in dem in der Leistungslegende des BEMA genannten kalenderhalbjährigen Zeitraum mehrfach bzw. von mehr als einem Behandler erbracht wird.

Die Beteiligten streiten um eine sachlich-rechnerische Berichtigung von KFO-Abrechnungen mehrerer Praxen betreffend das Quartal I/19 hinsichtlich der individual-prophylaktischen Leistungen nach den Nrn. IP1, IP2 und IP4 BEMA in Höhe von 16.807,06 €. Das **SG** wies die Klage der Krankenkasse ab.

c) Ersatz konventionellen Abdruckmaterials durch Einsatz eines Intraoralscanners

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 29.03.2023 - L 7 KA 9/19

RID 23-03-14

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

Leitsatz: Eine in BEMA-Nr. 7 Buchst. a) vorausgesetzte „**Abformung**“ findet nur statt beim Einsatz konventionellen Abdruckmaterials, nicht aber bei Vornahme eines **Intraoralscans**; letzterer dient nur der opto-elektronischen Bildgebung und erzeugt keine „Abformung“.

Die Kl. ist eine in der Rechtsform der Partnerschaftsgesellschaft tätige kieferorthopädische, KZV-übergreifend in Berlin und Brandenburg tätige BAG. Sie wandte sich gegen die sachlich-rechnerische Richtigstellung ihres zahnärztlichen Honorars für die Quartale II/16 und III/16 in Höhe von insgesamt 3.544,99 €. Umstritten ist die Abrechenbarkeit der Nrn. 7a und 117 BEMA bei der Vornahme einer digitalen/optischen bzw. opto-elektronischen Bildgebung durch Einsatz eines Intraoralscanners. **SG Berlin**, Ur. v. 09.01.2019 - S 83 KA 77/17 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

d) Keine Abrechnung der Zuschlagsziff. 161 und 162 BEMA auch auf Nr. 153 BEMA

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 29.03.2023 - L 7 KA 43/19

RID 23-03-15

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 106a II, 119b, 87j; GG Art. 3 I

Leitsatz: Art. 3 Abs. 1 GG gebietet keine Abrechnung der **Zuschlagsziffern 161 und 162 BEMA** auch auf die **Nr. 153 BEMA** (für zahnärztliche Tätigkeiten am Wochenende und zu Unzeiten bei einer regelmäßigen zahnärztlichen Tätigkeit zu vorher vereinbarten Zeiten ohne Bestehen eines Kooperationsvertrages nach § 119b SGB V).

Die Beteiligten stritten über eine von der Bekl. vorgenommene sachlich-rechnerische Richtigstellung im Quartal I/15 bzgl. der BEMA Zuschlagsziff. 161b/d und 162b/d und eine sich daraus ergebende Honorarrückforderung von zunächst 3.304,53 €, den die Bekl. im Widerspruchsbescheid um 1.538,26 € minderte. **SG Berlin**, Ur. v. 05.06.2019 - S 79 KA 4851/15 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück

e) Degressionskürzung im Jahr der Abschaffung der Regelung (2019)

LSG Bayern, Urteil v. 09.11.2022 - L 12 KA 5011/21

RID 23-03-16

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 85 IVb; SGG §§ 103, 118 I 1; ZPO § 403

Leitsatz: Bei der Umsetzung der Vorschriften zur **Degression** nach § 85 Abs. 4b SGB V für das Jahr 2019 ist es nicht zu beanstanden, wenn die Kassenzahnärztliche Vereinigung

gegenüber dem Zahnarzt eine Berechnung entsprechend der in § 85 Abs. 4b SGB V angelegten Grundstruktur „**pro rata temporis**“ vornimmt.

Der kl. Vertragszahnarzt wandte sich gegen eine Degressionskürzung für das Jahr 2019 in Höhe von 36.325,14 €. **SG München**, Gerichtsbb. v. 16.11.2021 - S 38 KA 5007/21- wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück. **BSG**, Beschl. v. 05.05.2023 - B 6 KA 1/23 B - juris verwarf die Nichtzulassungsbeschwerde als unzulässig.

III. Genehmigung/Belegarztanerkennung/Notdienst

Nach BSG, Urt. v. 23.03.2023 - **B 6 KA 4/22 R** - bedarf eine Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzbezeichnung Kinder-Gastroenterologie zur Erbringung von pädiatrisch-gastroenterologischen Leistungen nach Kap. III.a Abschnitt 4.5.1 EBM einer zusätzlichen zulassungsrechtlichen Befugnis nach § 73 Abs. 1a S. 3 SGB V. Der EBM unterscheidet bei Leistungen der Kinder- und Jugendmedizin zwischen Leistungen der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung. Dies ergibt sich zwar nicht unmittelbar aus der Gliederung des EBM, aber **aus Regelungen der Präambel 4.1 Nummer 4 zu Kapitel 4**. Die Zuordnung der unter den Abschnitten 4.4 und 4.5 genannten Leistungen zur fachärztlichen Versorgung wird ferner durch den Umstand bestätigt, dass vergleichbare Leistungen der „Erwachsenenmedizin“ den fachärztlichen Kapiteln des EBM zugeordnet sind. Auch die Abbildung der einzelnen kinderärztlichen Leistungen im Kapitel 4 des EBM bestätigt dieses Ergebnis. Der EBM könnte nach dem derzeitigen Regelungskonzept des SGB V über die Struktur der vertragsärztlichen Versorgung auch keinen dritten, neben der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung stehenden eigenständigen Versorgungsbereich der Kinder- und Jugendmedizin regeln. Bislang sehen die einschlägigen Vorschriften im SGB V allein zwei Versorgungsbereiche - nämlich den hausärztlichen und den fachärztlichen Versorgungsbereich - vor.

1. Sicherstellungsassistentin: Approbation ausreichend

SG München, Urteil v. 16.05.2023 - S 43 KA 98/22

RID 23-03-17

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
Ärzte-ZV § 32 II

Leitsatz: Qualifikationserfordernis für die Tätigkeit als **Sicherstellungsassistentin** gem. § 32 Abs. 2 Ärzte-ZV ist lediglich die **Approbation**, nicht jedoch eine **abgeschlossene Weiterbildung** mit Anerkennung der gleichen Facharztbezeichnung wie der Vertragsarzt.

Der kl. Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie ist seit 2013 zur vertragsärztlichen Versorgung mit einem halben Versorgungsauftrag zugelassen. Die Genehmigung der Beschäftigung von H., Fachärztin für Chirurgie, wegen der Erziehung eines Kindes, lehnte die Bekl. ab. Das **SG** verpflichtete die Bekl., dem Kl. die Genehmigung zur Beschäftigung von H. als Sicherstellungsassistentin (4 Wochenstunden), zunächst befristet für 12 Monate, zu erteilen.

2. Qualitätssicherungsvereinbarung zur interventionellen Radiologie: Teilnahme an Kolloquium

SG Marburg, Urteil v. 31.05.2023 - S 18 KA 169/21

RID 23-03-18

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

Leitsatz: Die **Leistungen der interventionellen Radiologie** (GOP 34283 bis 34287 EBM) gehören zum **Kernbereich des Fachgebietes der Inneren Medizin und Angiologie**. Hieraus folgt, dass § 9 Abs. 5 Satz 2 i.V.m. § 3 Qualitätssicherungsvereinbarung zur interventionellen Radiologie verfassungskonform dahingehend auszulegen ist, dass die Facharztqualifikation „Radiologie“ im Falle einer Fachärztin für Innere Medizin und Angiologie durch ein Kolloquium ersetzt werden kann (Anschluss an die Rechtsprechung des SG München, Urt. v. 25.10.2021 - S 28 KA 84/19 - RID 22-01-16).

Die Beteiligten streiten um die Genehmigung zur Erbringung und Abrechnung von interventionell-radiologischen Leistungen nach den GOP 34283, 34284, 34285, 34286 und 34287 EBM. Das **SG** verurteilte die Bekl., die Kl. zu einem Kolloquium gemäß § 2 i.V.m. § 9 Abs. 5 der Qualitätssicherungsvereinbarung zur interventionellen Radiologie zur Prüfung ihrer Befähigung zur Durchführung von diagnostischen Katheterangiographien und therapeutischen Eingriffen zuzulassen und ihr nach erfolgreicher Teilnahme an dem Kolloquium die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von interventionellen radiologischen Leistungen nach den EBM GOP 34283 bis 34287 zu erteilen.

3. Belegarztanerkennung: Spezialisierung/Nebenwohnung

LSG Schleswig-Holstein, Urteil v. 06.06.2023 - L 4 KA 49/18

RID 23-03-19

Revision zugelassen

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 103 VII; BMV-Ä §§ 39 f.

Leitsatz: 1. Die Prüfung eines Anspruchs auf **Belegarztanerkennung** nach §§ 39 f. BMV-Ä ist von der Prüfung eines Anspruchs auf beschränkte **Zulassung als Belegarzt** nach § 103 Abs. 7 SGB V entsprechend den unterschiedlichen Zwecken der Regelungen abzugrenzen. Die **persönliche Geeignetheit** des eine belegärztliche Tätigkeit anstrebenden Arztes ist allein im Verfahren über die Belegarztanerkennung zu prüfen. Ob es dem Belegarztbewerber tatsächlich nur um eine beschränkte vertragsärztliche Zulassung nach § 103 Abs. 7 SGB V bestellt ist, ist hingegen ggf. Gegenstand der Prüfung der Zulassungsgremien.

2. Differenziert der **Landeskrankenhausplan** bei Bestimmung des Versorgungsauftrags des Krankenhauses bzw. dessen Zulassung lediglich nach den in der einschlägigen Weiterbildungsordnung aufgeführten medizinischen **Fachgebieten** und nicht - weitergehend - nach den einem Arzt gemäß der Weiterbildungsordnung innerhalb des Fachgebiets möglichen **Spezialisierungen**, kommt es im Rahmen der von § 40 Abs. 1 BMV-Ä geforderten Kongruenz zwischen medizinischer Ausrichtung der Belegabteilung und Krankenhausplan allein auf das in der Weiterbildungsordnung benannte Fachgebiet als solches an.

3. Der Begriff der **Wohnung** im Sinne des § 39 Abs. 5 Nr. 3 BMV-Ä meint die von dem Arzt in seiner Freizeit tatsächlich regelmäßig zeitlich überwiegend genutzte Wohnung in Gestalt seines Lebensmittelpunktes. Eine **Nebenwohnung**, in der sich der Arzt nur selten oder nur unter bestimmten Voraussetzungen (z.B. während Zeiten der stationären Behandlung von - künftigen - Belegpatienten in einem Belegkrankenhaus) aufhält, erfüllt den Wohnungsbegriff des § 39 Abs. 5 Nr. 3 BMV-Ä hingegen nicht.

Der 1945 geb. Kl. verfügt seit 1983 über die Anerkennung als Facharzt für Innere Medizin, seit 1984 ist er berechtigt, daneben die Schwerpunktbezeichnung „Hämatologie“ zu führen. In der Vergangenheit ist er unregelmäßig für eine überörtliche BAG in einer Privatpraxis für Innere Medizin/Hämatologie, Onkologie und Lymphologie honorarärztlich tätig geworden. Im Ärzteblatt Schleswig-Holstein, Ausgabe 09/2015, schaltete die P GmbH, die ein privates Belegarztkrankenhaus betreibt, eine Anzeige, wonach sie u.a. Belegärzte für den internistischen Bereich, Fachbereich „Hämatonkologie“, suchte (in der Klinik werden hauptsächlich Patientinnen auf dem Gebiet der Frauenheilkunde und Geburtshilfe behandelt). Darauf bewarb sich der Kl. und schloss mit der P GmbH im Januar 2016 einen schriftlichen Belegarztvertrag. Der Kl. beantragte die Belegarztanerkennung nach dem BMV-Ä und teilte mit, es würden ihm „ca. 2 Betten“ zur Verfügung gestellt werden. Im Mai 2016 teilte die Bekl. dem Kl. mit, dass „die Zusicherung für die Anerkennung als Belegarzt“ nicht erteilt werden könne, da insoweit kein Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen hergestellt werden können. Der Widerspruch blieb erfolglos, wogegen er im August 2017 Klage erhob. Zuvor hatte der Berufungsausschuss seinen Zulassungsantrag abgelehnt, weil er für eine Tätigkeit als Belegarzt nicht geeignet sei, da sein Hauptwohnsitz in T 52,9 km von dem Belegkrankenhaus entfernt liege. Hiergegen ist ein Klageverfahren noch anhängig (S 16 KA 172/17). **SG Kiel**, Ur. v. 18.04.2018 - S 2 KA 173/17 - verpflichtete die Bekl., dem Kl. die Belegarztanerkennung nach § 40 Abs. 2 BMV-Ä zu erteilen. Das **LSG** wies auf die Berufung der Beigel. zu 1 bis 6 die Klage ab.

4. Befreiung von der Teilnahme am Notdienst: Alleinerziehende Mutter

SG München, Urteil v. 04.05.2023 - S 38 KA 392/22

RID 23-03-20

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 73 II, 75 I Bereitschaftsdienstordnung KV Bayern § 14

Leitsatz: I. Bei der **Befreiung von der Teilnahme** am ärztlichen Bereitschaftsdienst handelt es sich um eine Ermessensentscheidung. Wird die Praxistätigkeit unvermindert fortgeführt oder liegt diese über dem Durchschnitt der Vergleichsgruppe, so besteht die widerlegbare Vermutung, dass ein Vertragsarzt ohne weiteres in der Lage ist, den ärztlichen Bereitschaftsdienst zu leisten. Mit der Formulierung in § 14 Abs. 2 BDO-KVB „in der Regel“ hat der Satzungsgeber aber deutlich gemacht, dass **trotz überdurchschnittlicher Praxistätigkeit** bzw. unverminderter Praxistätigkeit eine Befreiung vom ärztlichen Bereitschaftsdienst höchst ausnahmsweise möglich ist.

II. Es besteht aber eine **Nachweispflicht**, wie sich aus § 14 Abs. 1 BDO-KVB ergibt. Hierbei genügt nicht eine pauschale Behauptung. Vielmehr müssen konkrete aussagekräftige Nachweise vorgelegt werden.

Das **SG** wies die Klage ab.

IV. Wirtschaftlichkeitsprüfung/Arzneikostenregress

1. Einzelfallprüfung: Nr. 35110 EBM (Verbale Intervention bei psychosom. Krankheitszuständen)

SG Marburg, Urteil v. 03.05.2023 - S 17 KA 527/20

RID 23-03-21

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V a.F. §§ 87 I, 92 VIa, 106; PsychThRL §§ 12, 22 I; EBM 2008 Nr. 35110

Leitsatz: 1. 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.

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

Der kl. Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie wandte sich gegen eine repräsentative Einzelfallprüfung der GOP 35110 in den Quartalen IV/15 bis III/16, die zu folgenden Honorarkürzungen geführt hatte: 2.950,86 € (187 Fälle), 2.213,52 € (138 Fälle), 3.127,80 € (195 Fälle), 2.614,52 € (163 Fälle), insgesamt in Höhe von 10.906,70 € (brutto) bzw. 9.333,33€ (netto). Das **SG** hob den angefochtenen Beschluss des Bekl. auf und verpflichtete den Bekl., den Kl. unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

Vgl. ferner SG Marburg, Urt. v. 12.10.2022 - S 17 KA 12/18, S 17 KA 13/18 - RID 23-01-19; SG Marburg, Urt. v. 19.06.2019 - S 17 KA 476/17 - RID 19-03-17; SG Marburg, Urt. v. - 19.06.2019 - S 17 KA 409/17 - RID 19-03-18; SG Marburg, Urt. v. 17.12.2018 - S 17 KA 223/17 - RID 19-01-33.

2. Arzneikostenregress

a) Unzulässige Verordnungen: Keine Differenzberechnung

LSG Bayern, Urteil v. 08.02.2023 - L 12 KA 31/22

RID 23-03-22

Revision anhängig: B 6 KA 5/23 R

www.juris.de

SGB V § 106b II

Leitsatz: Im Wege der **teleologischen Reduktion** ist § 106b Abs. 2a S. 1 SGB V für die Fallgruppe **unzulässiger Verordnungen** von Arzneimitteln bei Ausschluss der Verordnungsfähigkeit nicht anwendbar.

Die Beigeladene verordnete im Quartal III/19 Spasmo Mucosolvan Saft über 265,68 € und im Quartal IV/19 über 675,24 €. Die Prüfungsstelle lehnte insoweit den Antrag der kl. Krankenkasse auf volle Regressfestsetzung ab. Das Medikament sei nicht zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung verordnungsfähig. Allerdings sei die Kostendifferenz nach § 106b Abs. 2a SGB V zu berücksichtigen (anzurechnender Anteil des Wirkstoffs im Durchschnitt der vier günstigsten Arzneimittel Ambroxol 30 mg/5 ml Saft bzw. Ambroxol 100 mg/200 mg). Die Differenz betrage 68,04 € im Quartal III/19 und im Quartal IV/19 115,63 €. **SG München**, Urt. v. 23.06.2022 - S 38 KA 145/21 - RID 22-04-25 wies die Klage der Krankenkasse ab, das **LSG** verpflichtete die Bekl., erneut über die Anträge der Kl. unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts zu entscheiden.

Aus den Gründen:

(...) 55 Zu **differenzieren** ist zwischen den **Fallgruppen unzulässiger Verordnungen**. So mag die Verordnung eines Arzneimittels als PC-Bedarf unzulässig sein, während eine Verordnung als Verordnung auf den Patienten zulässig ist (PC-Regress). Daneben gibt es weitere Fallgestaltungen unzulässiger Verordnungen. Der Senat meint, dass § 106b Abs. 2a Satz 1 SGB V zumindest für die Fallgruppe unzulässiger Verordnungen von Arzneimitteln bei Ausschluss der Verordnungsfähigkeit im Wege teleologischer Reduktion nicht anwendbar ist, nimmt jedoch **keine pauschale Nichtanwendbarkeit für alle Fallgruppen unzulässiger Verordnungen** an. (...)

57 Insbesondere ist der Senat nicht der Auffassung, dass der Normgeber mit der Vorschrift ohne (nähere) Begründung eine Abkehr vom normativen Schadensbegriff beabsichtigt hat. (...)

62 Nichts anderes ergibt sich aus den zum Prüfzeitpunkt geltenden Rahmenvorgaben.

63 Die Wirtschaftlichkeit der ärztlichen Versorgung einschließlich der ärztlich verordneten Leistungen wird nach § 106 Abs. 1 SGB V auf Grundlage von Vereinbarungen der Selbstverwaltungspartner auf der Landesebene geprüft. Der **GKV-Spitzenverband und die Kassenärztliche Bundesvereinigung** vereinbaren gemäß § 106b Abs. 2 SGB V **Rahmenvorgaben** für die Wirtschaftlichkeitsprüfungen. (...)

64 Die dort in § 3a Abs. 1 Satz 4 getroffene Regelung zur Handhabung der Differenzberechnung nach § 106 Abs. 2a Satz 1 SGB V lautet (in der ab dem 01.05.2020 geltenden Fassung) wie folgt:

65 "Die Berücksichtigung einer Kostendifferenz ist nur dann vorzunehmen, wenn die in Rede stehende Verordnung nicht bereits durch § 34 SGB V oder nach Anlage 1 der Heilmittelrichtlinie ausgeschlossen ist und die Voraussetzungen nach § 12 Abs. 11 Arzneimittelrichtlinie nicht vorliegen."

66 Nach § 8 der Rahmenvereinbarung gilt diese auch für Prüfverfahren betreffend Prüfzeiträume, die auch ärztlich verordnete Leistungen ab dem 11.05.2019 umfassen.

67 Im Umkehrschluss ist nach dem Wortlaut des § 3a Abs. 1 Satz 4 der Rahmenvorgabe die **Berücksichtigung einer Kostendifferenz daher immer dann vorzunehmen**, wenn die genannten Ausschlüsse und Voraussetzungen nicht vorliegen. Mitumfasst wären folglich **alle im Übrigen in der GKV unzulässigen Verordnungen**, wie zum Beispiel **Verordnungen von arzneimittelrechtlich nicht zugelassenen Arzneimitteln, Verordnungen von neuen Heilmitteln**, bei denen der GBA noch keinen Beschluss nach § 138 SGB V gefasst hat (Anerkennung Nutzen), **Off-Label-Use-Verordnungen**, sofern diese die vom BSG entwickelten Voraussetzungen nicht erfüllen sowie **unzulässiger Sprechstundenbedarf**. Diese Rahmenvorgaben wurden jedoch zwischenzeitlich durch den GKV Spitzenverband gekündigt. Nachdem in den nachfolgenden Verhandlungen keine Einigung erzielt werden konnte, hat das **Bundesschiedsamt am 10.05.2022 folgenden Beschluss** zu den Rahmenvorgaben Wirtschaftlichkeitsprüfung gefasst:

68 "Die Berücksichtigung einer Kostendifferenz ist dann vorzunehmen, wenn die in Rede stehende Verordnung unwirtschaftlich ist und nicht unzulässig und somit von der Leistungspflicht der GKV ausgeschlossen ist. Ausgenommen von der Anwendung der Differenzmethode sind ärztliche Verordnungen, die durch gesetzliche oder untergesetzliche Regelungen wie zum Beispiel § 34 SGB V, Anlage 1 der Heilmittelrichtlinie, ausgeschlossen sind und für die die Voraussetzungen nach § 12 Abs. 11 Arzneimittelrichtlinie nicht vorliegen."

69 Diese Entscheidung des Bundesschiedsamtes deckt sich mit der Auslegung der streitigen Vorschrift durch den Senat. In der Entscheidung ist die bislang **durch Bundesrecht nicht eindeutig formulierte Differenzierung im Umgang mit unzulässigen Arzneimitteln klargestellt** und sind die Rahmenvorgaben höherrangigem Recht angepasst worden. Nach Auffassung des Senats handelt es sich hierbei auch nur um eine Klarstellung der bislang schon geltenden Regelung des Ausschlusses der Differenzschadensmethode bei unzulässigen Verordnungen. Andernfalls wäre die diesbezügliche Rahmenvorgabe in der vor der Entscheidung des Bundesschiedsamtes vorliegenden Fassung mangels Rechtsgrundlage rechtswidrig.

70 Außerdem galt der Kostendifferenzausgleich bereits nach der Rahmenvorgabe in der Fassung vor der Entscheidung des Bundesschiedsamtes ausdrücklich nicht für Verordnungen, die bereits gem. § 34 SGB V oder nach Anlage 1 der Heilmittel-Richtlinie ausgeschlossen sind oder die Voraussetzungen nach § 12 Abs. 11 Arzneimittel-Richtlinie nicht erfüllen. Zu diesen generellen Verordnungsauausschlüssen gehören beispielsweise **gesetzliche Ausschlüsse wie Lifestyle-Arzneimittel** (§ 34 Abs. 1 SGB V aE) oder **Erkältungsmedikamente** (§ 34 Abs. 1 Satz 4 Nr.1 SGB V) und **Ausschlüsse nach der Heilmittel-Richtlinie**, wie zum Beispiel die Musiktherapie. Allein dadurch wird deutlich, dass die Fallgruppe unzulässiger Verordnungen von Arzneimitteln bei Ausschluss der Verordnungsfähigkeit gerade nicht umfasst werden sollte. Hielte man die Auslegung der Beklagten und der Beigeladenen zu 1), die Differenzschadensmethode bei allen unzulässigen Verordnungen anzuwenden, für zutreffend, wäre die Rahmenvorgaben auch in der Fassung vom 05.10.2020 rechtswidrig, denn auch z.B. nach § 34 SGB V ausgeschlossene Verordnungen sind letztlich unzulässige Verordnungen, die nach konsequenter Anwendung der Argumentation der Beklagten und der Beigeladenen zu 1) von der gesetzlichen Neuregelung mit umfasst sein müssten.

71 Gegen die Entscheidung des Bundesschiedsamtes ist ein Verfahren vor dem Landessozialgericht Berlin Brandenburg anhängig (Az. L 7 KA 19/22 KL).

72 Auch der **weitere Verlauf der Gesetzesentwicklung** spricht für die Auffassung des Senats. Im Zusammenhang mit dem Entwurf eines "Gesetzes zur finanziellen Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzstabilisierungsgesetz-GKV-FINSTG, Bt. Drs. 20/3448) hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) gegenüber dem Gesetzgeber eine ergänzende Regelungsnotwendigkeit in § 106b Abs. 2a SGB V vorgeschlagen. Die KBV vertritt die Auffassung, dass die Differenzschadensberechnung auch für unzulässige Verordnungen anzuwenden sei. Ohne eine entsprechende gesetzliche Klarstellung werde es unmöglich sein, die Differenzschadensberechnung in der aus Sicht der KBV vom Gesetzgeber intendierten Form umzusetzen und damit auch einen Beitrag zu leisten, die Verordnungssicherheit bei der Behandlung schwer kranker Patienten zu verbessern. Eine Klarstellung sollte aus Sicht der KBV durch eine begriffliche Nachschärfung in § 106b Abs. 2a SGB V erfolgen, nach der unter der Voraussetzung eines festgestellten Behandlungsbedarfs zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung auch unzulässige Verordnungen von der Anwendung der Differenzmethode erfasst sein sollen. Die KBV gehe ausweislich der Gesetzesbegründung des TSVG davon aus, dass genau dies vom Gesetzgeber mit der entsprechenden Neuregelung des TSVG beabsichtigt gewesen wäre.

73 Ungeachtet dieses "Klarstellungsvorschlages" ist das GKV-Finanzstabilisierungsgesetz am 11.11.2022 in Kraft getreten, ohne auf den Vorschlag der KBV einzugehen und eine Gesetzesänderung von § 106b Abs. 2a SGB V vorzunehmen. Hätte der Gesetzgeber, der die Entscheidung des Bundesschiedsamtes gekannt hat, eine - wie die KBV meint - Klarstellung dergestalt gewollt, dass auch bei unzulässigen Verordnungen die Differenzschadensmethode anzuwenden ist, wäre zu vermuten, dass eine solche Klarstellung im Rahmen des GKV-Finanzstabilisierungsgesetz erfolgt wäre. Im Umkehrschluss bedeutet die nicht erfolgte Änderung der hier streitigen Regelung, dass die Auslegung des Bundesschiedsamtes vom Gesetzgeber für richtig erachtet wird.

74 Zudem sprechen **praktische Erwägungen** für die vom Senat vertretene Auffassung. Bei unzulässigen Verordnungen erfolgt zum Beispiel eine Verordnung außerhalb der Indikation oder bei Off Label Use. Nicht klar ist, wie in einem solchen Fall das im Rahmen der GKV zulässige Arzneimittel gegengerechnet werden soll. Diese Problematik zeigt sich gerade im vorliegenden Fall, in dem bei der unzulässigen Verordnung vom Mucospas Saft in beiden Quartalen jeweils unterschiedliche "zulässige" Arzneimittel gegengerechnet werden. Während die Prüfungsstelle im Quartal 3/2019 bei der Verordnung von Spasmo Mucosolvan Saft einen Betrag von 3,78 € gegengerechnet hat (anzurechnender Anteil/Wirkstoff als Durchschnitt der vier günstigsten Arzneimittel), betrug dieser Betrag im Quartal 4/2019 bei gleicher Begründung nur 2,26 €.

Zudem wurde einem als fixes Kombipräparat ausgeschlossenes Arzneimittel ein lediglich aus einem Wirkstoff bestehendes Arzneimittel gegengerechnet. Damit handelt es sich nicht um vergleichbare, sondern um unterschiedliche Arzneimittel. (...)“

b) Hemmung der Ausschlussfrist: Kenntnisnahme des Vertragsarztes nach Fristablauf

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 29.03.2023 - L 7 KA 16/19

RID 23-03-23

Revision zugelassen

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V a.F. § 106; BGB § 204 Nr. 12 Hs. 1; SGB I § 45 III

Leitsatz: Der Prüfantrag der Krankenkassen hat eine die **Ausschlussfrist hemmende Wirkung**, wenn er innerhalb der Ausschlussfrist von vier Jahren gestellt wurde, und der Vertragsarzt von ihm Kenntnis erlangt. Die Kenntnisnahme des Vertragsarztes kann hierbei auch nach Ablauf der Ausschlussfrist erfolgen, solange dies unverzüglich („ohne schuldhaftes Zögern“) geschieht.

Der kl. Facharzt für Innere Medizin/Hausarzt verordnete am 16.12.2013 das Arzneimittel Actos (Wirkstoff Pioglitazon aus der Gruppe der Glitazone) bei einem an einem Diabetes mellitus Typ 2 leidenden Versicherten der zu 2 beigel. Krankenkasse. Am 19.12.2017 beantragte die Beigel. zu 2 für diese Verordnung die Festsetzung eines Regresses gegenüber dem Kl. in Höhe von 184,90 € wegen fehlender Verordnungsfähigkeit nach Anl. III Nr. 49 AMR. Mit Schreiben v. 04.01.2018 hörte die bekl. Prüfungsstelle den Kl. hierzu an. Sie setzte mit Bescheid v. 09.02.2018 den beantragten Regress fest. Mit der Klage berief sich der Kl. auf die Verjährung der Regressforderung. **SG Potsdam**, Urt. v. 13.02.2019 - S 1 KA 17/18 - wies die Klage ab und ließ die Berufung zu, das **LSG** wies die Berufung der Beigel zu 1 zurück.

Aus den Gründen:

(...) Somit reicht es im Vertragsarztrecht aus, dass die vom Tätigwerden eines Dritten abhängige Krankenkasse ihr Recht geltend macht, indem sie den Prüfantrag innerhalb der Ausschlussfrist stellt. Um allerdings die Rechte des ebenfalls von einer Entscheidung der Prüfungsgremien abhängigen Vertragsarztes zu wahren, hat das **BSG** den Eintritt einer die Ausschlussfrist unterbrechenden bzw. hemmenden Wirkung des Prüfantrags davon abhängig gemacht, dass der Anspruchsgegner - der Vertragsarzt - von der Stellung des Prüfantrages Kenntnis erlangt (BSG, Urteil vom 5. Mai 2010, B 6 KA 5/09 R, zitiert nach juris, dort Rn. 46), **ohne sich allerdings dazu zu verhalten, ob die Kenntnisnahme des Vertragsarztes auch innerhalb der Ausschlussfrist erfolgen muss**. Entgegen der Auffassung der Beigeladenen zu 1) führt das BSG auch in den Entscheidungen vom 18. August 2010, B 6 KA 14/09 R und vom 15. August 2012, B 6 KA 27/11 R nicht aus, dass die Kenntnisnahme innerhalb der Frist zu erfolgen hat.

Der von der Beigeladenen zu 1) zitierte Abschnitt des Urteils vom 5. Mai 2010, a.a.O., zitiert nach juris, dort Rn. 37, bei dem es um die verjährungshemmende Wirkung einer Untätigkeitsklage der Krankenkasse gegenüber dem Prüfungsgremium geht, ist nach Überzeugung des Senats nicht so zu verstehen, dass das BSG die Kenntnisnahme des Vertragsarztes innerhalb der Ausschlussfrist voraussetzt. In dem dort zitierten Urteil des BSG vom 20. September 1995, 6 RKA 40/94, wird die Kenntnisnahme des Vertragsarztes durch dessen Beiladung innerhalb der Ausschlussfrist gewahrt, allerdings lässt das BSG ausdrücklich offen, was zu gelten hätte, wenn die Zustellung des Beiladungsbeschlusses nicht innerhalb der Frist erfolgt wäre (zitiert nach juris, dort Rn. 33).

Das Sozialgericht ist nach Überzeugung des Senats zu Recht davon ausgegangen, dass die Kenntnisnahme nicht innerhalb der Vierjahresfrist erfolgen muss (so auch das SG Mainz, Urteil vom 31. Januar 2018, S 8 KA 266/15, zitiert nach juris, dort Rn. 40). Denn um die Kenntnisnahme des Vertragsarztes innerhalb der Ausschlussfrist sicherzustellen, müsste die Krankenkasse rechtzeitig vor Ablauf der Frist den Prüfantrag stellen, was eine Verkürzung der Vierjahresfrist zur Folge hätte (SG Mainz, Urteil vom 31. Januar 2018, S 8 KA 266/15, zitiert nach juris, dort Rn. 40). Entgegen der Auffassung der Beigeladenen zu 1) setzt die Kenntnisnahme des Arztes immer eine Weiterleitung des Prüfantrags durch die Beklagte voraus. Die vom BSG der Entscheidung zugrunde gelegte und für das Vertragsarztrecht typische Trennung der Rechtskreise, die eben keine unmittelbaren Rechtsbeziehungen zwischen der Krankenkasse und dem Vertragsarzt vorsieht, hat zur Konsequenz, dass eine direkte Mitteilung der Krankenkasse an den Vertragsarzt im Prüfverfahren nicht denkbar ist. Auch die Prüfvereinbarung, welche die Beigeladene zu 1) mit abgeschlossenen hat, sieht eine Weiterleitung vor. Gem. § 5 Abs. 5 PrüfV sind die Anträge auf Prüfung den Verfahrensbeteiligten, soweit sie nicht Antragsteller sind, sowie dem betroffenen Vertragsarzt von der Prüfungsstelle unter Benennung des Antragstellers, des Antragsgrundes und des betreffenden Zeitraums „unverzüglich“ bekannt zu geben.

Der Senat hält es für ausreichend, wenn der Vertragsarzt nach Ablauf der Ausschlussfrist von dem Prüfantrag Kenntnis erlangt. Allerdings muss die Beklagte den **Vertragsarzt** nach Überzeugung des Senats **unverzüglich** – also „ohne schuldhaftes Zögern“, vgl. § 121 Abs. 1 Satz 1 BGB – **in Kenntnis setzen**, was auch der Regelung in § 5 Abs. 5 PrüfV entspricht.

Der Kläger wurde von der Beklagten in diesem Sinne unverzüglich in Kenntnis gesetzt. Die Beklagte hat den Kläger mit Schreiben vom 4. Januar 2018, also **etwa zwei Wochen nach Stellung des Prüfantrages** bei dazwischen liegenden Weihnachtsfeiertagen, über den Prüfantrag informiert. Der Senat verkennt nicht, dass damit dem Interesse des Vertragsarztes an Rechts- bzw. Verordnungssicherheit erst verspätet, und zwar kurz nach Ablauf der Vierjahresfrist Genüge getan wird. Angesichts dessen, dass die Alternative (Kenntnisnahme innerhalb der Frist, Stellung des Prüfantrags ausreichend vor Fristablauf) aber eine noch größere Rechtsunsicherheit bezüglich der Wahrung der Frist mit sich brächte, da völlig unklar wäre, wann der Prüfantrag der Krankenkasse dann spätestens bei der Beklagten eingehen müsste, hält der Senat dies für sachgerecht. Eine **zeitnahe, ohne schuldhaftes Zögern erfolgende Weiterleitung ist allerdings unabdingbar**, um den berechtigten Interessen des Vertragsarztes hinreichend Rechnung zu tragen. Eine Kenntnisnahme „in gewisser zeitlicher Nähe zur Antragstellung (...) z.B. innerhalb der nächsten sechs Monate nach Antragstellung“, welche das SG Mainz für

ausreichend hält (Urteil vom 31. Januar 2018, S 8 KA 266/15, zitiert nach juris, dort Rn. 40), löst dagegen den Widerspruch zwischen den Interessenlagen nicht ausreichend auf.

Eine Bestätigung seiner Rechtsauffassung sieht der Senat darin, dass sie den vorliegenden Sachzusammenhang den zivilprozessualen Regelungen zur Hemmung der Verjährung annähert: Nach § 204 Abs. 1 Nr. 1 BGB wird die Verjährung zwar nur durch „Erhebung der Klage“ gehemmt; erhoben wird die Klage durch Zustellung der Klagschrift beim Beklagten (§ 253 Abs. 1 ZPO); zur fristwährenden Klageerhebung vor Verjährungsvollendung kann aber auch die Einreichung der Klage reichen, wenn die Zustellung beim Gegner „demnächst“ erfolgt, § 167 ZPO (vgl. Lakkis in: Herberger/Martinek/Rüßmann/Weth/Würdinger, jurisPK-BGB, 9. Aufl., § 204 BGB, Rdnr. 13). (...)

Der Senat hat die **Revision** trotz der Neuregelung in § 106 Abs. 3 S. 4 und 5 SGB V wegen grundsätzlicher Bedeutung der **Rechtsfrage, ob die Kenntnismahme des Vertragsarztes innerhalb der Ausschlussfrist zu erfolgen hat, zugelassen** (§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG).“

c) Richtgrößenvolumen: „Filterverfahren“

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 30.03.2022 - L 5 KA 2311/19

RID 23-03-24

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V a.F. §§ 84 VI, 106

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

Streitig ist die Festsetzung eines Regresses i.H.v. 25.000 € wegen Überschreitens des Richtgrößenvolumens für das Jahr 2013. Der Kl. ist Facharzt für Innere Medizin und als hausärztlicher Internist zugelassen. **SG Stuttgart**, Urt. v. 26.06.2019 - S 5 KA 4802/17- wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück. **BSG**, Beschl. v. 07.03.2023 - B 6 KA 15/22 B - juris verwarf die Nichtzulassungsbeschwerde als unzulässig.

Siehe auch LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 30.03.2022 - L 5 KA 2708/20 - RID 23-02-24.

d) Sprechstundenbedarf: Antrag einer Rezeptprüfstelle GmbH/Keine Listung
(Patentblau V)

SG Düsseldorf, Urteil v. 22.06.2022 - S 20 KA 225/19

RID 23-03-25

Berufung zugelassen

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 106a I 1

Es ist grundsätzlich zulässig, dass die Krankenkassen und Landesverbände der Krankenkassen in Nordrhein nach der Prüfvereinbarung die **Rezeptprüfstelle** Duderstadt GmbH (RPD) damit beauftragen, Prüfanträge zu stellen. Die RPD übt mit der eigenen internen Prüfung, ob ein entsprechender Verstoß gegen die SSB-Vereinbarung vorliegt und der anschließenden Antragstellung bei der Prüfungsstelle keine Hoheitsgewalt aus.

Ist **Patentblau V**, ein Diagnostikum, das als Hilfsmittel zur Markierung der Lymphgefäße vor der Lymphographie und zur Markierung von Sentinel-Lymphknoten vor der Biopsie bei Patientinnen mit operablem Brustkrebs dient, nicht in der Anlage der SSB-Vereinbarung aufgeführt, kann es nicht als Sprechstundenbedarf verordnet werden.

Die kl. BAG zweier Fachärzte für Chirurgie wandte sich gegen einen Regress über 352,72 € wegen der Verordnung von Patentblau V-Injektionslösung über den Sprechstundenbedarf. Das **SG** wies die Klage ab.

e) Höchstverordnungsmenge für Schmerzmittel (Hydromorphon)

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 29.03.2023 - L 7 KA 62/19

RID 23-03-26

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V a.F. §§ 2 I, 12 I, 27 I 2 Nr. 3, 31 I 1, 106 II; BtMVV § 2 I lit. a Nr. 9

Bei der Verordnung von Arzneimitteln sind die einschlägigen Gesetze, Verordnungen und Vereinbarungen über die Verschreibung von Arzneimitteln zu beachten, hier insb. § 2 Abs. 1 lit. a Nr. 9 BtMVV in der ab dem 18.05.2011 und bis zum 07.04.2023 geltenden Fassung, der eine **Höchstverordnungsmenge für Hydromorphon** von 5.000 mg für 30 Tage vorsah. Der Kl. hat die Höchstmenge im Verordnungszeitraum um insgesamt 264.272 mg überschritten.

Von der Zulassung nach dem AMG ist sowohl die Dosierung als auch die Art der Anwendung umfasst. Dies ergibt sich daraus, dass die Zulassung in rechtlicher Hinsicht das spiegelbildliche Pendant

zu den eingereichten Angaben und Unterlagen ist. Der Einsatz eines Arzneimittels abweichend von dem Inhalt der Zulassung - wie der Dosierung oder der Art der Anwendung - stellt einen **Off-Label-Use** dar (SG Berlin, Urt. v. 14.12.2011 - S 71 KA 161/11 - juris Rn. 24, RID 12-01-58).

Der Kl. war bis zum Dezember 2017 als Praktischer Arzt mit der Zusatzbezeichnung Sportmedizin zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Er verordnete für die alkoholranke (abstinent seit 1999) Versicherte, die u.a. unter einem chronischen muskuloskelettalen Schmerzsyndrom lumbal und nuchal mit distoproximaler Generalisation nach Janda sowie einem chronischen Kopfschmerz leidet, im Zeitraum Januar 2012 bis Dezember 2013 auf diversen Einzelrezepten insgesamt 5.350 Tabletten à 64 mg (höchste erhältliche Wirkstoffkonzentration) und 1.450 Tabletten à 32 mg des Arzneimittels Journista (entspricht 388.800 mg an 724 Tagen bzw. 537 mg oder 9,4 Tabletten pro Tag). Die Verordnungen sahen die mehrmals tägliche Einnahme einer oder mehrerer Tabletten vor, wobei die Art der Anwendung in dem Zeitraum stark variierte (z.B. am 02.01.2012: Journista 64 mg 4-0-3 sowie 32 mg 3-0-4, am 26.04.2012: täglich 7 Tabletten Journista 64 mg). Das Arzneimittel Journista enthält den Wirkstoff Hydromorphonhydrochlorid (aus der Gruppe der Opioid-Analgetika, morphinähnliches Schmerzmittel) und ist zur Behandlung von starken Schmerzen zugelassen. Der Wirkstoff wird in retardierter Form - schrittweise über 24 Stunden - im Körper freigesetzt. In den ab Juni 2011 geltenden Fachinformationen für Journista heißt es, dass Journista nicht öfter als einmal in 24 Stunden eingenommen werden darf. Unter der Überschrift „ergänzende Schmerzmedikation“ wird aufgeführt, dass bei allen Patienten mit chronischen Schmerzen zusätzlich zu der einmal täglichen Einnahme von Journista bei Durchbruchschmerzen eine ergänzende Schmerzmedikation in Form von Präparaten mit sofortiger Wirkstofffreisetzung gegeben werden kann. Vom 31.07. bis zum 01.08.2012 befand sich die Versicherte im Krankenhaus zu einem stationären Opiatentzug, der auf ihren Wunsch vorzeitig abgebrochen wurde. Dort wurde gemäß der Epikrise neben dem chronischen muskuloskelettalen Schmerzsyndrom und dem Kopfschmerz ein Opiatübergebrauch mit Verdacht auf opioidinduzierte Hyperalgesie diagnostiziert und dringend die langsame ambulante Reduzierung der Opioiddosis empfohlen. Auf Antrag der zu 2 beigel. Krankenkasse lehnte die Prüfungsstelle für sämtliche Quartale der Jahre 2012 und 2013 die Festsetzung von Maßnahmen ab. Der Bekl. gab dem Widerspruch hinsichtlich der Verordnungen von Journista für die Versicherte statt und setzte eine Ersatzverpflichtung in Höhe von 87.302,32 € fest. **SG Berlin**, Urt. v. 16.10.2019 - S 79 KA 2408/15 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

f) Keine Haftung des Vertragsarztes für Rezeptfälschung durch Arzthelferin

SG Schwerin, Urteil v. 14.06.2023 - S 6 KA 15/20

RID 23-03-27

www.juris.de

SGB V § 106; BGB § 278; BMV-Ä §§ 15, 37, 48; EKV-Ä §§ 14, 22, 44

Die **Zuständigkeit der Prüfgremien**, die eine direkte Klage der Krankenkassen gegen den Arzt sperrt, erfasst alle Arten von **Verordnungsfehlern**. Wird geltend gemacht, dass die Art und Weise der Ausstellung der Verordnung fehlerhaft gewesen sei, steht ein „**sonstiger Schaden**“ in Frage, der im Verfahren gemäß § 48 BMV-Ä geltend zu machen ist (BSG, Urt. v. 20.03.2013 - B 6 KA 17/12 R - SozR 4-5540 § 48 Nr. 2, juris Rn. 19).

Die Schadensfeststellung nach § 44 EKV-Ä setzt eine **verschuldete Pflichtverletzung** des Vertragsarztes voraus. Eine solche liegt nicht vor, wenn der Vorwurf der pflichtwidrigen Ausstellung und Nichtverwahrung von sog. Blankorezepten nicht zutrifft, der Arzt seine Aufbewahrungspflicht aus § 22 Abs. 4 EKV-Ä (entspr. § 37 Abs. 4 BMV-Ä) für Rezeptvordrucke und Arztstempel nicht verletzt und er nicht für die vorsätzlich unerlaubten Handlungen einer ehemaligen Praxisangestellten haftet.

Die **Ausstellung von Blankorezepten**, d.h. nur vom Arzt unterschriebenen, aber ansonsten nicht ausgefüllten Rezeptvordrucken, und deren unkontrollierte Aufbewahrung in den Praxisräumen stellt einen gröblichen Pflichtenverstoß des Vertragsarztes dar (u.a. Zulassungsentziehungsverfahren SG Hamburg, Beschl. v. 22.11.1979 - 3 KA 27/79 - juris; LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 06.04.2006 - L 5 KA 60/05 - juris). Dies folgt aus dem engen sachlichen und zeitlichen Zusammenhang zwischen ärztlichem Behandlungs- und Ordnungsverhalten. Die **Beweislast** liegt bei der einen Regress begehrenden Krankenkasse.

Die Durchführung routinemäßiger, einfacher Tätigkeiten durch ärztliches Personal ist üblich und dann als eine ärztliche und persönlich erbrachte Leistung anzusehen, wenn sie unter Überwachung und Kontrolle des Arztes geschieht (SG Dortmund, Urt. v. 01.09.1992 - S 9 KA 38/92 - ArztsR 1994 Nr. 4, 22 = juris <nur LS>). Die Notwendigkeit der Zuarbeit des **Praxispersonals** erfordert die Gewährleistung des **Zugriffs auf Verordnungsblock und Arztstempel**. Weder das Aufbewahren eines leeren Rezeptblocks in einem verschlossenen Schrank in der Praxis bzw. im Fall der Auffüllung am Tresen und in den Sprechzimmern noch das Aufbewahren des Arztstempels in einer Schublade

bzw. einem Fach noch die regelmäßig gesicherte und fachbetreute EDV-Technik lassen hier den Rückschluss auf ein sorgfaltswidriges Verhalten des Vertragsarztes zu. Zur Vor- und Nachbereitung der Rezeptausstellung, insb. z.B. hinsichtlich des Einlesens der Gesundheitskarte und des Aushändigens des Rezepts, kann sich der Arzt zulässigerweise seines Hilfspersonals bedienen, weil nicht für jeden Schritt im Verordnungsvorgang Eigenhändigkeit des Arztes vorgesehen ist. Eine Missbrauchsgefahr hinsichtlich der Rezepte ergibt sich nicht bereits aus einem leeren Rezeptformular, sondern sie entsteht erst mit der **Unterschrift des verordnenden Arztes** auf dem Rezept, das dann den Anschein der Echtheit erweckt.

Ein Vertragsarzt muss sich nicht das **deliktische Verhalten seiner Arzhelferin zurechnen** lassen. Die Kammer lässt es offen, ob eine **Erfüllungsgehilfenhaftung** gem. § 278 BGB, die eine vertragliche Beziehung zwischen Krankenkasse und Vertragsarzt voraussetzen würde, in dem Beziehungsgeflecht des Regressverfahrens überhaupt analog Anwendung finden kann (zu den Besonderheiten der Rechtsbeziehungen der Beteiligten im Regressverfahren: BSG, Urt. v. 05.05.2010 - B 6 KA 5/09 R - SozR 4-2500 § 106 Nr. 28, juris Rn. 44 und BSG, Urt. v. 20.03.2013 - B 6 KA 17/12 R - SozR 4-5540 § 48 Nr. 2, juris Rn. 14, 21 m.w.N.). Eine Erfüllungsgehilfenhaftung liegt bei einer Rezeptfälschung durch eine Arzhelferin nicht vor, wenn der Vertragsarzt keinerlei Schadensverursachungsbeitrag durch die Ausstellung der Rezepte leistet. Es liegt ein sog. Mitarbeiterexzess vor.

Der **Beigel. zu 2** ist niedergelassener Facharzt für Innere Medizin und Endokrinologe. Im August 2013 wandte er sich an die Polizei und berichtete über ihm von der Beigel. zu 1 angezeigte Auffälligkeiten in seinen Verordnungen für das Medikament Genotropin®. Genotropin® enthält den Wirkstoff Somatotropin, ist rezept- und apothekenpflichtig, muss im Kühlschrank gelagert werden und wird als knochen- und muskelförderndes Wachstumshormon häufig Kindern verordnet. Gleichzeitig wird dieses leistungsfördernde Wachstumshormon in der Bodybuilder-Szene auf dem Schwarzmarkt gehandelt (Schwarzmarktwert für 3,3 mg zwischen 35 € und 70 €). Der Beigel. zu 2 zeigte an, dass dieses Medikament nach den Abrechnungsinformationen in der Zeit von September 2012 bis Juli 2013 über seine Betriebsstättennummer verordnet, geliefert und abgerechnet, jedoch tatsächlich nicht von ihm verordnet worden sei, obwohl er es grundsätzlich verordnen könne. Er **verdächtige seine Mitarbeiterin S.**, die er sogleich nach Kenntnis der Umstände fristlos entlassen habe. S. wurde im Oktober 2018 vom **Landgericht** zu einer - rechtskräftigen - Freiheitsstrafe von zwei Jahren (ausgesetzt zur Bewährung) wegen gemeinschaftlichen Betruges in Tateinheit mit gemeinschaftlichem vorsätzlichem Handeltreiben mit verschreibungspflichtigen Medikamenten in 63 Fällen in dem Zeitraum von September 2012 bis August 2013 verurteilt. Nach den Urteilsgründen hatte S. am Computer der Praxis des Beigel. zu 2 teilweise vorhandene oder anderweitig besorgte Patientendaten sowie die Medikamente Genotropin® und Testosteron in ein Rezeptformular eingetragen, das Rezept ausgedruckt und die Rezepte mit der leicht zu fälschenden Unterschrift des Beigel. zu 2 versehen, soweit sie hierfür nicht vorhandene Blankorezepte für den Ausdruck verwendet hatte. Um die Erstellung der Rezepte zu verschleiern, löschte sie anschließend die Medikamenten- und Patientendaten, was jedoch nicht in allen Fällen gelang. Zwischen dem 19.08.2012 und 15.08.2013 erstellte sie auf diese Weise insgesamt 165 Rezepte, davon 101 Rezepte für Genotropin® und 64 Rezepte für Testosteron. Diese Rezepte übergab sie der Mitangeklagten B., die daraufhin die Bestellung der rezeptierten Medikamente von ihrem Arbeitsplatz in der Zentral-Apotheke bei einem Medikamentengroßhändler vornahm. Das Genotropin gab sie an S. weiter, die es für ca. 300 € je Packung (insgesamt etwa 30.300 €) an unbekannt gebliebene Dritte auf dem Schwarzmarkt verkaufte. Für die Genotropin®-Packungen wurde ein Gesamtverkaufswert von 365.233,88 € fällig (für das Testosteron 5.479,06 €). Auf die kl. Krankenkasse entfiel hieraus ein Betrag von 79.870 € (Brutto) bzw. 67.904,76 € (Netto) aus 22 Genotropin®-Rezepten. S. hatte ihre Tatbeteiligung erst am Ende der strafrechtlichen Beweisaufnahme mit einer schriftlichen Erklärung eingestanden. Darin räumte sie sämtliche mit der Anklageschrift erhobenen Tatvorwürfe vollumfänglich ein. Nach ihrer Erklärung hätte sie sich nicht dazu hinreißen lassen sollen, Rezepte zu fälschen und diese dann B. zu geben. Es sei in diesem Moment so einfach gewesen und habe ihr keinerlei Schwierigkeiten bereitet, die unterzeichneten Blankorezepte zu verwenden. Insoweit müsse sie ihrem ehemaligen Arbeitgeber widersprechen. Die **Gemeinsame Prüfungsstelle** lehnte den Antrag der Kl. und die Anträge der weiteren fünf Krankenkassen in gleicher Sache im Juli 2019 mit der Begründung ab, dass dem Beigel. zu 2. keine schuldhafte Pflichtverletzung nachzuweisen sei. Der Widerspruch blieb erfolglos. Das **SG** wies die Klage ab.

3. Zahnärzte

a) Prophylaxe/Pandemiebedingte Nachholeffekte/Wahl der Prüfmaßnahme/Kürzungshöhe

SG München, Urteil v. 20.07.2023 - S 38 KA 5022/23

RID 23-03-28

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 12 I 2, 87 II, IIh, 106, 106a

Leitsatz: 1. Werden von einer Zahnarztpraxis schwerpunktmäßig **Prophylaxeleistungen** erbracht, handelt es sich in der Regel nicht um eine **Praxisbesonderheit**, da diese zu den Standardleistungen aller Vertragszahnärzte gehören.

2. **Pandemiebedingte Nachholeffekte** und ein damit verbundener Mehrbedarf stellen in der Regel keine Praxisbesonderheit dar, da alle Zahnarztpraxen von dem pandemischen Geschehen betroffen waren; es sei denn, es treten andere, praxisspezielle Umstände (zum Beispiel eine sich zusätzlich auswirkende andersartige Patientenverteilung) hinzu.

3. Bei der **Wahl der Prüfmaßnahme** (schriftliche Beratung oder Kürzung), aber auch bei der **Kürzungshöhe** besteht ein Ermessensspielraum des Prüfungsgremiums. Liegt ein besonderer Grund vor, ist dieser bei der Wahl der Prüfmaßnahme und gegebenenfalls auch bei der Kürzungshöhe mit zu berücksichtigen. Hierzu zählen nicht nur das Bestehen einer Anfängerpraxis (vgl. BSG, Urt. v. 28.04.2004 - B 6 KA 24/03 R - GesR 2004, 424), sondern auch der Umstand, dass eine Arztpraxis/Zahnarztpraxis **jahrzehntelang ohne Beanstandung abrechnete** und nur in einem einzelnen Quartal bzw. wenigen Quartalen eine Unwirtschaftlichkeit bestand.

Die kl. Zahnarztpraxis, bestehend aus zwei Behandlern, wandte sich gegen eine Wirtschaftlichkeitsprüfung im Quartal III/20, betreffend die Bema-Nr. 105 (Lokale medikamentöse Behandlung von Schleimhauterkrankungen, Aufbringung von auf der Mundschleimhaut haftenden Medikamenten oder Behandlung von Prothesendruckstellen) (2.947,41 €). Das **SG** verpflichtete den Bekl., über den Widerspruch der Kl. unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden.

Aus den Gründen:

„(...) 26 Hier aber handelt es sich nicht um eine Anfängerpraxis, sondern vielmehr um eine seit Jahrzehnten bestehende Praxis, die bisher, so jedenfalls die unwidersprochenen Ausführungen der Klägerseite, hinsichtlich der Abrechnung unauffällig war. Eine Gleichsetzung mit einer Anfängerpraxis erscheint nicht geboten. Gleichwohl könnte **ein über Jahrzehnte hinweg festzustellendes wirtschaftliches Verhalten** (Gesamtfallwert erheblich, teilweise zweistellig unter dem Gesamtfallwert der Vergleichsgruppe) einen **besonderen Grund** darstellen, dies bei der **Auswahl der Prüfmaßnahme** (schriftliche Beratung oder Kürzung), aber auch bei der **Kürzungshöhe mit zu reflektieren**. Zusätzlich darf auch die Wirtschaftlichkeit von einzelnen Leistungen nicht losgelöst von der **Gesamttätigkeit** und den **Gesamtfallkosten** des Vertragszahnarztes in dem strittigen Quartal beurteilt werden (vgl. BSG, Urteil vom 19.10.2011, Az B 6 KA 38/10 R). Die Vergütungsberichtigung bei den Leistungen nach der Bema-Nr. 105 wirkt sich im streitgegenständlichen Verfahren auch auf den Gesamtfallwert aus. Führt die Vergütungsberichtigung von Einzelleistungen zu einer Restüberschreitung beim Gesamtfallwert, die entweder in der Übergangszone zum offensichtlichen Missverhältnis liegt, oder sogar noch im Bereich des offensichtlichen Missverhältnisses, bedarf es keiner Auseinandersetzung mit dem Gesamtfallwert im Sinne eines Mitreflektierens desselben. Anders verhält es sich jedenfalls, wenn bei einer Vergütungsberichtigung von Einzelleistungen schon vor der Kürzung der Gesamtfallwert der Vergleichsgruppe unterschritten wird. In diesem Fall ist zwar auch eine Vergütungsberichtigung von Einzelleistungen möglich, jedoch ist der Beklagte verpflichtet, den **Gesamtfallwert mit zu reflektieren**. Dies hat die Beklagte in dem angefochtenen Bescheid jedoch unterlassen, was es bei einer erneuten Befassung nachzuholen gilt. (...)“

b) Kammern des Beschwerdeausschusses/Arithmetischer Mittelwert/Füllungsleistungen

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 17.05.2023 - L 5 KA 856/20

RID 23-03-29

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 21/23 R

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 72 I 2, 84, 87 I, 106

Leitsatz: 1. Die **Untergliederung** des bei der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg eingerichteten Gemeinsamen Beschwerdeausschusses in **Kammern** ist lediglich ein die Geschäftsführung betreffendes, **organisatorisches Strukturelement**, zu dessen Einrichtung § 1

Abs. 2 der Wirtschaftlichkeitsprüfungsverordnung vom 05.01.2004 auf der Grundlage des § 106 Abs. 4a S. 9 SGB V i.d.F. des GKV-WSG ermächtigt.

2. Durch die organisatorische Unterstützung des Beschwerdeausschusses durch die Prüfungsstelle wird die **Eigenständigkeit des Beschwerdeausschusses** nicht in Frage gestellt.

3. Das Abstellen der Wirtschaftlichkeitsprüfung auf den **arithmetischen Mittelwert** und nicht die statistische **Methode der Gauß'schen Normalverteilung** ist nicht zu beanstanden.

4. Es ist von einer grundsätzlichen hohen **Homogenität** des Behandlungsverhaltens in der Gruppe der Zahnärzte auszugehen. Für die Prüfung nach Durchschnittswerten sind Untergruppen mit bestimmten Behandlungsschwerpunkten nicht zu bilden.

5. Die Spezialisierung eines Zahnarztes im Bereich der **Füllungsleistungen** stellt keine Praxisbesonderheit dar.

Der Kl. ist seit 1990 zur vertragszahnärztlichen Versorgung zugelassen. Im streitgegenständlichen Zeitraum war ein angestellter Zahnarzt, des Weiteren seine Ehefrau als Kieferorthopädin in der Praxis tätig. Der Kl. wandte sich gegen die Festsetzung einer Honorarkürzung aufgrund einer Wirtschaftlichkeitsprüfung in den Quartalen II und III/12 über 59.017,29 €. **SG Stuttgart**, Urt. v. 22.11.2019 - S 10 KA 6989/14 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

c) Zahnärztliches MVZ mit hoher Fallzahl

SG München, Urteil v. 17.05.2023 - S 38 KA 5120/21

RID 23-03-30

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 106

Leitsatz: 1. Der Umstand, dass es sich um ein Medizinisches Versorgungszentrum (hier: **Zahnärzter-MVZ**) handelt, legt nicht nahe, eine **spezielle Vergleichsgruppe** zu bilden.

2. Die Überschreitung der **Grenze zum offensichtlichen Missverhältnis** ist ein Indikator für eine unwirtschaftliche Behandlungsweise. Eine in Relation zur Vergleichsgruppe besonders niedrige Fallzahl kann zur Folge haben, dass einzelne, besonders aufwändige Behandlungsfälle den Fallwert des betroffenen Arztes/Zahnarztes überproportional in die Höhe treiben. In diesem Fall wird die Überlegung anzustellen sein, entweder die Grenze zum offensichtlichen Missverhältnis individuell nach oben anzupassen oder dies im Rahmen der Kürzung auf der Rechtsfolgenseite zu berücksichtigen. Umgekehrt, eine in Relation zur Vergleichsgruppe **besonders hohe Fallzahl** kann zur Folge haben, dass kostenintensive Fälle ganz oder teilweise neutralisiert werden, indem viele sog. Verdünnerrfälle den durchschnittlichen Fallwert der Praxis nach oben limitieren und relativieren. Dies legt es nahe, dann von einem offensichtlichen Missverhältnis unter 50 % Überschreitung auszugehen.

3. Die ergänzende Anwendung einer **mathematischen Formel** stellt grundsätzlich einen tauglichen Ansatz dar, den **Strukturen großer Praxen** nachvollziehbar Rechnung zu tragen.

4. Die Abweichung von der durchschnittlichen Patientenstruktur mit **überdurchschnittlich vielen Mitgliederversicherten** erscheint eher günstig als ungünstig und stellt daher keine Praxisbesonderheit dar.

5. Ein vergleichsweise **niedriger Ansatz der Bema-Nr 01** (eingehende Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, -Mund- und Kieferkrankheiten einschließlich Beratung) spricht grundsätzlich gegen das Vorhandensein zahlreicher **Neupatienten**.

6. **Schmerzpatienten** verursachen in der Regel keine hohen Fallwerte, da diese die Praxis lediglich zu Schmerz beseitigenden Maßnahmen aufsuchen (vgl. **SG Marburg**, Urt. v. 21.11.2012 - S 12 KA 61/12 - RID 13-01-42).

7. Ein **hoher Einzel-Fallwert** stellt eine Größe dar, der für sich genommen keine Aussage zu einer wirtschaftlichen oder unwirtschaftlichen Behandlungsweise zulässt. Es müsste vielmehr anhand repräsentativer Stichproben die **konkrete Behandlungsweise** genau reflektiert werden.

8. Wenn eine exakte **Quantifizierung anerkannter Praxisbesonderheiten** nicht möglich ist und es auch für eine Schätzung keinerlei Grundlage gibt, dann ist es rechtlich nicht zu beanstanden, wenn insgesamt eine Quantifizierung unterbleibt.

Gegenstand der Klage ist die Wirtschaftlichkeitsprüfung im Quartal I/17. Geprüft wurde die Gesamtabrechnung mit der Folge, dass diese um 34 % (= 59.066,64 €) gekürzt wurde. Weitere Wirtschaftlichkeitsprüfungen der Gesamtabrechnung in den Quartalen II bis IV/17 folgten. Die Wirtschaftlichkeitsprüfungen in den Quartalen I bis III/17 waren bereits Gegenstand von Verfahren vor dem SG München unter den Az.: S 38 KA 5006/19, S 38 KA 5045/20 und S 38 KA 5046/19. Das Gericht erließ mit

Datum vom 29.09.2020 sog. Verbescheidungsurteile, die rechtskräftig wurden. Die Neubescheidung führte zu den gleichen Kürzungen. Das **SG** wies die Klage ab.

V. Zulassungsrecht

Nach BSG, Urt. v. 19.07.2023 - **B 6 KA 5/22 R** - lagen die Voraussetzungen für eine Entziehung der Zulassung zum **Zeitpunkt der Entscheidung des Bekl.** nicht vor. Dieser hat den grundsätzlichen **Vorrang der Ruhensanordnung vor einer Zulassungsentziehung im Fall der Nichtausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit** nicht hinreichend beachtet. Soweit die Ruhensanordnung zusätzlich erfordert, dass die **Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit in angemessener Frist zu erwarten** ist, bedarf es einer **Prognoseentscheidung**. Der noch zeitlich vor der streitigen Zulassungsentziehung gestellte **Sitzverlegungsantrag hätte in diese Prognoseentscheidung einbezogen werden müssen**, wie auch alle Umstände, die für oder gegen eine zeitnahe Wiederaufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit am neuen Sitz sprachen. Auch andere Zulassungsentziehungsgründe lagen nicht vor. Zutreffend haben weder der Bekl. selbst noch das LSG den Pflichtverstoß wegen der unterbliebenen Anzeige der mehrmonatigen Nichtausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit als grübliche Pflichtverletzung gewertet, die eine Entziehung der Zulassung hätte rechtfertigen können.

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

1. Zulassung

a) Auswahlentscheidung nach teilweiser Entsperrung: Keine Erledigung nach Verzicht

LSG Bayern, Urteil v. 14.09.2022 - L 12 KA 36/21

RID 23-03-31

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 11/23 R

www.juris.de

SGB V §§ 95, 103

Geht der Berufungsausschuss nach **Wechsel der Antragstellung** von der N/R GbR auf die K GmbH von einer identitätswahrenden Umwandlung außerhalb des Umwandlungsgesetzes aus und wird der K GmbH die Genehmigung zur Beschäftigung einer angestellten Ärztin erteilt, folgt der Wechsel aber nach einem **Verzicht** der N/R GbR **auf die Zulassung** und handelt es sich bei der K GmbH um eine Neugründung, dann hat der Berufungsausschuss den Sachverhalt nicht ausreichend ermittelt. Der K GmbH kann eine Genehmigung nicht erteilt werden. Die Trägerin des neu zugelassenen MVZ hat keine fristgerechte Bewerbung eingereicht und gehört damit nicht zum Kreis der Bewerber, die im Rahmen der Auswahlentscheidung zu berücksichtigen sind.

Eine **Erledigung des Widerspruchsverfahrens** tritt trotz Verzichts der ursprünglichen Antragstellerin auf die eigene Zulassung nicht ein, da nicht der im Rahmen einer Auswahlentscheidung ausgewählte und zur Anstellung vorgesehene Bewerber im weiteren Verfahren auf seine Zulassung bzw. die ihm erteilte Anstellungsgenehmigung verzichtet. Lagen insgesamt nur zwei Bewerbungen vor, verbleibt es bei dem zunächst unterlegenen Bewerber als einzigem übrigen Bewerber. Die Zulassungsgremien haben ausschließlich die zulassungsrechtlichen Voraussetzungen für die Zulassung des übriggebliebenen Bewerbers zu prüfen.

Nach Entsperrung des Planungsbereichs für einen hälftigen Vertragsarztsitz für Augenärzte erteilte der Zulassungsausschuss (ZA) mit Beschl. v. 12.12.2018 der N/R GbR die Genehmigung zur Beschäftigung der Beigel. zu 9 mit einem Tätigkeitsumfang von 20 Wochenstunden im MVZ in S. Den Antrag des Kl. auf Teilzulassung zur vertragsärztlichen Tätigkeit in S in Praxisgemeinschaft mit H lehnte er ab. Der Kl. war nach Zulassungsverzicht von G als angestellter Arzt am Vertragsarztsitz I mit einem Tätigkeitsumfang von 42 Wochenstunden beschäftigt worden. In seinem Antrag auf Teilzulassung hatte der Kl. erklärt, die Tätigkeit im Rahmen der Anstellungsgenehmigung auf 10 Stunden reduzieren zu wollen. Bereits am 10.12.2018 hatten die Gesellschafter der N/R GbR, N und R, ihre jeweiligen Gesellschaftsanteile mit Wirkung zum 01.04.2019 in die K GmbH eingebracht. Bereits am 12.12.2018 hatte die N/R GbR Antrag auf Umwandlung der genehmigten Anstellung in eine Teilzulassung der Beigel. zu 9 gestellt. Dem kam der ZA mit Beschl. v. 13.02.2019 nach. Hiergegen legte der Kl. Widerspruch ein, über den noch nicht entschieden worden ist. Mit weiterem Beschl. v. 13.02.2019 stellte der ZA fest, dass die Zulassung des MVZ am Vertragsarztsitz S in Trägerschaft der N/R GbR mit Wirkung zum 31.03.2019 ende. Ferner ließ er das MVZ am Vertragsarztsitz S in Trägerschaft der K GmbH mit Sitz in K ab 01.04.2019 zur vertragsärztlichen Versorgung zu, was mittlerweile bestandskräftig ist. Es wies N und R als Gründer auf. Mit weiterem Bescheid v. 13.02.2019 erteilte der ZA der K GmbH die Genehmigung zur Beschäftigung der Beigel. zu 9 als angestellte Ärztin im MVZ in S mit einem Tätigkeitsumfang von 20 Wochenstunden. Die Beigel., die bereits als Fachärztin für Augenheilkunde im Planungsbereich zugelassen sei, habe auf diese Zulassung nach § 103 Abs. 4a S. 1 SGB V verzichtet, um in dem MVZ tätig zu werden. Den Widerspruch des Kl. gegen den Beschl. des ZA vom 12.12.2018 wies der Bekl. mit Beschl. v. 04.07.2019 (Bescheid: 17.09.2019) zurück. *SG München*, Urt. v. 10.08.2021 - S 43 KA 379/19 - verurteilte den Bekl., über den Widerspruch des Kl. erneut unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts zu entscheiden. Das *LSG* wies die Berufungen des Bekl. und der Beigel. zu 8 mit der Maßgabe zurück, dass der Bekl. verpflichtet wird, gem. der Rechtsauffassung des Senats neu zu entscheiden, sowie mit der Maßgabe, dass die Klage im Übrigen abgewiesen wird.

b) Konkurrentenklage: Öffentliches Interesse an sofortiger Vollziehung und Versorgungsgrad

SG München, Beschluss v. 16.05.2023 - S 20 KA 253/23 ER
SGB V §§ 95, 103

RID 23-03-32

Die positive Berücksichtigung einer **Schwerpunktfortbildung** für Hämatologie und Onkologie für Kinder kann nicht mit dem Argument, im Lebenslauf bilde sich ab Mitte 2017 eine im Schwerpunktbereich erfolgende Tätigkeit nicht mehr ab, unterbleiben, wenn die Ärztin nach Geburt von offenbar Zwillingen im Sommer 2018 und Umzug sich beruflich in dieser Zeit zurückgenommen hat.

Bei einem Vergleich der **Dauer der Tätigkeiten** in niedergelassener Praxis ist ggf. nach Vollzeit- und Teilzeittätigkeit zu unterscheiden. Bei Tätigkeiten von mehr als ca. 5 Jahren lässt sich kein zusätzlicher Vorzug mehr begründen (BSG v. 20.03.2013 - B 6 KA 19/12 R - SozR 4-2500 § 103 Nr. 12 Rn. 48).

Spezialisierungen im Bereich Neonatologie, Kinder-Kardiologie und Kinder-Nephrologie sind ebs. wie eine **Schwerpunktfortbildung** für Hämatologie und Onkologie für Kinder, die bisher im Planungsbereich nicht vertreten ist, zu würdigen.

Ein überwiegendes **öffentliches Interesse** am Sofortvollzug des Beschlusses wegen der kinderärztlichen Versorgungssituation im Planungsbereich liegt nicht vor, wenn auch bei Nichtbesetzung eines hälftigen Versorgungsauftrags noch ein **Versorgungsgrad** von über 100 % bestehen bleibt, da die Sollzahl von 10,68 immer noch erfüllt wird. Alleine die Entsperrung eines Planungsbereichs begründet kein öffentliches Interesse an der Sicherstellung der Versorgung (LSG Bayern, Beschl. v. 28.01.2015 - L 12 KA 135/14 B ER - RID 15-02-53). Im Bereich der Kinderheilkunde kann ggf. schon bei einem Versorgungsgrad etwas unter 100 % ein besonderes öffentliches Interesse unter Berücksichtigung aller weiteren Umstände des Einzelfalls bejaht werden (vgl. LSG Bayern, Beschl. v. 10.02.2022 - L 12 KA 34/21 B ER - RID 22-02-26).

Die Ast. besitzt seit 2013 die Anerkennung als Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin. Ab Okt. 2020 hat sie einen halben Versorgungsauftrag, den sie mit Frau Dr. G in einer BAG ausübt. Nach partieller Entsperrung des Planungsbereichs für die Arztgruppe der Kinder- und Jugendärzte für 0,5 Sitze im September 2021 gab der Zulassungsausschuss dem Antrag der Ast. auf Aufstockung ihrer Zulassung auf eine ganze Zulassung statt. Nach erfolglosem Widerspruch erhob die Beigel. zu 1) im Januar 2023 Klage (Az.: S 20 KA 9/23). Das **SG** lehnte den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab.

2. Psychotherapeutische Ausbildungsstätte: Ermächtigung einer Institutsambulanz

SG Magdeburg, Urteil v. 18.01.2023 - S 1 KA 244/21

RID 23-03-33

Sprungrevision anhängig: B 6 KA 3/23 R

www.juris.de

SGB V § 117 III, IIIa; GG Art. 12

Im Fall der Entscheidung über eine Ermächtigung ist die **Durchführung einer mündlichen Verhandlung** fakultativ (§ 37 Abs. 1 S. 2 Ärzte-ZV), auch wenn die Angelegenheit für den Ast. wirtschaftlich bedeutsam ist. Es lag nahe, aufgrund der Pandemie jedenfalls in den Fällen keine mündliche Verhandlung anzuberaumen, in denen sie rechtlich nicht geboten war, selbst wenn bis dahin die Verwaltungspraxis darin bestanden hat, eine mündliche Verhandlung auch dann durchzuführen, wenn die Angelegenheit eine Ermächtigung zum Gegenstand hat.

Nach dem 26.09.2019 anerkannte Ausbildungsstätten für Psychologische Psychotherapeuten und für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bedürfen zur ambulanten psychotherapeutischen Behandlung der Versicherten einer **Ermächtigung durch den Zulassungsausschuss**. Dies setzt ihre **Notwendigkeit zur Sicherstellung** einer ausreichenden Versorgung der Versicherten, insb. in neuen vom GBA nach § 92 Abs. 6a SGB V anerkannten Psychotherapieverfahren voraus (§ 117 Abs. 3a S. 2 Nr. 1 SGB V). Für die Prüfung dieser Frage kann kein anderer als der in der BedarfspLRL beschriebene Maßstab gelten, wonach gem. § 25 BedarfspLRL der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen die Feststellungen zum regionalen Versorgungsgrad in der psychotherapeutischen Versorgung einschließlich der Quoten für bestimmte Behandler trifft und die Anzahl der nicht ausgeschöpften Versorgungsanteile beziffert. **Gesichtspunkte der Ausbildung** sind nicht zugunsten der Bedarfsprüfung zu berücksichtigen. Evtl. **wettbewerbliche Nachteile** gegenüber vor dem Stichtag anerkannten Ausbildungsstätten sind hinzunehmen. Erklärtes Ziel des Gesetzgebers war es, mit den strukturellen Neuregelungen den Zugang von neu gegründeten Ambulanzen der Ausbildungsinstitute zur vertragspsychotherapeutischen Versorgung bei etablierten Psychotherapieverfahren zu beschränken und bereits bestehenden (alten) Ambulanzen Härten im Wege des Bestandsschutzes zu ersparen.

Die in den BedarfspLRL enthaltenen Regelungen zur Ermittlung eines lokalen oder qualitativen **Sonderbedarfs** sind bei der Prüfung des im Rahmen des § 117 Abs. 3a S. 2 Nr. 1 SGB V maßgeblichen Bedarfs nicht heranzuziehen. Nur die in der Vorschrift selbst aufgenommene spezielle Erwägung **neuer Psychotherapieverfahren** ist zu berücksichtigen.

Nimmt eine Kl. im Zusammenhang mit der Frage der Notwendigkeit einer mündlichen Verhandlung vor dem Berufungsausschuss eine überragende wirtschaftliche Bedeutung an und setzt ihr Begehren mit der Zulassung eines Psychologischen Psychotherapeuten gleich, so ist der **Streitwert** in Orientierung an Teil B. VI Nr. 6.5 des Streitwertkataloges für die Sozialgerichtsbarkeit (5. Aufl., März 2017) auf den geschätzten Jahresgewinn festzusetzen, hier aufgrund des Antrags auf unbefristete Ermächtigung nicht für zwei, sondern für drei Jahre (hier: 229.186,80 €).

Die Kl. begehrt als Ausbildungsstätte für Psychologische Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten die Erteilung einer Ermächtigung ihrer Institutsambulanz zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung. Das **SG** wies die Klage ab.

3. Tätigkeitsort der ärztlichen Leitung eines MVZ: Nebenbetriebsstätte

SG Marburg, Urteil v. 03.05.2023 - S 17 KA 642/22

RID 23-03-34

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 95 I 3

Leitsatz: 1. Der **Tätigkeitsort einer ärztlichen Leitung** eines MVZ kann auch eine **Nebenbetriebsstätte des MVZ** sein, sofern der Gesamtverantwortung im Einzelfall dadurch hinreichend Rechnung getragen wird.

2. Dies ist regelmäßig der Fall, wenn zwischen Nebenbetriebs- und Hauptbetriebsstätte eine **Distanz** liegt, die in **weniger als 30 Minuten** zu überbrücken ist.

Die Beigel. zu 7) nimmt in Form eines MVZ an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Sie unterhält außer der Hauptbetriebsstätte A-Stadt je eine Nebenbetriebsstätten in A-Stadt und in D-Stadt. Der bekl. Berufungsausschuss genehmigte auf Widerspruch der Beigel. zu 7) die Benennung des ärztlichen Leiters, der in einer Nebenbetriebsstätte tätig ist. Das **SG** wies die Klage der KV ab.

4. Zulassungsentziehung: Anordnung einer sofortigen Vollziehung

SG München, Beschluss v. 14.04.2023 - S 28 KA 242/23 ER

RID 23-03-35

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 95 VI; SGG § 86a II Nr. 5

Richtiger Antragsgegner ist grundsätzlich die Stelle, die im Hauptsacheverfahren Klagegegner ist. In ärztlichen Statussachen kann jedoch ausnahmsweise der Zulassungsausschuss Antragsgegner sein, wenn sich der Antragsteller gegen die von diesem erlassene Anordnung des Sofortvollzugs wendet und der Berufungsausschuss mit der Sache noch nicht befasst war. Von daher können sowohl Zulassungs- als auch Berufungsausschuss passivlegitimiert sein.

Für die **Begründung der Anordnung einer sofortigen Vollziehung** genügt es nicht, nur im Wege des „copy and paste“ die Begründung einer anderen Behörde anzuführen, noch dazu ohne Hinweis, sich deren Ausführungen zu eigen zu machen.

Bei einem noch **offenen Ausgang des Widerspruchsverfahrens** hat das Gericht die **Interessenabwägung** der Verwaltung nachzuvollziehen. Grundsätzlich genügen wirtschaftliche Verfehlungen wie insb. ein Abrechnungsbetrug nicht für die Anordnung eines Sofortvollzugs der Zulassungsentziehung. Dies ist jedenfalls dann anzunehmen, wenn - wie hier - (noch) kein eindeutig ermittelter Sachverhalt vorliegt. Zu berücksichtigen ist ferner die Wahrscheinlichkeit, ob es zu erneuten Fehlrechnungen kommen kann. Das Argument, die vorgeworfenen Abrechnungsverstöße seien schwer mit den üblichen Prüfmöglichkeiten kontrollierbar bzw. aufzudecken, kann im Lichte des Art. 12 Abs. 1 GG nicht die Anordnung des Sofortvollzugs begründen.

Die Ast. (geb. 1959) wurde 1998 als Gynäkologin zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Sie verfügt u.a. über die Genehmigung zur psychosomatischen Grundversorgung. Die Beigel. zu 1 leitete ab 2017 für die Quartale III/13 bis I/18 eine **Plausibilitätsprüfung** wegen eines auffällig hohen Anteils an gemeinsamen Patienten der Ast. und des Vertragsarztes und Psychiaters M2 ein. Sie erließ für die **Quartale III/14 bis I/18** verschiedene **Honoraraufhebungsbescheide**, gegen die die Ast. jeweils Widerspruch erhob, und beantragte im Juni 2019 die Einleitung eines Disziplinarverfahrens gegen die Ast. und M2. Im Februar 2021 erhob die **Generalstaatsanwaltschaft Anklage** gegen die Ast. sowie M2 jeweils wegen Betrugs in 19 tatmehrheitlichen Fällen. Die beiden Ärzte selbst oder ihre Angestellten auf Weisung hätten spätestens ab dem Quartal III/13 Patientendaten, welche bei tatsächlichen Arztbesuchen in einer der Arztpraxen aufgenommen worden seien, an die jeweils andere Arztpraxis übermittelt, wo diese Daten dann zur Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen gegenüber der Beigel. zu 1 verwendet worden seien, ohne dass die abgerechneten Leistungen erbracht worden seien. Die Übermittlung sei insb. dergestalt erfolgt, dass Patientendaten nicht nur in das eigene Abrechnungssystem, sondern über tragbare Einlesegeräte auch in dasjenige der anderen Arztpraxis eingelesen worden seien. Neben diesen Patientendaten hätten die Ärzte auch Patientendaten von Patienten, welche in keiner der beiden Arztpraxen zu Behandlung gewesen seien, verwendet. Hierbei habe es sich um Patienten gehandelt, welche vormals in der Arztpraxis L behandelt worden seien. Der Beigel. zu 1 sei durch die Abrechnungen der Ast., die bislang keine Angaben zur Sache gemacht habe, ein Mindestschaden von insgesamt 13.793,46 € entstanden. Beim **AG** ist das Hauptverfahren im Februar 2023 eröffnet worden und soll die mündliche Verhandlung im Oktober 2023 stattfinden. Die Beigel. zu 1 erließ ab August 2021 **Honoraraufhebungs- und Neufestsetzungsbescheide** für die **Quartale I/19 bis IV/20** hinsichtlich der Leistungen nach den GOPs 01901, 01906 und 01911 EBM wegen fehlerhafter Abrechnungen in Zusammenhang mit der Durchführung von

Schwangerschaftsabbrüchen. Diese Bescheide sind bestandskräftig. Für das **Quartal I/21** schlossen die Beigel. zu 1. und die Ast. hinsichtlich derselben Abrechnungsthematik eine **Rückzahlungsvereinbarung**. Seit dem Quartal II/21 hat die Ast. keine Schwangerschaftsabbrüche mehr durchgeführt. M2 verzichtete zum 30.06.2022 auf seine kassenärztliche Zulassung und ist seit dem 01.07.2022 in der Schweiz tätig. Im Oktober 2022 nahm die Beigel. zu 1. die Honorarbescheide für die **Quartale III/13 bis II/14** zurück, soweit sie den Honoraranspruch für Regional- und Ersatzkassen betrafen. Zugleich setzte sie das Honorar für die Quartale III/13 bis I/18 neu fest. Danach hatte die Ast. die Differenz zwischen der in den aufgehobenen Honorarbescheiden ausgewiesenen Zahlung und dem neu festgesetzten Honorar in Höhe von 387.497,39 € zu erstatten. Das Widerspruchsverfahren hiergegen ist noch anhängig. Der **Zulassungsausschuss** (Ag. zu 1.) entzog mit Beschl. v. 13.02.2023 (Bescheid v. 29.03.2023) vollständig die Zulassung der Ast. wegen gröblicher Verletzung vertragsärztlicher Pflichten und ordnete die sofortige Vollziehung an. Hiergegen legte die Ast. **Widerspruch** ein. Das **SG** ordnete die aufschiebende Wirkung des Widerspruchs der Ast. gegen den Beschluss des Ag. zu 1 an.

5. Widerspruch erst ab Bekanntgabe des Verwaltungsakts zulässig

LSG Bayern, Urteil v. 17.05.2023 - L 12 KA 12/23
SGB V § 97 III; SGG § 84 I; Ärzte-ZV § 44 S. 1

RID 23-03-36

Ein **Widerspruch** ist grundsätzlich erst ab **Bekanntgabe des Verwaltungsaktes** zulässig und wird auch nicht dann zulässig, wenn der Verwaltungsakt später ergeht. In diesen Fällen ist vielmehr erneut Widerspruch einzulegen.

Der Zulassungsausschuss (ZA) ließ mit Beschl. v. 15.03.2021 den Beigel. zu 1, Facharzt für Urologie, zur Fortführung der Praxis des Beigel. zu 2 zu. Die an diesem Vertragsarztsitz bereits bestehende Zulassung mit hälftigem Versorgungsauftrag werde damit zu einer Zulassung mit vollem Versorgungsauftrag. Ferner gab er dem Antrag des Beigel. zu 1 auf Genehmigung zur Beschäftigung des Beigel. zu 2 als angestellter Arzt im Rahmen einer Praxisübernahme (Praxisabgeber: Beigel. zu 2) mit 20 Wochenstunden statt. Den Antrag des Kl. auf Zulassung lehnte er ab. Zugleich wurde die sofortige Vollziehung der Entscheidung angeordnet. Mit Telefax vom 28.03.2021, eingegangen beim ZA am gleichen Tag, erhob der Kläger „vorsorglich Widerspruch gegen einen möglicherweise ergangenen Bescheid“. Er habe nach der Sitzung des ZA am 15.03.2021 noch keinen Bescheid erhalten. Der ZA leitete das Telefax am 29.03.2021 an den Bekl. weiter, das Original des Widerspruchs v. 28.03.2021 ging am 30.03.2021 zunächst beim ZA ein, der es am selben Tag an den Bekl. weiterleitete. Die Geschäftsstelle des Bekl. bestätigte dem Kl. mit Schreiben vom 29.03.2021 den Eingang des Widerspruchs und bat zugleich um Überweisung der Widerspruchsgebühr i.H.v. 200 €. Der Beschl. des ZA aus der Sitzung v. 15.03.2021 wurde am 29.03.2021 als Bescheid ausgefertigt und dem Kl. am 30.03.2021 zugestellt. Der Bescheid enthielt eine Rechtsmittelbelehrung, die auf die Möglichkeit der Einlegung eines Widerspruchs binnen einem Monat nach Bekanntgabe des Bescheides hinwies. Die Beigel. zu 1 und 2 nahmen zum 01.04.2021 ihre vertragsärztliche Tätigkeit auf. Der Bekl. verwarf den Widerspruch des Kl. als unzulässig. **SG München**, Urt. v. 14.11.2022 - S 28 KA 306/21 - RID 23-01-33 wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

VI. Angelegenheiten der KBV und des GKV-Spitzenverbands

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

1. Schiedsspruch zur Differenzbetragsregelung

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 26.04.2023 - L 7 KA 19/22 KL

RID 23-03-37

Revision anhängig: B 6 KA 10/23 R

www.juris.de

SGB V §§ 12 I, 89 II, 106 III, 106b

Die **Differenzbetragsregelung** des § 106b Abs. 2a SGB V findet im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung lediglich auf Nachforderungen wegen unwirtschaftlicher Verordnungen im engeren Sinne Anwendung und erfasst sämtliche Formen der **unzulässigen Verordnung** nicht.

Die Kl. (KBV) und der Beigel. (GKV-Spitzenverband) sind die Vertragsparteien der nach § 106b Abs. 2 SGB V geforderten Rahmenvorgaben für die Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen, welche wiederum die Grundlage für die Vereinbarungen gemäß § 106b Abs. 1 SGB V zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen sowie den KVen (Prüfvereinbarungen) bilden. Die Kl. wandte sich gegen einen Schiedsspruch des Bekl. im Hinblick auf den Anwendungsbereich der Differenzkostenberechnung im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106b Abs. 2a SGB V. Im Schiedsspruch wird § 3a Abs. 1 S. 3 der Rahmenvorgaben wie folgt gefasst: „Die Berücksichtigung einer Kostendifferenz ist vorzunehmen, wenn die in Rede stehende Verordnung unwirtschaftlich ist und nicht bereits von vornherein unzulässig und somit von der Leistungspflicht der GKV ausgeschlossen ist.“ Das **LSG** wies die Klage ab.

Aus den Gründen:

59 (...) Die zwischen den Beteiligten streitige Frage, ob die vom Gesetzgeber in Satz 1 der Vorschrift statuierte Anwendung der Differenzkostenberechnung auf die unwirtschaftliche Verordnung im engeren Sinne begrenzt ist oder aber auch auf die unzulässige Verordnung (unwirtschaftliche Verordnung im weiteren Sinne) anzuwenden ist, eröffnet zudem auch selbst – wie die Rechtsansichten der Beteiligten im Verfahren zeigen – keinen Spielraum für eine differenzierende Betrachtung. Die rechtliche Prüfung des Senates ist daher entgegen der Rechtsansicht des Beigeladenen nicht darauf beschränkt, ob der Beklagte im Rahmen der von ihm vorgenommenen Auslegung zu einer im Ergebnis vertretbaren Auffassung gelangt ist. Vielmehr ist authentisch zu entscheiden, ob die von der Klägerin auf der einen oder die vom Beklagten und vom Beigeladenen auf der anderen Seite vertretene Rechtsauffassung zu Inhalt und Reichweite von § 106b Abs. 2a SGB V zutreffend ist.

60 b) In diesem Sinne hat der Beklagte die Regelung des § 106b Abs. 2a Satz 1 SGB V im angegriffenen Schiedsspruch vom 10. Mai 2022 rechtlich beanstandungsfrei und überzeugend dahingehend ausgelegt, dass die statuierte Differenzkostenberechnung im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung lediglich auf Nachforderungen wegen unwirtschaftlicher Verordnungen im engeren Sinne anzuwenden ist und sämtliche Formen der unzulässigen Verordnung nicht erfasst.

61 Zu dieser Überzeugung gelangt der Senat unter Berücksichtigung des Umstandes, dass die Analyse des Wortlautes der Norm, der Binnensystematik des § 106b Abs. 2a SGB V, der Entstehungsgeschichte der Regelung sowie von Sinn und Zweck der Norm für die zu beurteilende Frage unergiebig sind, wohingegen die **Einbettung der Norm in die Systematik des SGB V**, der daraus folgende Sinn und Zweck der Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen sowie die hierauf aufbauende ständige Rechtsprechung des Bundessozialgerichts deutlich für das gefundene Auslegungsergebnis des Beklagten streiten und damit den Ausschlag geben. (...)

70 (iv) Angesichts dieser Unklarheiten erachtet der Senat die Einbettung der Regelung in das Gesamtgefüge des Rechts der GKV und in das bestehende System der Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen als maßgeblich. (...)

79 (...) Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass nach der jahrzehntelangen Rechtsprechung des Vertragsarztsenats des Bundessozialgerichts (und daran anschließend der Instanzgerichte) eine Vorteilsausgleichung im System der Wirtschaftlichkeitsprüfung ausgeschlossen war, um jeden Anreiz unwirtschaftlicher Verordnungsweise zu vermeiden.

80 Dieses ineinandergreifende Regelungsgefüge des SGB V hat der Gesetzgeber mit der Einfügung des § 106b Abs. 2a SGB V zur Überzeugung des Senats nicht in dem weitgehenden Umfang geändert, wie die Klägerin es annimmt. Es **ist nicht ersichtlich**, dass der **Gesetzgeber** mit der Regelung des § 106b Abs. 2a SGB V eine (bereichsspezifische) Einschränkung der Geltung des Wirtschaftlichkeitsgebotes des § 12 Abs. 1 SGB V im Verhältnis Leistungserbringer – Krankenkasse und daraus folgend eine **grundlegende Änderung im System des Verordnungsregresses beabsichtigt** hat. Hiergegen sprechen die Unergiebigkeit der Gesetzesbegründung und die Entstehungsgeschichte der Norm. Es darf erwartet werden, dass der Gesetzgeber eine (wie von der Klägerseite unterstellte) gravierende Änderung grundlegender Strukturen im Recht der Wirtschaftlichkeitsprüfung transparent macht, indem er diese in der Gesetzesbegründung zum Einen als solche deutlich hervor hebt und zum anderen darlegt, warum die Notwendigkeit einer Abkehr von der jahrzehntelangen Rechtsprechung und Praxis geboten erschien. Dies ist hier nicht erfolgt. (...)

VII. Verfahrensrecht

1. BVerwG: Rechtswegzuständigkeit/Coronavirus-Testverordnung

BVerwG, Beschluss v. 24.04.2023 - 3 AV 1/23

RID 23-03-38

www.juris.de

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

Ein **Verweisungsbeschluss eines Sozialgerichts** ist gem. § 17a Abs. 2 S. 3 GVG hinsichtlich des Rechtsweges **bindend**. Die Bindungswirkung tritt auch bei einem fehlerhaften Verweisungsbeschluss ein, etwa wenn der Rechtsweg zu dem verweisenden Gericht entgegen dessen Rechtsauffassung gegeben war. Mit Rücksicht auf die in § 17a GVG eröffnete Möglichkeit, einen Verweisungsbeschluss in dem in § 17a Abs. 4 S. 3 bis 6 GVG vorgesehenen Instanzenzug überprüfen zu lassen, kann die gesetzliche Bindungswirkung eines unanfechtbaren Verweisungsbeschlusses allenfalls bei extremen Rechtsverstößen durchbrochen werden. Ein solcher Fall ist gegeben, wenn sich die Verweisung bei der Auslegung und Anwendung der Zuständigkeitsnormen so weit von dem verfassungsrechtlichen Grundsatz des gesetzlichen Richters (Art. 101 Abs. 1 S. 2 GG) entfernt hat, dass sie nicht mehr zu rechtfertigen ist. Hiervon kann nur ausgegangen werden, wenn die Entscheidung bei verständiger Würdigung der das Grundgesetz beherrschenden Gedanken nicht mehr verständlich erscheint und **offensichtlich unhaltbar** ist (st. Rspr., vgl. BVerwG, Beschl. v. 23.04.2021 - 8 AV 1.21 - juris Rn. 7; BVerwG, Beschl. v. 29.12.2021 - 3 AV 1.21 - NVwZ 2022, 421 Rn. 11, jeweils m.w.N.). Das ist hier nicht der Fall.

Es kann offen bleiben, ob für Streitigkeiten zwischen einem Erbringer von Testleistungen und der KV über die Abrechnung der Leistungen auf der Grundlage der Coronavirus-Testverordnung gemäß § 40 Abs. 1 VwGO der Rechtsweg zu den Verwaltungsgerichten oder gemäß § 51 Abs. 1 Nr. 2 oder 5 SGG der Rechtsweg zu den Sozialgerichten zulässig ist. Beim BSG ist eine weitere Beschwerde nach § 17a Abs. 4 S. 4 bis 6 GKG gegen die Unzulässigerklärung des Rechtsweges zu den Sozialgerichten für einen Rechtsstreit betreffend die Abrechnung von Leistungen nach der Coronavirus-Testverordnung anhängig (B 6 SF 1/23 R). Eindeutig ist die Zuordnung ebenso wenig wie bei der Heranziehung von Nichtvertragsärzten zu Beiträgen zur Finanzierung des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes einer KV (vgl. BSG, Beschl. v. 05.05.2021 - B 6 SF 1/20 R - RID 21-03-48; BVerwG, Beschl. v. 06.07.2022 - 3 B 31/21 - RID 22-04-156).

VG Berlin, Beschl. v. 13.02.2023 - 14 L 23/23 - RID 23-02-31 rief das BVerwG zur Bestimmung des zuständigen Gerichts an. Das **BVerwG** bestimmte als zuständiges Gericht das VG Berlin.

Siehe auch BSG, Beschl. v. 19.06.2023 - B 6 SF 1/23 R - RID 23-03-43.

2. Keine Streitwertbeschwerde durch Kostenpflichtigen

LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 08.06.2023 - L 7 KA 9/23 B

RID 23-03-39

www.sozialgerichtsbarkeit.de

GKG §§ 63 III 2, 68

Leitsatz: Dem **Kostenpflichtigen** fehlt für eine **Streitwertbeschwerde** mit dem Ziel einer Streitwerterhöhung grundsätzlich die erforderliche **Beschwer**.

SG Potsdam, Beschl. v. 03.08.2022 - S 1 KA 63/20 - setzte den Streitwert fest, das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

VIII. Bundessozialgericht (BSG)

1. Abschlagszahlungen: MVZ und selbstschuldnerische Bankbürgschaft

BSG, Urteil v. 07.09.2022 - B 6 KA 10/21 R

RID 23-03-40

SozR 4-2500 § 87b Nr. 29 = ZMGR 2023, 17

Leitsatz: Abschlagszahlungen auf das vertragsärztliche Honorar dürfen nicht allein bei **Medizinischen Versorgungszentren**, die in der Organisationsform einer juristischen Person des Privatrechts betrieben werden und deren Gesellschafter nicht ausschließlich natürliche Personen sind, von der Vorlage einer **Bankbürgschaft** abhängig gemacht werden.

2. Richtigstellung: Vertrauensschutz nach sog. maschineller Prüfung/Keine Abrechnungskorrektur

BSG, Beschluss v. 19.07.2023 - B 6 KA 33/22 B

RID 23-03-41

www.juris.de

SGB V § 106d

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Bayern*, Urt. v. 13.07.2022 - L 12 KA 57/20 - wird zurückgewiesen.

Vertrauensschutz gegen eine Richtigstellung entsteht nicht bereits dadurch, dass fehlerhafte Ansätze bereits bei einer **sog. maschinellen Prüfung** auffallen, insb. dass Leistungen nach GOP 01436 EBM in Konstellationen auffallen, in denen die Unrichtigkeit besonders offensichtlich ist (u.a. Abrechnung im Notdienst). Die Absetzung nach der sog. maschinellen Prüfung ist nicht geeignet, Vertrauen dahin zu begründen, dass der Ansatz der GOP **in allen anderen Konstellationen** nicht zu beanstanden wäre. Die Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit bezieht sich nach § 106a Abs. 2 S. 1 SGB V a.F. auf die „Abrechnungen der Vertragsärzte“ und damit auf die Angaben der Vertragsärzte in ihrer Abrechnungssammelerklärung zu den erbrachten Leistungen. Dementsprechend ist es jedenfalls im Grundsatz **nicht Aufgabe der KV**, die Abrechnung im Zusammenhang mit einer sachlich-rechnerischen Richtigstellung darauf zu prüfen, ob der Arzt anstelle einer unrichtig abgerechneten Leistung **möglicherweise eine andere nicht abgerechnete Leistung tatsächlich erbracht hat**.

Eine **Korrektur** mit dem Ziel, den Arzt so zu stellen, als wenn er **von vornherein richtig abgerechnet** hätte, hat der Senat in st. Rspr. jedenfalls für die Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 SGB V abgelehnt. Diese Rspr. hat der Gesetzgeber aufgegriffen und mit dem GMG m.W.v. 01.01.2004 sowohl für die Wirtschaftlichkeitsprüfung (§ 106 Abs. 2 S. 5 SGB V a.F.) als auch für die sachlich-rechnerische Richtigstellung (§ 106a Abs. 2 S. 5 SGB V a.F.; heute: § 106d Abs. 2 S. 6 SGB V) geregelt, dass von dem „durch den Vertragsarzt angeforderten Punktzahlvolumen unabhängig von honorarwirksamen Begrenzungsregelungen auszugehen“ ist. Der Arzt wird damit an seiner Honoraranforderung festgehalten. Dies erscheint auch deshalb jedenfalls für den Regelfall folgerichtig, weil der Vertragsarzt mit der sog. Abrechnungs-Sammelerklärung, die er seiner Honoraranforderung beifügt, die von ihm eingereichte Honoraranforderung ausdrücklich für zutreffend erklärt.

Da die **KV** bei der Bemessung des Richtigstellungsbetrags an das ursprünglich angeforderte Punktzahlvolumen anzuknüpfen hat, kann sie im Regelfall auch **nicht verpflichtet** sein, der Frage nachzugehen, ob der Arzt anstelle der zu Unrecht abgerechneten Leistungen möglicherweise andere **Leistungen erbracht haben könnte**, die er nicht zur Abrechnung gebracht hat.

Zwischen den Beteiligten war die Rechtmäßigkeit der nachträglichen sachlich-rechnerischen Richtigstellung der GOP 01436 EBM - Konsultationspauschale - in den Quartalen I/11 bis II/15 streitig. Der Kl. ist seit dem Juli 2000 als Internist und Pneumologe in Einzelpraxis vertragsärztlich zugelassen. Die Bkl. setzte die GOP 01436 EBM in solchen Behandlungsfällen ab, in denen diese Leistung abgerechnet worden war, obwohl die Diagnostik und/oder Behandlung nicht im Rahmen der in der Leistungslegende vorausgesetzten Überweisung (u.a. Überweisung zur Durchführung von Auftragsleistungen) erfolgte. Soweit der Kl. die GOP 01436 EBM auf den Scheinuntergruppen 41 und 42 (Notfalldienst und Vertretung) in Ansatz gebracht hatte, war dies bereits aufgrund des Ergebnisses einer maschinellen Prüfung im Honorarbescheid korrigiert worden. Widerspruch, **Klage** und **Berufung** des Kl. sind ohne Erfolg geblieben.

3. Defensiv Konkurrenzklage: Keine Anfechtungsberechtigung nach partieller Öffnung

BSG, Beschluss v. 23.03.2023 - B 6 KA 29/22 B

RID 23-03-42

www.juris.de = ZMGR 2023, 145

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Schleswig-Holstein*, Urt. v. 29.03.2022 - L 4 KA 24/18 - RID 22-04-29 wird zurückgewiesen.

Der Senat hat bereits entschieden, dass eine **Kontrolle der Beschlüsse des Landesausschusses** nur inzident im Rahmen der gerichtlichen Überprüfung der Bescheide der Zulassungsgremien erfolgt. Es ist nichts dafür ersichtlich, dass dies im Rahmen einer defensiven Konkurrenzklage - vorausgesetzt, es liegt eine Anfechtungsberechtigung vor - anders sein sollte.

Ein niedergelassener Vertragsarzt hat **keine Anfechtungsberechtigung** für eine **defensive Konkurrenzklage** gegen die Zulassung eines weiteren Vertragsarztes auch nicht **nach partieller Öffnung des Planungsbereichs**. Die - für die Zulassungsgremien verbindliche - partielle Öffnung eines Planungsbereichs setzt lediglich voraus, dass dort der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad nicht mehr um 10 v.H. überschritten ist (§ 101 Abs. 1 S. 3 SGB V). Ob hierdurch tatsächlich eine Versorgungslücke entsteht, etwa weil die bereits zugelassenen Vertragsärzte keine freien Kapazitäten haben, um die Versorgung weiterer Versicherter sicherzustellen, ist ohne Belang. Es kommt für die Zulassung eines weiteren Vertragsarztes nach Wegfall der Überversorgung auf eine **konkrete Bedarfslage nicht an**. Auch hängt die Zulassung des neuen Bewerbers nicht von der Auslastung der bestehenden Vertragsarztpraxen oder deren Abstand zur geplanten neuen Praxis ab. Letztlich realisiert sich bei der teilweisen Entsperrung des Planungsbereichs lediglich ein dem **Vertragsarztsystem immanentes Wettbewerbsrisiko**, das der bereits niedergelassene Vertragsarzt hinzunehmen hat (zu diesem Aspekt vgl. auch BVerfG, 1. Sen., 2. Ka., Beschl. v. 17.08.2004 - 1 BvR 378/00 - RID 04-04-48, juris Rn. 19 zu Einschränkungen der Erwerbsmöglichkeiten „über das dem Vertragsarztrecht immanente Maß hinaus“ bzw. Rn. 23 zur Bedarfsplanung, die den einzelnen Vertragsarzt begünstige, der „innerhalb des geschlossenen Systems der vertragsärztlichen Versorgung nur einer für ihn noch tragbaren Konkurrenz ausgesetzt ist“; vgl. auch BVerfG, 1. Sen. 2. Ka., Beschl. v. 23.04.2009 - 1 BvR 3405/08 - RID 09-03-268, juris Rn. 9 u. 10, der ein „dem jeweiligen Markt bereits immanentes Wettbewerbsrisiko“ bzw. eine Verschärfung des „systemimmanenten“ Wettbewerbsdrucks anspricht).

4. Verwaltungsrechtsweg für Streitigkeiten über die Abrechnung von Leistungen nach § 7 TestV

BSG, Beschluss v. 19.06.2023 - B 6 SF 1/23 R

RID 23-03-43

www.juris.de = SozR = ZMGR 2023, 205 = WzS 2023, 233

Für **Streitigkeiten über die Abrechnung von Leistungen nach § 7 TestV** ist der **Rechtsweg zu den Verwaltungsgerichten** eröffnet. Der Rechtsstreit ist auch nicht i.S. des § 40 Abs. 1 S. 1 Hs. 2 VwGO durch Bundesgesetz einem anderen Gericht ausdrücklich zugewiesen. Insb. besteht **keine Sonderzuweisung** gem. § 51 SGG zu den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit, da die Voraussetzungen hierfür nach § 51 Abs. 1 Nr. 2 und Nr. 5 SGG, die insoweit allein in Betracht kommen, nicht gegeben sind. Eine Sonderzuweisung kraft einer - vermeintlich angenommenen - **Sachnähe zur GKV** scheidet aus. Diese Rechtsmaterie steht nicht im Streit, selbst wenn die KVen die Abrechnung und Vergütungen der Teststationen überprüfen und bescheiden. Denn sie handeln im Rahmen der ihnen zur Pandemiebekämpfung übertragenen Aufgaben, die Teil eines Gesamtkonzepts zum Infektionsschutz der Bevölkerung sind, unabhängig vom krankenversicherungs- bzw sozialversicherungsrechtlichen Status einer Person.

SG Berlin, Beschl. v. 19.12.2022 - S 22 KA 150/22 - erklärte den Rechtsweg zu den Sozialgerichten für unzulässig und verwies den Rechtsstreit an das VG Berlin, *LSG Berlin-Brandenburg*, Beschl. v. 18.01.2023 - L 7 KA 1/23 B - RID 23-02-32 wies die Beschwerde der Bekl., das *BSG* die weitere Beschwerde der Bekl. zurück.

B. KRANKENVERSICHERUNGSRECHT

I. Vertrags(zahn)ärztliche Behandlung

Nach BSG, Urt. v. 29.08.2023 - **B 1 KR 13/22 R** - hat eine Versicherte Anspruch auf Erstattung der Hälfte der Kosten einer **Kinderwunschbehandlung**, auch wenn eine hälftige Kostenübernahme durch die private Krankenversicherung des Ehemannes erfolgt.

1. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

a) Apheresebehandlung: Fehlende Indikation/Kein Systemversagen

LSG Bayern, Urteil v. 17.05.2023 - L 4 KR 15/18

RID 23-03-44

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 48/23 B

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 13 III, 27, 135 I 1

Leitsatz: Bei der von der Klägerin begehrten Kostenerstattung für die durchgeführten therapeutischen **Apheresebehandlungen** handelt es sich um eine neue, ambulante **Behandlungsmethode**, für die es an der erforderlichen positiven Entscheidung des GBA fehlt.

2. Zur fehlenden **Indikation** für eine Apheresebehandlung.

3. Die Voraussetzungen **grundrechtsorientierter Leistungsauslegung** im Sinne von § 2 Abs. 1a SGB V liegen bei der Klägerin nicht vor.

4. Es liegt auch kein **Systemversagen** vor.

SG München, Urt. v. 21.11.2017 - S 3 KR 781/14 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

b) Apherese-Therapie (Doppelfiltrationsplasmapherese) bei Long-COVID-Erkrankung

SG Landshut, Beschluss v. 19.06.2023 - S 10 KR 150/23 ER

RID 23-03-45

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 2 I 3, Ia, 135

Eine Krankenkasse hat eine Versicherte mit einer **Long-COVID-Erkrankung** vorläufig die Kosten für eine ambulante Apherese-Therapie (**Doppelfiltrationsplasmapherese** mit Kosten von über 1.000 € wöchentlich) mit einer Frequenz von einer Therapiesitzung pro Woche zu übernehmen, obwohl der GBA die Leistung für dieses Krankheitsbild bisher nicht in die vertragsärztliche Versorgung eingeschlossen hat, wenn sich im Hinblick auf eine Tachykardie ein **lebensbedrohliches Szenario** ergeben kann.

Das **SG** verpflichtete die Ag. im Rahmen des einstweiligen Rechtsschutzes dazu, vorläufig die Kosten für eine ambulante Apheresetherapie (Doppelfiltrationsplasmapherese) mit einer Frequenz von einer Therapiesitzung pro Woche, beginnend ab dem 13.06.2023 bis zur Bestandskraft in der Hauptsache, zu übernehmen.

c) Professionelle Zahnreinigung

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 07.12.2022 - L 10 KR 46/22

RID 23-03-46

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 27 I 1 u. 2 Nr. 2, 28, 92 I 2 Nr. 2, 135

Die Auffassung der Vorinstanz, wonach **professionelle Zahnreinigungen** keine abrechnungsfähigen ärztlichen Leistungen sind und neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Sinne von § 135 SGB V darstellen, deren Nutzen der **GBA** bisher nicht festgestellt hat, ist zutreffend.

SG Dortmund, Gerichtsbb. v. 09.03.2021 - S 48 KR 6141/19 - u. 09.06.2022 - S 68 KR 846/21 - wies die Klagen ab, das **LSG** die Berufungen zurück. Nachgehend: **BSG**, Beschl. v. 23.03.2023 - B 1 KR 2/23 AR -.

2. Versorgung mit einer LDL-Apherese bei isolierter Lp(a)-Erhöhung

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 27.04.2023 - L 16 KR 252/20

RID 23-03-47

Revision zugelassen

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 2 I 3, 92 I 2 Nr. 5, 135 I Anl. I Ziff. 1 Methoden-RL

Leitsatz: 1. Zum Anspruch auf Versorgung mit einer **LDL-Apherese** bei isolierter Lp(a)-Erhöhung nach Ziffer 1 § 3 der Anlage I der Richtlinie Methoden vertragsärztlicher Versorgung.

2. Um das Votum der beratenden Kommission der Kassenärztlichen Vereinigung (**Apherese-Kommission**), dem eine rechtliche Bindung nicht zukommt (vgl. LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 15.11.2022 - L 16/4 KR 536/19 - RID 23-01-39, Revision anhängig: B 1 KR 40/22 R), zu entkräften, bedarf es gewichtiger Gründe.

3. Bei Vorliegen solcher Gründe ist die Entscheidung der Kommission im gerichtlichen Verfahren durch die Einholung von **Sachverständigengutachten** überprüfbar.

4. Im zu entscheidenden Fall lagen zum maßgeblichen Zeitpunkt der Befürwortung durch die Apherese-Kommission die medizinischen Voraussetzungen des § 3 Abs. 2 der Anlage I (isolierte Lp(a)-Erhöhung, LDL im Normbereich) nicht vor.

5. Bei der Prüfung der Voraussetzungen des § 3 Abs. 2 wird der Apherese-Kommission kein **Ermessen** im Sinne einer Gesamtbetrachtung eröffnet, die Formulierung „können nur“ beinhaltet vielmehr eine Restriktion.

6. Von einer **isolierten Lp(a)-Erhöhung** ist unter Berücksichtigung der Tragenden Gründe zum Beschluss des GBA vom 19.06.2008 dann auszugehen, wenn alle anderen lipidologischen Risikofaktoren entweder nie vorlagen oder adäquat behandelt worden sind.

SG Hannover, Gerichtsbb. v. 12.02.2020 - S 11 KR 788/18 - verpflichtete die Bekl., dem Kl. ab 09.07.2018 für ein Jahr eine regelmäßige extrakorporale Lipid-Apherese zu gewähren. Das **LSG** wies die Klage ab.

3. Polkörperdiagnostik im Rahmen einer künstlichen Befruchtung

LSG Schleswig-Holstein, Urteil v. 24.05.2023 - L 10 KR 42/18

RID 23-03-48

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 13 III, 24a, 25 I, 27 I 1, 27a

Leitsatz: 1. Die im Rahmen einer In-Vitro-Fertilisation durchgeführte **Polkörperdiagnostik** (PKD) stellt weder eine Maßnahme der künstlichen Befruchtung im Sinne des § 27a SGB V dar noch eine Früherkennungsmaßnahme im Sinne des § 25 Abs. 1 SGB V.

2. Im Grundsatz hat eine Versicherte mit Schwangerschaftswunsch, die Trägerin eines möglicherweise zu einer Erkrankung des Nachkommens führenden **Gendefekts** ist, gegen die GKV keinen Anspruch auf Versorgung mit PKD als Maßnahme der Krankenbehandlung im Sinne des § 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V.

3. Ein solcher Anspruch kommt aber ausnahmsweise bei einer **medizinischen Indikation zur Empfängnisverhütung** in Betracht (vgl. BSG, Urt. v. 03.02.1975 - 3 RK 68/73 - BSGE 39, 167 ff. = SozR 2200 § 182 Nr. 9). Eine medizinische Indikation in diesem Sinne erfordert zum einen, dass der Gendefekt zu einer schweren Erkrankung eines Nachkommen führen kann; das **Lesch-Nyhan-Syndrom** stellt eine solche schwere Erkrankung dar. Zum zweiten ist zur Bejahung einer solchen medizinischen Indikation erforderlich, dass bereits durch den Eintritt der Schwangerschaft eine schwerwiegende Schädigung des geistig-seelischen Gesundheitszustandes der Versicherten wahrscheinlich wird.

SG Lübeck, Urt. v. 26.01.2018 - S 19 KR 830/16- wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

4. Kryokonservierung und Inkrafttreten der EBM-Ziffer

SG Hamburg, Urteil v. 17.07.2023 - S 56 KR 1851/21

RID 23-03-49

www.juris.de

SGB V §§ 13 III 1, 27a IV

Eine Durchführung der **Kryokonservierung** ist **unaufschiebbar**, wenn sie vor Beginn der Chemotherapie abgeschlossen sein muss.

Bei einem Sigmakarzinom und der durchzuführenden Chemotherapie ist wegen einer keimzellenschädigenden Therapie und eines noch jungen Alters (geb. 1992) eine Kryokonservierung der Eizellen **notwendig**.

Das **Inkrafttreten der EBM-Ziffer** ist keine Voraussetzung für das Bestehen eines Sachleistungsanspruchs nach § 27a Abs. 5 SGB V i.V.m. der Kryo-RL (so auch SG Duisburg, Urt. v. 15.03.2022 - S 60 KR 1074/21 - juris, RID 22-02-51).

Das **SG** verurteilte die Bekl., der Kl. die Kosten in Höhe von 2.846,42 € zu erstatten, die ihr für die Durchführung der Kryokonservierung und die anschließende Lagerung der Eizellen bis zum 30.06.2021 entstanden sind.

5. Liposuktion

LSG Hessen, Urteil v. 23.02.2023 - L 8 KR 54/21

RID 23-03-50

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 13 III, 27 I

Ein auf die Verweigerung der Sachleistung gestützter **Erstattungsanspruch** scheidet nach der st. BSG-Rspr. aus, wenn sich der Versicherte die Leistung beschafft hat, ohne die Krankenkasse einzuschalten und ihre Entscheidung abzuwarten.

Die **Liposuktion** war am 26.03.2018 nicht Gegenstand des Katalogs ambulant durchführbarer Operationen (BSG, Urt. v. 25.03.2021- B 1 KR 25/20 R - BSGE 132, 67 = SozR 4-2500 § 137c Nr. 15, juris Rn. 43).

SG Kassel, Urt. v. 07.01.2021 - S 8 KR 45/18 - juris wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück. **BSG**, Beschl. v. 19.06.2023 - B 1 KR 25/23 B - juris verwarf die Nichtzulassungsbeschwerde als unzulässig.

6. Kein Anspruch auf privatärztliche Behandlung

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 21.12.2022 - L 11 KR 264/21

RID 23-03-51

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 11 I Nr. 5, 27 I

Eine Versicherte hat keinen Anspruch darauf, ihr die Kosten einer Behandlung bei einem **Facharzt für Umweltmedizin (Privatpraxis)** zu gewähren.

SG Köln, Gerichtsbb. v. 15.03.2021 - S 9 KR 1718/20 - juris wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück; **BSG**, Beschl. v. 21.03.2023 - B 1 KR 11/23 AR - juris verwarf die Nichtzulassungsbeschwerde als unzulässig.

7. Behandlung durch Heilpraktikerin (Traditionelle Chinesische Medizin)

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 08.05.2023 - L 1 KR 461/21

RID 23-03-52

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 13 II 1, 15 I 1; BÄO § 2 I

Leitsatz: 1. Zwingende Voraussetzung einer ärztlichen **Krankenhausbehandlung** ist es, dass der Behandler Arzt im berufsrechtlichen Sinne ist. Dieser **Arztvorbehalt** beinhaltet einen generellen Ausschluss nichtärztlicher Heilbehandler von der nicht ärztlich angeleiteten selbstständigen und eigenverantwortlichen Behandlung der Versicherten.

2. Eine **Heilpraktikerin**, die in der Volksrepublik China ein Studium der **Traditionellen Chinesischen Medizin (TCM)** absolviert hat, jedoch nicht über eine ärztliche Approbation nach deutschen Vorschriften verfügt, ist nicht „Arzt“ i.S.d. § 15 Abs. 1 Satz 1 SGB V.

Der Kl. ist bei der Bekl. gesetzlich krankenversichert. Seit 2014 hat er das Verfahren der Kostenerstattung anstelle des Sachleistungsprinzips gewählt. **SG Berlin**, Urt. v. 05.11.2021 - S 208 KR 1557/20 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

II. Stationäre Behandlung

1. Operative Hautstraffung

- a) Hautstraffung im Bereich des Gesäßes und der Oberschenkel nach Magenbypass-Operation

SG Koblenz, Urteil v. 27.07.2023 - S 14 KR 49/22

RID 23-03-53

www.juris.de

SGB V § 27 I

Sind infolge einer durchgeführten **Magenbypass-Operation** und der damit verbundenen drastischen Gewichtsreduktionen ausgeprägte **Hautfalten** im Bereich des Gesäßes sowie der Oberschenkel festzustellen und führen diese zu Einklemmungen von Hautfalten, welche ihrerseits mit **Schmerzen** bei sportlichen Aktivitäten sowie im Rahmen der beruflichen Tätigkeit als Erzieherin verbunden sind, liegt eine behandlungsbedürftige Krankheit vor.

Das **SG** verurteilte die Bekl., die Kosten einer Straffung des Gesäßes und der Oberschenkel der Kl. zu übernehmen.

- b) Keine körperliche Fehlfunktion/Hautentzündungen dermatologisch behandelbar

LSG Hamburg, Urteil v. 28.07.2023 - L 1 KR 52/21

RID 23-03-54

www.juris.de

SGB V § 27 I

Die Auffassung der Vorinstanz, wonach kein Anspruch auf operative Hautstraffung besteht, wenn **Hautüberschüsse** im Bereich der Oberschenkel, des Bauches, in der Bikinizone und an den Oberarmen nicht zu einer körperlichen Fehlfunktion führen und bestehende **Hautentzündungen** noch einer lokalen dermatologischen Therapie zugänglich sind, ist nicht zu beanstanden.

SG Hamburg, Gerichtsb. v. 25.03.2021 - S 56 KR 1849/19 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

- c) Beweisnot nach Durchführung der begehrten Operation

SG Hamburg, Urteil v. 30.03.2023 - S 50 KR 1458/18

RID 23-03-55

www.juris.de

SGB V § 27 I

Bedecken Hautteile infolge von Hauterschläffungen den Genitalbereich und führt dies zu Funktionseinschränkungen, so besteht ein Anspruch auf eine **Operation zur Straffung der Bauchdecke**. Eine **Beweisnot** der kl. Versicherten **wegen Durchführung** der begehrten Operation hat die Krankenkasse zu vertreten, wenn sie die Kl. trotz deren ausdrücklicher Aufforderung nicht hat untersuchen lassen und sich aus der Fotodokumentation auch ohne Einschaltung eines medizinischen Sachverständigen geradezu aufdrängt, dass die Haut den Genitalbereich bedeckt.

Das **SG** verurteilte die Bekl., der Kl. 4.642,18 € zu zahlen.

2. Mammareduktionsplastik zur Linderung dermatologischer Gesundheitsbeeinträchtigungen

SG Berlin, Urteil v. 04.07.2023 - S 122 KR 1852/21

RID 23-03-56

www.juris.de

SGB V § 27 I

Die Versorgung mit einer stationär durchzuführenden, **beidseitigen Mammareduktionsplastik** kann zur Linderung **langjährig bestehender dermatologischer Gesundheitsbeeinträchtigungen** (hier: regelmäßig wiederkehrende entzündliche Hautveränderungen im Bereich der großflächigen Auflageflächen und Hautumschlagsfalten unter beiden Brüsten, die auch bei sorgfältigster Hautpflege nicht zu vermeiden sind und stetig wiederkehrender dermatologischer Behandlung bedürfen) i.S.d. § 27 Abs. 1 S. 1 SGB V notwendig sein.

Das **SG** verurteilte die Bekl., der Kl. eine Mammareduktionsplastik unter stationären Bedingungen als Sachleistung zu gewähren.

3. Liposuktion

a) Behandlungsalternative Kompressionstherapie

LSG Hessen, Urteil v. 16.12.2021 - L 8 KR 141/19

RID 23-03-57

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 137c III 1

Nach dem Wortlaut des § 137c Abs. 3 S. 1 SGB V muss für einen Anspruch der Versicherten die neue Methode mit entsprechendem Potential eine „**erforderliche**“ **Behandlungsmethode** sein. Daran fehlt es, wenn eine Standardtherapie zur Verfügung steht und Risiken existieren, die sich aus dem Einsatz innovativer Methoden (nur) mit dem Potential, nicht aber mit der Gewissheit einer erforderlichen Behandlungsalternative ergeben können. § 137c Abs. 3 S. 1 SGB V spricht das Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 Abs. 1 SGB V an und fordert bei mehreren zur Verfügung stehenden Behandlungsalternativen den Weg des gesicherten Nutzens (zum Ganzen: BSG, Urt. v. 25.03.2021-B 1 KR 25/20 R - BSGE 132, 67 = SozR 4-2500 § 137c Nr. 15 - juris Rn. 42).

Eine leitlinienbasierte Behandlung des Lipödems im Stadium II beinhaltet den Einsatz einer komplexen physikalischen Entstauungstherapie (KPE), die sich aus Bewegungstherapie, Kompressionsbehandlung, manueller Lymphdrainage und Kompressionsbestrumpfung zusammensetzt. Eine regelmäßig in Anspruch genommene manuelle Lymphdrainage und die häusliche Nutzung des Lymphomats sind nicht ausreichend, ausschlaggebend ist die **Kompressionstherapie**.

SG Kassel, Gerichtsbb. v. 14.02.2019 - S 12 KR 412/18 - juris wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück. **BSG**, Beschl. v. 07.06.2023 - B 1 KR 11/22 B - juris verwarf die Nichtzulassungsbeschwerde als unzulässig.

b) Qualitätssicherungs-RL zur Liposuktion

SG Reutlingen, Gerichtsbescheid v. 26.07.2023 - S 3 KR 1090/22

RID 23-03-58

www.juris.de

SGB V §§ 11 I, 12 I, 27 I

Liegen die Voraussetzungen für eine Liposuktion nach § 4 der Qualitätssicherungs-RL zur Liposuktion bei Lipödem im Stadium III (**QS-RL Liposuktion**) des GBA i.d.F. v. 19.09.2019 vor, dann besteht ein Anspruch hierauf.

Das **SG** verpflichtete die Bekl., der Kl. eine Liposuktion an den Armen und Beinen unter stationären Bedingungen als Sachleistung zu gewähren, und wies im Übrigen die Klage ab.

4. Lipoproteinapherese: Votum der Apherese-Kommission der KV

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

RID 23-03-59

Revision anhängig: B 1 KR 40/22 R

www.juris.de = NZS 2023, 300

SGB V §§ 13 IIIa, 27, 92, 135 I 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 „beratende 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, Urt. v. 18.09.2019 - S 86 KR 2589/18 - RID 20-02-57 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.

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: Kein Vertrauensschutz nach Aufgabe der bisherigen höchstrichterl. Rspr.

LSG Hessen, Urteil v. 08.07.2021 - L 1 KR 250/20

RID 23-03-60

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

Die Kl. hat keinen Kostenerstattungsanspruch aufgrund einer fingierten Genehmigung ihres Antrages v. 19.12.2015, der den Anforderungen nach **§ 13 Abs. 3a Satz 7 SGB V** genügte, wobei dahinstehen kann, ob die Kl. gutgläubig war, denn mit dem **neuen Antrag** v. 22.04.2016 auf Kostenübernahme ambulanter Liposuktionen hat sich der Antrag vom 19.12.2015 auf Durchführung stationärer Liposuktionen **erledigt**.

Nach der BVerfG-Rspr. besteht grundsätzlich **kein schutzwürdiges Vertrauen** in den Fortbestand höchstrichterlicher Rechtsprechung. Höchststrichterliche Rspr. schafft kein Gesetzesrecht und erzeugt keine damit vergleichbare Rechtsbindung.

SG Darmstadt, Urt. v. 25.05.2020 - S 8 KR 938/19 - RID 21-01-78 verurteilte die Bekl., der Kl. die Kosten für die durchgeführten Liposuktionen in Höhe von 15.969,37 € zu erstatten, das *LSG* wies die Klage ab.

IV. Arzneimittel

Nach BSG, Urt. v. 29.08.2023 - *B 1 KR 26/22 R* - scheidet der Anspruch der Kl. auf **Genehmigung der Versorgung mit Cannabis** jedenfalls daran, dass sie **keine begründete Einschätzung** ihres behandelnden Vertragsarztes **vorgelegt** hat. Nach den nicht mit durchgreifenden Rügen angegriffenen, den Senat bindenden Feststellungen des LSG steht eine **Standardtherapie** zur Behandlung der Schmerzerkrankung und zur Erreichung des angestrebten Behandlungsziels der Schmerzlinderung **zur Verfügung**. In solchen Fällen bedarf es der begründeten Einschätzung des behandelnden Vertragsarztes, warum diese Methoden unter Abwägung der zu erwartenden Nebenwirkungen und unter Berücksichtigung des Krankheitszustandes dennoch nicht zur Anwendung kommen können. Das Gesetz gesteht dem behandelnden Vertragsarzt insoweit eine Einschätzungsprärogative zu. An die **begründete Einschätzung** sind aber - wie der Senat bereits entschieden hat - **hohe Anforderungen** zu stellen. Sie muss die mit Cannabis zu behandelnde Erkrankung und das Behandlungsziel benennen, die für die Abwägung der Anwendbarkeit verfügbarer Standardtherapien mit der Anwendung von Cannabis erforderlichen Tatsachen vollständig darlegen und eine Abwägung unter Einschluss möglicher schädlicher Wirkungen von Cannabis beinhalten. An einer diesen Anforderungen genügenden begründeten Einschätzung fehlt es vorliegend. Nach BSG, Urt. v. 29.06.2023 - *B 1 KR 35/21 R* - hat der nicht mehr gehfähige Kl. - auch nach **§ 2 Abs. 1a SGB V** - **keinen Anspruch auf Versorgung mit dem Arzneimittel Translarna**. Zwar leidet er an einer regelmäßig **tödlichen Erkrankung**, der Duchenne-Muskeldystrophie infolge Nonsense-Mutation des DystrophinGens. Es **fehlt** jedoch an der **hinreichenden Aussicht auf Heilung oder eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf**. An dieser Voraussetzung fehlt es, wenn das Arzneimittel für die betreffende Indikation nicht zugelassen ist und Anträge des Herstellers

auf Erweiterung der Zulassung auf diese Indikation aufgrund inhaltlicher Bewertung durch die zuständige Arzneimittelbehörde keinen Erfolg hatten. So liegt der Fall hier. Translarna erhielt auf Grundlage der negativen Bewertung des Nutzens des Arzneimittels durch den Ausschuss für Humanarzneimittel (CHMP) der Europäischen Arzneimittel-Agentur (EMA) für nicht mehr gehfähige Patienten **keine Zulassung**. Der Senat hält an seiner Rechtsprechung fest, nach der eine solche negativen Bewertung des Arzneimittels im Zulassungsverfahren eine **Sperrwirkung für Ansprüche nach § 2 Abs. 1a SGB V** entfaltet. Er verkennt dabei nicht, dass die Prüfmaßstäbe für einen Anspruch nach § 2 Abs. 1a SGB V und im Arzneimittelzulassungsverfahren nicht vollständig deckungsgleich sind. Es gibt indes gewichtige Gründe, an der Sperrwirkung festzuhalten. Hierfür spricht zunächst, dass durch § 2 Abs. 1a SGB V nach der Begründung des Gesetzentwurfs ausdrücklich keine über die in der Tomudex-Entscheidung des erkennenden Senats entwickelten Grundsätze hinausgehenden Leistungen eingeführt werden sollten (vgl. BSG, Urt. v. 04.04.2006 - B 1 KR 7/05 R - BSGE 96, 170 = SozR 4-2500 § 31 Nr. 4). Zu diesen Grundsätzen gehört die Sperrwirkung ablehnender arzneimittelrechtlicher Entscheidungen. Das Arzneimittelrecht trägt dem sich aus Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG ergebenden staatlichen Schutzauftrag Rechnung, indem es Qualität, Wirksamkeit und Unbedenklichkeit der Arzneimittel gewährleistet. Das dauerhafte Unterlaufen der arzneimittelrechtlichen Vorschriften kann daher - gerade auch bei schwerwiegenden Erkrankungen - zu Gefahren für Leben und körperliche Unversehrtheit führen. Dagegen bieten die Institutionalisierung des Zulassungsverfahrens und die hohe fachliche Expertise der Arzneimittelbehörden eine besonders hohe Gewähr für Wissenschaftlichkeit und Unabhängigkeit der Prüfung. Ebenso wie die gesetzliche Krankenversicherung bei neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sieht auch das Arzneimittelrecht ein eigenes strukturiertes Qualitätssicherungssystem vor. Außerdem erlaubt es erleichterte Zulassungen und in Härtefällen auch Ausnahmeentscheidungen. Die Sperrwirkung kann überwunden werden, wenn im Nachgang zu der negativen arzneimittelrechtlichen Bewertung neue wissenschaftliche Erkenntnisse gewonnen werden, die zumindest die Voraussetzungen einer vereinfachten, ggf. bedingten Zulassung erfüllen.

1. Cannabis

a) Notwendigkeit einer vertragsärztlichen Betäubungsmittel-(BtM-)Verordnung

LSG Bayern, Urteil v. 24.03.2022 - L 4 KR 669/19

RID 23-03-61

Revision anhängig: B 1 KR 24/22

www.juris.de

SGB V §§ 13 IIIa, 31 VI

Ein Kostenerstattungsanspruch aufgrund Genehmigungsfiktion scheidet aus, wenn der gestellte Antrag nicht die notwendige **vertragsärztliche Betäubungsmittel-(BtM-)Verordnung** enthält; die Frist wird dann nicht in Gang gesetzt. § 31 Abs. 6 S. 2 SGB V beinhaltet die Notwendigkeit einer vertragsärztlichen (Betäubungsmittel-)Verordnung schon im Genehmigungsverfahren mit der Folge, dass ein fiktionsfähiger Antrag nur dann gegeben ist, wenn Cannabis nicht nur privatärztlich, sondern auch vertragsärztlich verordnet und diese Verordnung der Krankenkasse zur Genehmigung vorgelegt wird. Dies ergibt sich sowohl aus Wortlaut und systematischem Zusammenhang sowie aus Sinn und Zweck der Regelung.

Ein Heilversuch mit Cannabis in Form von standardisiertem Dronabinol bzw. Sativex spricht wegen besserer therapeutischer Wirkung eindeutig gegen eine **Behandlung mit Blüten**.

Stehen allgemein anerkannte, **dem medizinischen Standard entsprechende Leistungen** zur Verfügung, bedarf es einer **begründeten Einschätzung des Vertragsarztes**, weshalb diese im jeweiligen Einzelfall nicht zur Anwendung kommen kann. Der behandelnde Arzt muss im Rahmen eines Abwägungsprozesses darlegen, weshalb diese im jeweiligen Einzelfall nicht zur Anwendung kommen können und dabei auch die Nebenwirkungen des Cannabisarzneimittels einfließen lassen.

SG München, Urt. v. 22.11.2019 - S 28 KR 1060/18 - RID 20-01-75 verurteilte die Bekl., die Kl. nach vertragsärztlicher Verordnung mit Cannabisblüten zu versorgen sowie ihr die nach Eintritt der Genehmigungsfiktion entstandenen Kosten i.H.v. 1.316,87 € zu erstatten, und wies im Übrigen die Klage ab. Das **LSG** wies auf Berufung der Bekl. die Klage ab.

b) Zur Verfügung stehen einer medizinischem Standard entsprechenden Leistung

SG Osnabrück, Gerichtsbescheid v. 06.07.2023 - S 46 KR 160/22

RID 23-03-62

www.juris.de

SGB V § 31 VI

Der Anspruch auf Versorgung mit Cannabis besteht u.a. nur, wenn eine allgemein anerkannte, **dem medizinischen Standard entsprechende Leistung** weder nicht zur Verfügung noch diese im Einzelfall nach der begründeten Einschätzung des behandelnden Vertragsarztes nicht zur Anwendung kommen kann (hier verneint, weil sowohl hinsichtlich der Schmerz-Symptomatik als auch hinsichtlich der psychischen Erkrankungen weitere Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen).

Das **SG** wies die Klage ab.

2. Keine einstweilige Anordnung zur Versorgung mit Medikament zur Selbsttötung

LSG Bayern, Beschluss v. 19.07.2023 - L 4 KR 277/23 B ER

RID 23-03-63

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 34; SGG § 86b II; GG Art. 1 I

Leitsatz: Es besteht zumindest im Verfahren des einstweiligen Rechtsschutzes kein Anspruch gegen die Krankenkasse auf Versorgung mit einem Medikament aus der Gruppe der **Barbivate** (hier: Pentobarbital).

Der Ast. und Bf. begehrt die (vorläufige) Versorgung mit dem Medikament Pentobarbital oder Alternativen zur Verwirklichung des Wunsches nach einem selbstbestimmten Lebensende. **SG Regensburg**, Beschl. v. 27.04.2023 - S 2 KR 116/23 ER - lehnte den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab. BVerfG, Beschl. v. 30.05.2023 - 1 BvR 925/23 - nahm eine Verfassungsbeschwerde des Bf. nicht zur Entscheidung an. Das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

V. Hilfsmittel

Nach BSG, Urt. v. 14.06.2023 - **B 3 KR 8/21 R** - ist nach Abschluss des Klärungsverfahrens zur Neuheit der mit dem **Steh- und Gehtrainer Innowalk** verfolgten **Behandlungsmethode** durch den beigel. GBA der Einsatz dieses Hilfsmittels in der ambulanten Versorgung nicht mehr gesperrt und die Bekl. antragsgemäß zu dessen leihweiser Überlassung an den Kl. verpflichtet. Gelangt der **GBA** auf entsprechende Anfrage mit Blick auf seine Aufgabe auch einer Risikoabschätzung bei innovativen Hilfsmitteln mit therapeutischen Zwecken und bei deren Nutzung zur Eigenanwendung im häuslichen Bereich in Orientierung an den Schutzzwecken des § 135 Abs. 1 SGB V zu der **Einschätzung**, dass **ein eigenständiges Bewertungsverfahren nicht durchzuführen ist**, dann entfaltet dies in den jeweiligen Regelungszusammenhängen **Bindungswirkung** für Versicherte, Krankenkassen, Leistungserbringer und den GKV-Spitzenverband, soweit nicht Anhaltspunkte dafür bestehen, dass der GBA den Spielraum im Rahmen seines Normsetzungsermessens überschritten haben könnte, wofür hier nichts spricht. Für den Rechtsstreit hier steht danach fest, dass Versicherte die Versorgung mit dem Steh- und Gehtrainer Innowalk unter den Voraussetzungen und mit den Maßgaben zur häuslichen Anwendung beanspruchen können, die aus den ihm zu Grunde liegenden und in dem Beschluss des GBA im Einzelnen angeführten Methoden abzuleiten sind, was nach den Feststellungen des LSG im Fall des Klägers dessen Anspruchsberechtigung begründet.

1. Elektrorollstuhl mit Hubvorrichtung

SG München, Urteil v. 04.07.2023 - S 7 KR 1570/22

RID 23-03-64

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

Ein **im Rollstuhl integrierter Hublift** dient dem Ausgleich von Einschränkungen der **Mobilität**, denn mit dem Hublift werden die Transfers in und aus dem Rollstuhl erleichtert. Sind die Arme aufgrund einer schwerwiegenden Erkrankung dauerhaft weitgehend funktionslos, ist eine Versicherte darauf angewiesen, Gegenstände mit dem Mund oder dem Kinn zu benutzen. Dies gilt insb. für Lichtschalter oder Türklinken, aber ebenso für die Bedienung des Smartphones mit einem Stift. Dabei bietet der Hublift eine wichtige Hilfe, um sich auf die erforderliche Höhe zu bringen.

Das **SG** verurteilte die Bekl., an die Kl. zur Erstattung der Anschaffungskosten eines Elektrorollstuhls Paravan PR 50 den Differenzbetrag von 7.145,31 € zzgl. Zinsen zu zahlen.

2. Ganzkörperorthese im Zusammenhang mit ärztlicher Behandlung

SG Köln, Gerichtsbescheid v. 20.01.2022 - S 31 KR 1648/21

RID 23-03-65

www.juris.de
SGB V § 33 I

Eine **Ganzkörperorthese** „Mollii Suit“ steht in einem untrennbaren **Zusammenhang mit einer ärztlichen Behandlung**, wenn sie der Ergänzung regelmäßig durchgeführter krankengymnastischer Übungen dient und sie das Fortschreiten der Erkrankung verlangsamen soll, indem ein fortwährender Muskelaufbau betrieben wird.

Das **SG** wies die Klage ab.

3. Zweitversorgung mit einem Therapiestuhl für den Schulbesuch

LSG Sachsen, Urteil v. 25.01.2023 - L 1 KR 366/20

RID 23-03-66

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

Die Ausstattung einer 10-jährigen Versicherten mit dem ersten Therapiestuhl ist zum Behinderungsausgleich nicht ausreichend, wenn die Versicherte in der von ihr besuchten Schule mit Förderschwerpunkt geistige Entwicklung einen solchen **zweiten Therapiestuhl benötigt**, der vorhandene (Erst-)Therapiestuhl zum täglichen Transport nicht geeignet und der (Zweit-)Therapiestuhl dem Erwerb einer **elementaren Schulausbildung** und somit der Befriedigung eines allgemeinen Grundbedürfnisses des täglichen Lebens dient.

SG Dresden, Urt. v. 30.06.2020 - S 44 KR 2747/19 - verurteilte die Bekl., die Kl. mit einem Therapiestuhl entsprechend der ärztlichen Verordnung v. 18.07.2019, entsprechend dem Kostenvoranschlag des Sanitätshauses v. 08.08.2019 und angepasst an die aktuelle Größe der Kl. zu versorgen. Das **LSG** wies die Berufung zurück.

4. Mobiles elektronisches Vorlesegerät

SG Berlin, Urteil v. 04.04.2023 - S 210 KR 1573/21

RID 23-03-67

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

Leitsatz: Zum Anspruch eines sehbehinderten Versicherten auf ein mobiles elektronisches Vorlesegerät als Hilfsmittel zum mittelbaren Behinderungsausgleich.

Das **SG** verurteilte die Bekl., die Kl. mit dem Hilfsmittel O. MyEye 2.0 zu versorgen.

5. Kein Anspruch auf nicht mehr vertriebenes Hilfsmittel

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 23.03.2023 - L 5 KR 118/23 B ER

RID 23-03-68

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

Ein Anspruch auf die begehrte Ersatzversorgung mit einem **Kniegelenk** mit ESK-Hydraulik der Fa. Blatchwood scheidet bereits daran, dass die begehrte Versorgung für die Krankenkasse unmöglich ist, nachdem das begehrte Kniegelenk seit 2021 **nicht mehr vertrieben** wird.

SG Düsseldorf, Beschl. v. 27.12.2022 - S 34 KR 2652/22 ER - lehnte den Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das **LSG** wies die Beschwerde zurück. **BSG**, Beschl. v. 11.04.2023 - B 3 KR 6/23 AR - juris verwarf die Beschwerde, **BSG**, Beschl. v. 23.05.2023 - B 3 KR 9/23 AR - juris die Anhörungsrüge gegen den Beschl. des BSG als unzulässig.

VI. Häusliche Krankenpflege/Haushaltshilfe/Fahrkosten

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

der effektiven Rechtsschutz nur bei Beteiligung aller in Betracht kommender Leistungsverpflichteter am Rechtsstreit erlangen kann. Das nötigt zur Vermeidung divergierender Entscheidungen in einem etwaigen Streit zwischen Versichertem und Einrichtung über die Folgen einer - aus Sicht der beklagten Krankenkasse - unzureichenden Erfüllung von Pflichten des Einrichtungsträgers dem Versicherten gegenüber zur Beiladung des Einrichtungsträgers im Rechtsstreit des Versicherten mit der Krankenkasse auch dann, wenn dieser Streit wie vorliegend ausschließlich die Übernahme von Kosten für in der Vergangenheit erbrachte Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege zum Gegenstand hat.

1. Krankenbeobachtung, Blutzuckermessung und Insulingabe während Kindergartenbesuchs

SG Karlsruhe, Gerichtsbescheid v. 14.07.2023 - S 5 KR 3247/22

RID 23-03-69

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 37 II 1; SGB IX §§ 14, 16, 42; SGB X § 104

Leitsatz: 1. Krankenbeobachtung, Blutzuckermessung und Insulingabe während des **Besuchs eines Kindergartens** sind ihrem Wesen nach Leistungen der medizinischen Rehabilitation im Sinne des § 42 SGB IX.

2. Leitet der **erstangegangene Träger der Eingliederungshilfe** einen Antrag auf diese Leistungen nicht innerhalb von zwei Wochen weiter, so kann er dennoch gegenüber der Krankenkasse einen **Erstattungsanspruch** haben.

3. Der **erstattungspflichtige Träger** kann nicht einwenden, er hätte die Sachleistung preiswerter als der erstattungsberechtigte Träger erbringen können, weil er mit den Leistungserbringern **niedrigere Vergütungssätze vereinbart** habe.

Das **SG** verurteilte die bekl. gesetzl. Krankenversicherung, dem Kl. 16.771 € zzgl. Zinsen zu zahlen und wies im Übrigen (bzgl. der Zinsen) die Klage ab.

2. Kein Anspruch auf Haushaltshilfe bei dauerhafter und chronifizierter Erkrankung

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 25.04.2023 - L 11 KR 386/23

RID 23-03-70

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 38 I 3

Leitsatz: § 38 Abs. 1 Satz 3 SGB V erweitert den Anspruch auf **Haushaltshilfe** auf Situationen nach einem stationären Krankenhausaufenthalt, einer ambulanten Operation, einer „ambulanten“ Krankenhausbehandlung (z.B. Chemotherapie) etc., in denen die Weiterführung des Haushalts wegen einer schweren Erkrankung oder einer akuten Verschlimmerung nicht möglich ist. Diese Regelung findet keine Anwendung auf eine **dauerhafte und chronifizierte Erkrankung**, die aus Sicht des Versicherten eine Haushaltshilfe für einen erheblichen Zeitraum erforderlich macht.

SG Karlsruhe, Gerichtsbs. v. 30.01.2023 - S 22 KR 166/17 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

3. Fahrkosten

a) Keine Erstattung von Fahrkosten zur stufenweisen Wiedereingliederung

SG Koblenz, Urteil v. 24.04.2023 - S 11 KR 418/21

RID 23-03-71

Berufung zugelassen

www.juris.de

SGB V §§ 11 II 4. 60; SGB IX § 73

Leitsatz: 1. Bei der **stufenweisen Wiedereingliederung** handelt es sich nicht um eine Leistung zur **medizinischen Rehabilitation** durch die Krankenkasse.

2. Eine Erstattung von **Fahrtkosten** zur stufenweisen Wiedereingliederung kann weder über § 60 SGB V noch über § 73 SGB IX beansprucht werden.

3. Die **Auffassungen anderer Gerichte** dazu finden keine Stütze im Gesetzestext.

Das **SG** wies die Klage ab.

b) Fahrtkostenerstattungsanspruch nach Eintritt der Genehmigungsfiktion des § 13 Abs. 3a SGB V

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 27.04.2023 - L 1 KR 155/21

RID 23-03-72

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 60

Leitsatz: Ein **Fahrtkostenerstattungsanspruch** nach § 60 SGB V bei Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel oder des eigenen PKW kann sich auch aus dem **Eintritt der Genehmigungsfiktion** des § 13 Abs. 3a SGB V ergeben.

Im Streit stand noch ein Anspruch auf Erstattung von Fahrtkosten zu ambulanten ärztlichen Behandlungen in Höhe von 1.047,60 €. *SG Potsdam*, Urt. v. 25.02.2021 - S 3 KR 531/17 - wies die Klage ab, das *LSG* verurteilte die Bekl., der Kl. 38,80 € zu erstatten, und wies im Übrigen die Berufung zurück.

VII. Beziehungen zu Krankenhäusern

Nach BSG, Urt. v. 29.08.2023 - *B 1 KR 18/22 R* - darf eine während der stationären Behandlung fortgeführte ambulante Strahlentherapie als vom Krankenhaus veranlasste Leistung Dritter nur dann kodiert werden, wenn das Krankenhaus hierfür einen Versorgungsauftrag hat. Das Krankenhaus war verpflichtet, die unstreitig vorhandene strahlentherapeutische Behandlungsbedürftigkeit der Versicherten abzudecken, denn es durfte die Versicherte - anders als bei der hiervon ausgenommenen Dialyse - nicht auf einen ambulanten Leistungserbringer verweisen (Verbot der ambulanten Parallelbehandlung). Der Anspruch scheitert jedoch daran, dass das **Krankenhaus keinen Versorgungsauftrag für die Erbringung strahlentherapeutischer Leistungen hatte** und daher nicht berechtigt war, die Prozedur 8-522.91 zu kodieren und abzurechnen. Vom Krankenhaus veranlasste Leistungen Dritter sind nur dann als **eigenständige Operationen und Prozeduren kodierfähig**, wenn das Krankenhaus sie nach dem Inhalt seines **Versorgungsauftrages** auch selbst erbringen durfte. Mit dem Versorgungsauftrag wird unter anderem konkret eingegrenzt, welche Leistungen das Krankenhaus erbringen, das heißt, selbst durchführen darf. Nach BSG, Urt. v. 29.08.2023 - *B 1 KR 25/22 R* - sind, liegen - ex-post betrachtet - schon **bei Aufnahme** ins Krankenhaus **mehrere Leiden** objektiv vor, die stationär behandlungsbedürftig sind - wie dies hier nach den unangegriffenen Feststellungen des LSG der Fall war -, diese allein nach dem **Grad ihres Ressourcenverbrauchs zu gewichten**. Das gilt unabhängig davon, welche Leiden bei der Aufnahmeuntersuchung erkannt wurden oder erkennbar waren. Dies ergibt sich aus der hier maßgeblichen Auslegung nach Wortlaut und unterstützenden systematischen Erwägungen. Die „Veranlassung des stationären Aufenthalts“ ist nicht subjektiv ex ante, sondern objektiv ex post zu verstehen. Dass es nicht auf die (subjektive) Handlungstendenz des Krankenhauses ankommt, ergibt sich aus dem Wortlaut „nach Analyse“. Nach BSG, Urt. v. 29.08.2023 - *B 1 KR 15/22 R* - lässt der Senat abweichend vom Schockraum-Urteil nunmehr für eine konkludente stationäre Aufnahme **regelmäßig** und nicht nur in ganz besonderen Ausnahmefällen **eine kurzzeitige Notfallbehandlung im erstangegangenen Krankenhaus bei zeitnahe Verlegung in ein anderes Krankenhaus ausreichen**. Voraussetzung hierfür ist allerdings, dass der Einsatz der besonderen Mittel im erstangegangenen Krankenhaus eine **hohe Intensität** aufweist. Eine stationäre Notfallbehandlung im erstangegangenen Krankenhaus liegt schon dann vor, wenn die diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen den intensiven Einsatz von sächlichen und personellen Ressourcen erfordern, wie sie regelmäßig bei der Behandlung in einem **Schockraum** oder auf einer Schlaganfallstation (**stroke unit**) zum Einsatz kommen. Die hohe Intensität kann sich schon aus dem Einsatz verschiedener und in ihrem engen zeitlichen und örtlichen Verbund nur stationär verfügbarer diagnostischer Maßnahmen ergeben, die ambulant nicht in gleicher Weise regelmäßig verfügbar sind. Die Abrechnung einer Fallpauschale setzt aber im einzelnen Behandlungsfall die Feststellung des **Einsatzes solch personeller und sächlicher Ressourcen** voraus. Unerheblich ist dabei, dass die Diagnostik auch der Feststellung dient, dass das Krankenhaus in der Lage ist, selbst die kurative Behandlung einzuleiten oder fortzusetzen. Nach diesen Maßstäben erfolgte mit der sofortigen Verbringung des Versicherten K auf die zertifizierte Schlaganfallstation des Krankenhauses und der Einleitung einer schnell aufeinander folgenden umfangreichen Untersuchung eine konkludente Aufnahme in die stationäre Behandlung. Nach BSG, Urt. v. 29.06.2023 - *B 1 KR 20/22 R* - ist entscheidend für den **Anfall des Verlegungsabschlages** nach § 1 Abs. 1 S. 4 FPV 2015 allein, ob eine **Verlegung stattgefunden** hat. Hierfür kommt es zwar nicht darauf an, ob im Zeitpunkt der Entlassung und/oder der nachfolgenden Aufnahme in das andere Krankenhaus tatsächlich eine stationäre Behandlungsbedürftigkeit vorgelegen hat. Erforderlich ist aber eine **stationäre Aufnahme** im Sinne einer organisatorischen Eingliederung als Patient in das spezifische Versorgungssystem des aufnehmenden Krankenhauses. Daran fehlt es vorliegend. Der Versicherte wurde nach der Entlassung aus dem Universitätsklinikum **nicht zur eigenen stationären Behandlung in die Geburtsklinik aufgenommen**, sondern er war gesund und es erfolgte lediglich eine „Gesundheitsüberwachung und Betreuung eines anderen gesunden Säuglings oder Kindes“ im Krankenhaus seiner dort noch stationär behandelten Mutter.

Nach BSG, Urt. v. 11.05.2023 - *B 1 KR 10/22 R* - steht einer Kürzung der Vergütung unter Zugrundelegung der aus dem Wirtschaftlichkeitsgebot entwickelten Grundsätze des fiktiven wirtschaftlichen Alternativverhaltens (**Fallzusammenführung**) seit dem 01.01.2019 § 8 Abs. 5 S. 3 KHEntG entgegen. Die Konkretisierung des Wirtschaftlichkeitsgebots im Zusammenhang mit Entlassungen und Wiederaufnahmen in dasselbe Krankenhaus ist seither abschließend den **Vertragsparteien der Fallpauschalenvereinbarung** zugewiesen. Diesen steht ein weiter Gestaltungsspielraum zu, bei dem sie die Grundsätze des Wirtschaftlichkeitsgebots beachten müssen (§ 17b Abs. 2 S. 2 KHG). Sie dürfen dabei auch aus Gründen der Vereinfachung und Praktikabilität Verallgemeinerungen in Form von Generalisierungen, Pauschalierungen oder Standardisierungen vornehmen. Die **gerichtliche Prüfung** beschränkt sich darauf, ob die Zuständigkeits- und Verfahrensbestimmungen sowie die gesetzlichen Vorgaben nachvollziehbar und widerspruchsfrei Beachtung gefunden haben, um den Gestaltungsspielraum auszufüllen. Im vorliegenden Fall haben die Parteien der Fallpauschalenvereinbarung 2019 Ausnahmen vorgesehen, die hier einer Fallzusammenführung entgegenstehen. Unter

Berücksichtigung des weiten Gestaltungsspielraums der Vertragsparteien begegnet dies keinen durchgreifenden rechtlichen Bedenken. Eine Ausnahme vom Grundsatz, dass die Wirtschaftlichkeit einer Entlassung und Wiederaufnahme im Einzelfall nicht zu überprüfen ist, gilt für **Missbrauchsfälle**. Ein solcher liegt vor, wenn für die Entlassung im konkreten Einzelfall überhaupt kein nachvollziehbarer sachlicher Grund ersichtlich ist und diese offensichtlich allein dazu dient, eine weitere Fallpauschale zu generieren. Ein solcher Missbrauchsfall lag nach den vom LSG getroffenen Feststellungen hier nicht vor. Nach BSG, Urt. v. 11.05.2023 - **B I KR 14/22 R** - ist der Vergütungsanspruch des Krankenhauses nicht durch Aufrechnung mit einer Erstattungsforderung der Krankenkasse erloschen. Dem stand gemäß dem nordrhein-westfälischen Landesvertrag eine **Aufrechnungsbeschränkung** entgegen. Die Vereinbarung in dem nordrhein-westfälischen Landesvertrag über die allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung, welche die Aufrechnung gegen Vergütungsforderungen des Krankenhauses verbietet, war im Jahr 2015 außerhalb des Anwendungsbereichs der Prüfverfahrensvereinbarung mit höherrangigem Recht vereinbar. Rechtsgrundlage hierfür ist § 112 Abs. 1 und Abs. 2 S. 1 Nr. 1b SGB V. Die Vorschrift ermächtigt die Vertragspartner unter anderem, die Abrechnung der Entgelte zu regeln, was die Vereinbarung eines Aufrechnungsverbots einschließt. § 9 **Prüfverfahrensvereinbarung 2014**, der eine vorrangige Aufrechnungsbefugnis enthält, war vorliegend nicht anwendbar, da die Prüfung nicht in den Anwendungsbereich der Prüfverfahrensvereinbarung 2014 fiel. Gegenstand war allein eine sachlich-rechnerische Prüfung. Der **Grundsatz der Beitragssatzstabilität** (§ 71 Abs. 1 S. 1 SGB V) sowie die Verpflichtung der Krankenkasse, Einnahmen rechtzeitig und vollständig zu erheben (§ 76 Abs. 1 SGB IV), stehen der Wirksamkeit des landesvertraglichen Aufrechnungsverbots nicht entgegen, da die anderweitige Durchsetzung der Ansprüche hierdurch nicht verhindert wird. Allerdings kann bei einer wirtschaftlichen Krise des Krankenträgers oder seiner Insolvenz eine Aufrechnung die Liquidierung von Gegenansprüchen der Krankenkassen erleichtern und sichern. Das Aufrechnungsverbot ist jedoch vor dem Hintergrund der Vorleistungspflicht des Krankenhauses zu betrachten. Es bietet den Vertragsparteien die Möglichkeit, das kompensatorische Beschleunigungsgebot zu stärken. Die Verständigung der Vertragsparteien auf ein Aufrechnungsverbot ist unter Abwägung der sich aus § 71 Abs. 1 S. 1 SGB V und § 76 Abs. 1 SGB IV ergebenden gewichtigen Interessen der Krankenkassen zwar nicht rechtlich geboten, aber ebenso wenig rechtlich zu beanstanden. Der Grundsatz der Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit (§ 4 Absatz 4 SGB V) bezieht sich nur auf die Betriebs- und Haushaltsführung der Krankenkassen. Ebf. steht das allgemeine Wirtschaftlichkeitsgebot (§§ 2 Abs. 1 S. 1 und Abs. 4, 12 Abs. 1, 70 Abs. 1 Satz 2 SGB V) der Vereinbarung von Aufrechnungsverboten nicht entgegen, da Ansprüche der Krankenkassen dadurch weder aufgegeben werden noch deren Durchsetzung vereitelt wird. Eine Einschränkung des Gestaltungsspielraums ergibt sich schließlich nicht aus der entsprechenden Anwendung zivilrechtlicher Vorschriften (§ 69 Abs. 1 S. 3 SGB V i.V.m. §§ 134, 138, 242 BGB). Auch stellt es grundsätzlich keine unzulässige Rechtsausübung dar, wenn sich das Krankenhaus auf das vertragliche Aufrechnungsverbot beruft, selbst wenn die Gegenforderung der Krankenkasse vom Krankenhaus nicht bestritten wird. Nach BSG, Urt. v. 07.03.2023 - **B I KR 11/22 R** - kann eine medizinisch nicht notwendige **Verlegung** des Versicherten in ein anderes Krankenhaus einen Schadensersatzanspruch der Krankenkasse gegen das verlegende Krankenhaus begründen. Eine **Verlegung** führt trotz der damit verbundenen Vergütungsabschläge beider Krankenhäuser regelmäßig zu höheren Gesamtbehandlungskosten für die Krankenkasse. Deshalb bedarf es hierfür eines **sachlichen Grundes**, den das Krankenhaus im Streitfall darzulegen und ggf. zu beweisen hat. Als sachliche Gründe für eine Verlegung kommen zwingende medizinische Gründe, zwingende Gründe in der Person des Versicherten sowie übergeordnete Gründe der Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen, patienten- und bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhäusern (§ 1 Abs. 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz) in Betracht. In einem mehrstufigen Krankenhausversorgungssystem kann die Verlegung aus einem Krankenhaus einer höheren Stufe (zum Beispiel Maximalversorger) in ein Krankenhaus einer niedrigeren Stufe (zum Beispiel Grundversorger) gerechtfertigt sein, wenn und soweit es zur Behandlung des Versicherten der besonderen Mittel des Krankenhauses der höheren Stufe nicht (mehr) bedarf und die dortigen Versorgungskapazitäten für andere Patienten benötigt werden. Keines gesonderten sachlichen Grundes für die Verlegung bedarf es dagegen, wenn und soweit hierdurch für die Krankenkasse keine Mehrkosten entstehen. Dies kommt insbesondere bei einer Rückverlegung in Betracht wegen der für das wiederaufnehmende Krankenhaus in § 3 Abs. 3 Fallpauschalenvereinbarung 2017 angeordneten Fallzusammenführung. Nach BSG, Urt. v. 07.03.2023 - **B I KR 3/22 R** - entfällt der **Vergütungsanspruch des Krankenhauses für die medizinisch erforderliche Transplantation** eines im vorgesehenen Verfahren zugeteilten Organs nicht dadurch, dass das Krankenhaus **falsche Angaben zur Dringlichkeit der Transplantation an die Vermittlungsstelle gemeldet** hat. Den transplantationsrechtlichen Regelungen zur Übermittlung der für die Organzuteilung durch Eurotransplant erforderlichen Angaben kommt keine Vergütungsrelevanz zu. Die Regelungen über die Verteilung von Spenderorganen dienen nicht der Qualitätssicherung im System der gesetzlichen Krankenversicherung. Sie sollen nicht ein bestimmtes Niveau der Beschaffenheit der Leistungen sichern, sondern dienen der gerechten Verteilung von Überlebenschancen. Nach BSG, Urt. v. 07.03.2023 - **B I KR 11/22 R** - hat ein Krankenhaus keinen Anspruch auf Zahlung der **Aufwandspauschale** nach § 275c Abs. 1 S. 2 SGB V in der ab 2020 geltenden Fassung, wenn die Prüfung durch den MDK zwar nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages geführt hat, das **Krankenhaus** aber vor der Prüfung nicht - wie von § 301 Abs. 1 S. 1 Nr. 3 SGB V vorgegeben - auf Verlangen der Krankenkasse eine **medizinische Begründung** dafür gegeben hat, dass die (ursprünglich angenommene) voraussichtliche Dauer der Krankenhausbehandlung überschritten wird. Nach der Senatsrspr. besteht kein Anspruch auf Zahlung einer Aufwandspauschale, wenn das Prüfverfahren durch ein Fehlverhalten des Krankenhauses veranlasst worden ist. Daran hält der Senat weiter fest. Nach BSG, Urt. v. 24.01.2023 - **B I KR 6/22 R** - hat das LSG zutreffend entschieden, dass das Krankenhaus die durchgeführte **Abtragung des Knochensporn am Kieferknochen (partielle Maxillektomie)** mit dem Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS-Kode 5-771.10) verschlüsseln durfte. Die Voraussetzungen dieses Kodes sind erfüllt. Die **Kodierung von Prozeduren** knüpft nach den Deutschen Kodierrichtlinien (hier Version 2016) an den vom jeweiligen OPS-Kode definierten Eingriff an und nicht an das mit der Behandlung insgesamt verfolgte Ziel. Es ist weder jeder einzelne Handgriff zu kodieren noch werden alle zur Erreichung des Behandlungsziels erforderlichen Maßnahmen insgesamt in einem OPS-Kode zusammengefasst. Welche Behandlungsschritte Komponenten einer Prozedur sind, bestimmt sich nach den Regeln der ärztlichen Kunst für die Ausführung des jeweiligen, durch einen OPS-Kode konkret definierten Behandlungsverfahrens. Dies ist tatrichterlich zu ermitteln. Nach den bindenden Feststellungen des Landessozialgerichts wird die partielle Maxillektomie als eigenständige Prozedur durchgeführt, nicht lediglich als Komponente einer anderen

Prozedur. Sie ist nach den Regeln der ärztlichen Kunst weder regelhafter Bestandteil der Nasenseptum-Korrektur noch der Operationen an der unteren Nasenmuschel. Der Kodierung standen auch keine speziellen Ausschlussregelungen entgegen.

1. Vergütungsanspruch/Fälligkeit

a) Ordnungsgemäße Abrechnung: Grund der Aufnahme/Blockchemotherapie

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 01.02.2023 - L 10 KR 297/21 KH

RID 23-03-73

Revision zugelassen

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 112 II Nr. 1, 301 I Nr. 3

Sinkt der Streitwert im Berufungsverfahren unter die Grenze für zulässige Berufungen, macht dies die Berufung nicht unzulässig.

Eine **formal ordnungsgemäße Abrechnung** ist Grundvoraussetzung für die Fälligkeit eines entstandenen Anspruchs auf Vergütung von Krankenhausbehandlung eines Versicherten. Eine solche formal ordnungsgemäße Abrechnung setzt eine ordnungsgemäße Information der Krankenkasse über die vom Krankenhaus abgerechnete Versorgung nach Maßgabe der Informationsobliegenheiten und ggf. -pflichten voraus, insb. aus § 301 SGB V sowie ggf. ergänzenden landesvertraglichen Bestimmungen (BSG, Ur. v. 21.04.2015 - B 1 KR 10/15 R - NZS 2015, 578, juris Rn. 10). Ergänzende Angaben zum **Grund der Aufnahme** sind grds nur dann erforderlich, wenn eine Behandlung normativ, d.h. durch Rechtsvorschriften, Normverträge etc., dem ambulanten Bereich zugewiesen ist (vgl. dazu etwa BSG, Ur. v. 16.05.2012 - B 3 KR 14/11 R - BSGE 111, 58 = SozR 4-2500 § 109 Nr. 24, juris Rn. 34). Eine solche normative Zuweisung liegt bei einer **Blockchemotherapie** i.S.d. OPS 8-543 nicht vor, die Therapie ist weder im AOP-Katalog noch im EBM gelistet.

SG Duisburg, Gerichtsb. v. 08.03.2021 - S 17 KR 2080/20 - juris verurteilte die Bekl. zur Zahlung von 1.361,64 € nebst Zinsen. Die Bekl. bezahlte die Klageforderung mit der Erklärung, dies stelle kein Anerkenntnis der Klageforderung dar. Die Beteiligten haben den Rechtsstreit daraufhin hinsichtlich der Hauptforderung sowie z.T. hinsichtlich des Zinsanspruchs übereinstimmend für erledigt erklärt. Streitig blieb ein Zinsanspruch für die Zeit vom 01.10.2020 bis 23.09.2022. Das **LSG** wies die Berufung zurück.

b) Medizinische Begründung zur Vollständigkeit der Datenübermittlung (AOP-Katalog)

SG Magdeburg, Urteil v. 17.02.2023 - S 34 KR 1296/18

RID 23-03-74

www.juris.de

SGB V §§ 39, 115b, 275 I c, 301

Leitsatz: 1. Die **Vergütung** einer Krankenhausleistung wird erst dann **fällig**, wenn die Daten nach § 301 SGB V vollständig von dem Krankenhaus übermittelt worden sind. Hierzu gehört die **medizinische Begründung** nach § 301 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V, wenn eine vollstationäre Behandlung in den Fällen erfolgt ist, in denen **regelmäßig eine ambulante Behandlung** ausreichend ist, um den Grund der Aufnahme festzustellen (vgl. BSG, Ur. v. 21.04.2015 - B 1 KR 10/15 R - NZS 2015, 578 = KHE 2015/29).

2. An den **Inhalt der medizinischen Begründung** im Sinne von § 301 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V sind keine hohen Anforderungen zu stellen. Sie muss zutreffend und richtig sein. Insofern kommt der medizinischen Begründung eine reine Ordnungsfunktion zu. Die Mitteilung eines Kriteriums nach AOP-Katalog kann im Einzelfall ausreichen.

3. Lässt die beklagte Krankenkasse gegenüber der Klägerin erkennen, dass die Daten vollständig sind und zweifelt sie aufgrund derer an der **Erforderlichkeit der stationären Behandlung** im Sinne von § 39 SGB V (primäre Fehlbelegung), hat sie im Prüfverfahren das „Ob“ der vollständigen Datenübermittlung hin zum „wie“ des Behandlungsfalles überschritten, so dass die **Prüffrist** nach § 275 Abs. 1 c SGB V in Gang gesetzt wird.

4. Dem Gericht war die **Prüfung** der vorgetragenen primären Fehlbelegung nur anhand der bereits vorgelegten **Unterlagen** möglich (vgl. BSG, Ur. v. 22.06.2022 - B 1 KR 19/21 R - BSGE 134, 172 = SozR 4-2500 § 275 Nr. 39). Zur Vorlage der vollständigen Patientenunterlagen im Klageverfahren war die Klägerin nicht verpflichtet.

Das **SG** verurteilte die Bekl., an die Kl. einen Betrag in Höhe von 1.230,71 € nebst Zinsen zu zahlen.

c) Beweislast des Krankenhauses über Leistungsvoraussetzungen (Ger. frühreh. Komplexb.)

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 16.05.2023 - L 16 KR 1/22

RID 23-03-75

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

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

Leitsatz: 1. Zur Klage einer gesetzlichen Krankenkasse gegen ein Krankenhaus auf Rückzahlung geleisteter Krankenhausvergütung für die Abrechnung des OPS-Kodes 8-550 (**geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung**).

2. Das SGB V sieht bei Streit über die Krankenhausvergütung **vorprozessual kein Verwaltungsverfahren** mit Amtsermittlung durch die Krankenkasse vor.

3. Der Krankenkasse steht ein öffentlich-rechtlicher **Erstattungsanspruch** zu, wenn das **Krankenhaus nicht nachweist**, dass es die **Voraussetzungen** des OPS 8-550, Dokumentation wöchentlicher Teambesprechungen unter Beteiligung aller Berufsgruppen (BSG, Urt. v. 19.12.2017 - B 1 KR 19/17 R - BSGE 125, 91 = SozR 4-1500 § 120 Nr. 3), erfüllt hatte. Das Krankenhaus trägt die Beweislast dafür, dass die Voraussetzungen des Codes erfüllt sind.

4. Die **Einleitung eines Prüfverfahrens** durch den Medizinischen Dienst (MD) nach § 275 Abs. 1c SGB V war jedenfalls für die noch streitigen Behandlungsfälle aus den Jahren 2014 und 2015 nicht notwendig, da § 275 Abs. 1c SGB V in der bis zum 31. Dezember 2015 geltenden Fassung auf sachlich-rechnerische Prüfungen keine Anwendung fand.

5. Der Anspruch der Krankenkasse ist auch nicht **verwirkt**, Vertrauensschutzgesichtspunkte standen dem Erstattungsanspruch der Krankenkasse nicht entgegen.

SG Lüneburg, Urt. v. 02.12.2021 - S 9 KR 511/18 - wies die Klage der Krankenkasse ab, das **LSG** verurteilte die bekl. Krankenhausträgerin, an die Kl. 9.951,86 € nebst Zinsen zu zahlen.

d) Leistungen nach Tagespauschalen: Übermittlungspflicht eines OPS/Leistungsmerkmale

LSG Schleswig-Holstein, Urteil v. 31.01.2023 - L 10 KR 235/20

RID 23-03-76

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 23/23 B

www.juris.de

SGB V § 301; KHG § 17b I 10

Leitsatz: 1. Ein Krankenhaus ist auch dann nach § 301 Abs. 1 SGB V zur **Übermittlung eines OPS** verpflichtet, wenn es als besondere Einrichtung im Sinne von § 17b Abs. 1 Satz 10 KHG anerkannt ist und Leistungen nach Tagespauschalen abrechnet.

2. Das Krankenhaus muss dann auch die qualitativen und quantitativen **Leistungsmerkmale** erbringen, die der jeweilige OPS vorsieht, und die Leistungserbringung **dokumentieren**.

3. Die **neuropädiatrische Komplexbehandlung** (OPS 9-403.5) verbindet Leistungen, die je für sich ambulant erbracht werden können, in einem Gesamtkonzept und setzt eine **multidisziplinäre Betreuung** in dem vorgesehenen zeitlichen Intervall voraus. Nur diese Kombination rechtfertigt die stationäre Aufnahme eines Versicherten, so dass kein Vergütungsanspruch besteht, wenn im Rahmen der stationären Behandlung nicht alle Leistungsmerkmale erfüllt werden.

SG Lübeck, Urt. v. 12.08.2020 - S 51 KR 52/18 - wies sie Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

e) Erstuntersuchung als vorstationäre Behandlung nach Landesvertrag

LSG Hamburg, Urteil v. 23.03.2023 - L 1 KR 107/22 D

RID 23-03-77

Revision anhängig: B 1 KR 12/23 R

www.juris.de

SGB V §§ 39 I, 76 I 2, 109 IV 3, 112, 115a, 115b

Eine **landesvertragliche Regelung**, in der die Abrechnung einer Erstuntersuchung im Krankenhaus ohne Einweisungsverordnung wie eine vorstationäre Behandlung erlaubt wird (hier: § 4 Abs. 6 S. 3 des Hamburger Krankenhausvertrags), wird von der **Regelungskompetenz** der Vertragspartner nach § 112 Abs. 1 SGB V erfasst. Dies gilt zumindest dann, wenn nach der Aufnahmeuntersuchung die Entscheidung zur stationären Aufnahme in dem untersuchenden Krankenhaus getroffen wurde und die

Aufnahme nur aufgrund des Verhaltens des Versicherten - der das Krankenhaus entgegen dem ärztlichen Rat verlassen hat - nicht realisiert wurde. Wäre die von den Ärzten für notwendig erachtete Aufnahme durchgeführt worden, so wäre die Aufnahmeuntersuchung Teil der mit einer Fallpauschale entgoltenen stationären Behandlung gewesen (vgl. BSG, Urt. v. 18.05.2021 - B 1 KR 11/20 R - BSGE 132, 137 = SozR 4-2500 § 109 Nr. 85 Rn. 13). Kommt es aus von dem Krankenhaus nicht zu vertretenden Gründen nicht zu der beschlossenen stationären Aufnahme und handelt es sich gleichzeitig nicht um eine dem ambulanten Bereich zuzuordnende Notfallbehandlung, so ist nicht nachvollziehbar, warum eine vertragliche Vergütungsregelung dieser besonderen, dem Bereich des § 39 SGB V zuzuordnenden (Aufnahme-) Situation unzulässig sein sollte.

SG Hamburg, Urt. v. 11.05.2016 - S 42 KR 2632/20 - verurteilte die Bekl. zur Zahlung von 323,13 € nebst Zinsen, das **LSG** wies die Berufung zurück.

f) Teilnahme des Versicherten an einer Studie

SG Augsburg, Gerichtsbescheid v. 20.06.2023 - S 3 KR 387/22

RID 23-03-78

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 39 I, 109 IV; KHEntgG §§ 7, 8 I; KHG § 17b

Ein Vergütungsanspruch resultiert daraus, dass der Versicherte in die sog. **CAMI-Studie einbezogen** war (vgl. BSG, Urt. v. 22.06.2022 - B 1 KR 25/21 R - BSGE 134, 184 = SozR 4-2500 § 39 Nr. 36).

Das **SG** verurteilte die Bekl., an die Klägerin 17.750,63 € und einen weiteren Betrag in Höhe von 300 € nebst zu zahlen.

g) Epidural gepulste Radiofrequenztherapie

aa) Qualitätsgebot

SG München, Urteil v. 21.03.2023 - S 28 KR 3866/19

RID 23-03-79

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 2 I 3, 137c III 1

Für die **epidurale gepulste Radiofrequenztherapie** bei **lumbalen Schmerzen** besteht eine sehr geringe Evidenz, bedingt durch den Mangel an randomisierten Placebo-kontrollierten Studien. Die Therapie entsprach im Juni 2018 nicht dem allgemeinen **Qualitätsgebot** nach § 2 Abs. 1 S. 3 SGB V. Sie hat auch nicht das hinreichende Potenzial einer erforderlichen Behandlungsalternative bei Lumbalgie.

Das **SG** wies die Klage ab.

S. auch SG Dortmund, Urt. v. 21.10.2022 - S 78 KR 1492/20 WA - RID 23-02-85.

bb) Fehlende evidenzgesicherte Basis

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 22.03.2023 - L 16 KR 106/19

RID 23-03-80

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 2 I 3, Ia, 39, 109 IV, 137c, 137e; KHEntgG § 7; KHG § 17b

Der Anspruch auf Vergütung setzt auch im stationären Bereich die Beachtung des **Qualitäts-** (§ 2 Abs. 1 S. 3 SGB V) und des **Wirtschaftlichkeitsgebots** (§ 12 Abs. 1 SGB V) voraus. Jedenfalls im Jahr 2012 handelte es sich bei der **epiduralen gepulsten Radiofrequenztherapie** um eine Methode ohne ausreichende evidenzgesicherte Basis, über deren Anwendung in Fachkreisen noch kein breiter Konsens bestand.

SG Berlin, Urt. v. 07.02.2019 - S 72 KR 2402/13 - verurteilte die Bekl. zur Zahlung von 5.257,02 € nebst Zinsen, das **LSG** wies die Klage ab.

h) Versorgung mit einer patientenindividuell angefertigten Kniegelenks-Prothese

LSG Schleswig-Holstein, Urteil v. 25.04.2023 - L 10 KR 21/21

RID 23-03-81

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 51/23 B

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 33 I

Leitsatz: 1. Soweit die **Versorgung mit einer patientenindividuell angefertigten Kniegelenks-Prothese** für den Versicherten mit einem deutlichen Gebrauchsvorteil (beispielsweise beim Bewegungsumfang oder der Stabilität des behandelten Kniegelenks) gegenüber der Versorgung mit einer **Standard-Prothese** einhergeht, umfasst der **Versorgungsauftrag** der GKV auch die für das spezielle Implantat anfallenden, höheren (stationären) Behandlungskosten.

2. Bislang gibt es noch **keinen studiengestützten Nachweis** darüber, dass die Implantation einer patientenindividuell angefertigten Kniegelenks-Prothese gegenüber der Implantation einer Standard-Prothese auch bei Patienten **ohne eine außergewöhnliche Knie deformität** generell zu einer klinischen Ergebnisverbesserung führt.

3. Daher ist die mit **höheren Behandlungskosten** verbundene Versorgung von Patienten ohne eine außergewöhnliche Knie deformität mit einer patientenindividuell angefertigten Kniegelenks-Prothese regelmäßig **nicht erforderlich bzw. unwirtschaftlich** gemäß der §§ 2 Abs. 1 Satz 1, 12 Abs. 1 Satz 2 und 70 Abs. 1 SGB V.

4. Die Versorgung von Patienten ohne eine außergewöhnliche Knie deformität mit einer patientenindividuell angefertigten Kniegelenks-Prothese hat zwar das Potential für eine klinische Ergebnisverbesserung. Allerdings steht mit der Implantation von Standard-Prothesen eine **Standard-Therapie als Behandlungsalternative** zur Verfügung.

SG Itzehoe, Urt. v. 18.09.2020 - S 26 KR 14/18 - wies die Klage ab, das **LSG** wies die Berufung zurück.

i) Qualitätsgebot: Implantation eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation

LSG Hessen, Urteil v. 20.10.2022 - L 8 KR 448/20

RID 23-03-82

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 91/22 B

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 2 I 3, 12 I, 39 I, 109 IV 3, 135a I 1, 137c I 2, 301 II 2

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

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

3. Die **Implantation eines Neurostimulators** zur epiduralen Rückenmarkstimulation im Krankenhaus der Klägerin (Behandlungsjahr 2017) erfüllte die Voraussetzungen der S3-Leitlinie „Epidurale Rückenmarkstimulation zur Therapie chronischer Schmerzen“ nicht und entsprach daher nicht den Anforderungen des Qualitätsgebots.

SG Fulda, Urt. v. 13.10.2020 - S 4 KR 395/18 - verurteilte die Bkl., an die Kl. 17.129,65 € nebst Zinsen zu zahlen, das **LSG** wies die Klage ab.

j) Ambulante Operation: Keine gesonderte Vergütung für Einmalartikel (hier: Trokare)

LSG Sachsen, Urteil v. 30.11.2022 - L 1 KR 310/18

RID 23-03-83

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 12 I 2, 87 I, 115b

Leitsatz: Soweit bei **ambulanten Operationen** der Einsatz mehrfach verwendbarer Instrumente (hier: Trokare) erlaubt ist, dem medizinischen Standard entspricht und hierdurch die wirtschaftliche Versorgung der Versicherten sichergestellt ist, scheidet im Fall der Verwendung von **Einmalartikeln** eine gesonderte Vergütung aus.

SG Chemnitz, Urt. v. 12.06.2018 - S 11 KR 963/16 - verurteilte die Bkl. zur Zahlung von 1.788,85 € nebst Zinsen an die Kl., das **LSG** wies die Klage ab.

k) Aufrechnungsverbot

aa) Unzulässige Aushebelung des gesetzl. Aufrechnungsverbots in Übergangsvereinbarung

SG Nürnberg, Urteil v. 08.02.2023 - S 18 KR 937/21

RID 23-03-84

Berufung anhängig: LSG Bayern - L 20 KR 94/23 -

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 109 VI

Parallelverfahren zu SG Nürnberg, Urt. v. 09.11.2022 - S 18 KR 704/21 - RID 23-01-91:

Im Zeitpunkt einer Aufrechnungserklärung im Juli 2021 existierte das **gesetzliche Aufrechnungsverbot** des § 109 Abs. 6 SGB V.

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. 1.003,24 € nebst Zinsen zu zahlen.

bb) Weitere Gültigkeit eines Aufrechnungsverbots in Landesvertrag/Sachl.-rechn. Prüfung

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 22.06.2022 - L 10 KR 377/21 KH

RID 23-03-85

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 275 I c

Einer Aufrechnung steht das **Aufrechnungsverbot** aus § 15 Abs. 4 S. 2 Landesvertrag NRW entgegen. Der im Jahr 2003 gekündigte Vertrag ist weiter anzuwenden, da ein neuer Vertrag bislang nicht zustande gekommen ist (vgl. auch LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 24.05.2012 - L 16 KR 8/09 - RID 12-03-153, Revision zurückgewiesen durch BSG, Urt. v. 21.03.2013 - B 3 KR 23/12 R - SozR 4-5562 § 8 Nr. 5).

§ 9 PrüfvV 2015 steht dem Aufrechnungsverbot nicht entgegen, denn die PrüfvV ist auf den Behandlungsfall der Versicherten nicht anwendbar. Nach BSG, Urt. v. 23.05.2017 - B 1 KR 24/16 R - SozR 4-2500 § 301 Nr. 8 Rn. 30 galt die PrüfvV 2015 ebenso wie § 275 Abs. 1c SGB V nur für **Auffälligkeitsprüfungen** betreffend die Wirtschaftlichkeit, nicht aber für **sachlich-rechnerische Prüfungen**. Ob eine Krankenkasse einen Prüfauftrag mit dem Ziel der Abrechnungsminderung i.S. des § 275 Abs. 1c S. 3 SGB V oder der sachlich-rechnerischen Richtigkeitsprüfung erteilt, richtet sich nach den Grundsätzen über die Auslegung von Willenserklärungen (BSG, Urt. v. 23.05.2017, aaO. Rn 39) und steht nicht im Belieben der Krankenkasse. Auch wird die Art der Abrechnungsprüfung und damit die Anwendbarkeit des § 275 Abs. 1c S. 3 SGB V und ihm folgend der PrüfvV 2015 nicht etwa allein durch eine Beauftragung des MDK ausgelöst.

SG Dortmund, Gerichtsbb. v. 23.04.2021 - S 63 KR 6466/19 - juris verurteilte die Bekl., an die Kl. 1.155,35 € nebst Zinsen zu zahlen. Das **LSG** wies die Berufung zurück. Nachgehend **BSG**, Beschl. v. 10.11.2022 und v. 11.01.2023 - B 1 KR 73/22 B - (Kostenentscheidung nach zugelassener, aber nachfolgend nicht eingeleiteter Revision).

cc) Keine Ausnahme vom Aufrechnungsverbot durch Übergangsvereinbarung

SG Nürnberg, Urteil v. 27.04.2023 - S 18 KR 732/22

RID 23-03-86

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 109 VI; KHG § 17c

Im Zeitpunkt der Aufrechnungserklärung im August 2021 existierte das gesetzliche **Aufrechnungsverbot** des § 109 Abs. 6 SGB V. Es entspricht mithin dem ausdrücklichen Willen des Gesetzgebers, dass eine Aufrechnung in der Regel nicht zulässig ist.

Die **Übergangsvereinbarung** v. 10.12.2019 zur PrüfvV 2016, wonach eine Aufrechnung weiterhin zulässig wäre, ist eine vollständige Aushebelung des gesetzlichen Aufrechnungsverbots und nicht von der **Ermächtigungsgrundlage** des § 17c KHG gedeckt.

Das **SG** verurteilte die Bekl., an die Kl. 7.681,71 € nebst Zinsen zu zahlen. I

2. Aufnahme in das Verzeichnis der Krankenhausstandorte

SG Berlin, Urteil v. 20.06.2023 - S 198 KR 376/22

RID 23-03-87

www.juris.de

SGB V §§ 108, 293 KHG §§ 2a I, II, 18a VI

Der Anspruch auf Aufnahme in das Standortverzeichnis kann sich nur aus § 4 Abs. 3 Verzeichnisvereinbarung i.V.m. § 2 Abs. 5 lit. c Standortvereinbarung ergeben. Ein Anspruch auf Aktualisierung der im Verzeichnis hinterlegten Daten nach § 4 Abs. 3 Verzeichnisvereinbarung besteht nicht nur bei einer Änderung der tatsächlichen Verhältnisse, sondern auch dann, wenn sich eine **Eintragung** als **fehlerhaft** herausstellt. Denn den Krankenhäusern muss es möglich sein, fehlerhaften Eintragungen - die etwa nicht mit den Anforderungen der Standortvereinbarungen übereinstimmen - entgegenzuwirken.

Standorte sind nicht als Flächenstandort in das Standortverzeichnis aufzunehmen, wenn die Voraussetzungen des § 2 Abs. 5 lit. c Standortvereinbarung nicht erfüllt sind. Die fraglichen Einzelstandorte müssen gedanklich als einheitlicher Flächenstandort betrachtet werden und sodann dürfen die äußeren Gebäude dieses (gedachten) Flächenstandorts nicht mehr als 2.000 m Luftlinie voneinander entfernt liegen.

Die Beteiligten streiten darum, ob zwei Standorte des von der Kl. betriebenen, in den Krankenhausplan des Landes Nordrhein-Westfalen aufgenommenen Krankenhauses als ein sog. Flächenstandort in das von den Bekl. geführte Standortverzeichnis aufzunehmen sind. Die Bekl. zu 1 ist der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und eine Körperschaft öffentlichen Rechts (§ 217a Abs. 2 SGB V). Die Bekl. zu 2 ist der Zusammenschluss der Landeskrankenhausesgesellschaften (§ 108a S. 2 SGB V) und ein privatrechtlich eingetragener Verein. Das **SG** wies die Klage ab.

3. Mindestmengenregelung für komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus für Erwachsene

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 08.06.2023 - L 1 KR 475/21 KL

RID 23-03-88

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 49/23 B

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V a.F. § 137 III 1 Nr. 2; SGB V §§ 136b V, 136d

Leitsatz: Die **Anhebung** der **Mindestmengenregelung** für komplexe Eingriffe am Organsystem **Ösophagus** für Erwachsene von 10 auf 26 Fälle ist nicht zu beanstanden.

Die kl. Krankenhausträgerin wandte sich gegen den Beschl. des bekl. GBA v. 17.12.2020 (BANz AT v. 25.01.2021 B6), soweit darin die Mindestmenge für „Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus für Erwachsene“ von 10 auf 26 Fälle pro Jahr und Standort eines Krankenhauses geändert wurde. Das **LSG** wies die Klage ab.

4. Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen durch InEK

SG Karlsruhe, Urteil v. 10.10.2022 - S 9 KR 2984/21

RID 23-03-89

www.juris.de = ZMGR 2023, 99

SGB V § 137i; GG Art. 3 I

Das **Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus** (InEK) war zum Zeitpunkt des Zugangs der „Ausgangsbescheide“ v. 12.11.2020 und 06.05.2021 nicht ordnungsgemäß **beliehen** zur **Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen**. Auch die spätere Rechtsänderung durch das Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG) konnte diesen Zustand nicht rückwirkend „heilen“.

Die Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen allein auf der Grundlage von § 3 Abs. 2 Nr. 1 Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung für das Jahr 2021 (PpUGV-2021) verstößt gegen den **allgemeinen Gleichheitssatz** (Art. 3 Abs. 1 GG), wenn ein **atypischer Sachverhalt** im Hinblick auf die anzutreffenden Krankheitsbilder mit dem insoweit maßgeblichen Versorgungsbedarf festgestellt werden kann, der gerade nicht den in der Verordnung unterstellten hohen Pflegebedarf begründet.

Die kl. Krankenhausträgerin wandte sich gegen die Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen im Fachgebiet Neurologie basierend auf der Verordnung zur Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern (Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung - PpUGV) für das Jahr

2021 durch das bekl. Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus. Das **SG** hob die angefochtenen Bescheide auf.

5. Erstattung der Gebühren für Transport eines Neugeborenen

SG Berlin, Urteil v. 14.06.2023 - S 221 KR 2753/21

RID 23-03-90

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 60 I 1, 133

Leitsatz: 1. **Gebühren**, die durch die Berliner Feuerwehr nach Maßgabe von § 1 Abs. 1 Satz 1 FwBenGebO i.V.m. dem Gebührenverzeichnis „B“ für den **Transport eines Neugeborenen** erhoben werden, sind gemäß § 60 Abs. 1 Satz 1 SGB V i. V. m. § 133 SGB V von der Feuerwehr gegenüber der Krankenversicherung **abzurechnen**.

2. Soweit ein Krankenhaus auf die Rechnung der Feuerwehr die Kosten eines Krankentransports bezahlt, kann sie mangels Ermächtigungsgrundlage die **Erstattung der Kosten** nicht von der Krankenversicherung verlangen.

3. Bei Krankentransporten handelt es sich nicht um einen Bestandteil der **Fallpauschalen** (Anschluss an LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 27.07.2022 - L 5 KR 522/22 - RID 22-04-129, juris Rn. 33, Revision anhängig: B 3 KR 15/22 R).

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

6. Prüfvereinbarung

a) Benennung der konkreten Höhe des Erstattungsanspruchs bei sekundärer Fehlbelegung

SG Ulm, Urteil v. 30.03.2023 - S 13 KR 3202/21

RID 23-03-91

www.juris.de

SGB V §§ 109 IV 3, 137c, 275 Ic; PrüfvV 2014 § 8

Leitsatz: Die Entscheidung der Krankenkasse nach § 8 S. 1 PrüfvV muss zumindest bei Fällen **sekundärer Fehlbelegung** den geltend gemachten **Erstattungsanspruch** der Höhe nach **konkret benennen**. Der Verweis auf Stellungnahmen des MD reicht hierfür nicht aus.

Zur Auslegung der leistungsrechtlichen Entscheidung kann nur in Fällen einer **primären Fehlbelegung** die **Rechnung des Krankenhauses** herangezogen werden, nicht aber in Fällen **sekundärer Fehlbelegung**.

Das **SG** verurteilte die Bekl., der Kl. 1.823,11 € nebst Zinsen zu zahlen.

b) Fehlende Benennung eines konkreten Erstattungsbetrages

SG Ulm, Urteil v. 25.11.2022 - S 10 KR 160/20

RID 23-03-92

Berufung anhängig: LSG Baden-Württemberg - L 11 KR 875/23 -

www.juris.de

SGB V §§ 109 IV 3, 137c, 275 Ic; PrüfvV 2014 § 8

Leitsatz: 1. Für die **Mitteilung des Erstattungsanspruches** nach § 8 S. 1 PrüfvV 2014 ist es grundsätzlich erforderlich, dass die Krankenkasse den Anspruch in konkreter Höhe geltend macht.

2. Zur Auslegung der leistungsrechtlichen Entscheidung kann jedoch in Fällen der primären Fehlbelegung die geprüfte Rechnung des Krankenhauses herangezogen werden, sodass die **fehlende Benennung eines konkreten Erstattungsbetrages ausnahmsweise unschädlich** sein kann, weil dann keine krankenhauseinzelnen Zu- und Abschläge zu berechnen sind und daher die Annahme des Erfordernisses einer zwingenden Angabe des Erstattungsbetrages reine Förmerei wäre.

Das **SG** wies die Klage ab.

c) Konkrete Höhe des Erstattungsanspruchs/Elf-Monatsfrist zur Beanstandung

SG Rostock, Urteil v. 04.05.2023 - S 11 KR 151/21

RID 23-03-93

www.juris.de

SGB V §§ 109 IV 3, 275 I c; KHG § 17c II

Leitsatz: 1. Für die Mitteilung des **Erstattungsanspruchs** nach § 8 PrüfvV ist es grundsätzlich erforderlich, dass die Krankenkasse den Anspruch in **konkreter Höhe geltend** macht.

2. Eine Mitteilung der konkreten Höhe des Anspruchs kann grundsätzlich nicht darin gesehen werden, dass eine Krankenkasse vollumfänglich **auf ein Gutachten des MDK verweist**, welches auch eine Übersicht der Groupingergebnisse mit Vergütungsvergleich zwischen der Abrechnung des MDK und der Abrechnung des Krankenhauses enthält. Eine entsprechende Auslegung der Mitteilung der Krankenkasse muss zumindest dann ausscheiden, wenn krankenhausindividuelle Zu- und Abschläge zu berechnen sind, solche vom MDK nicht eingerechnet werden und den Beteiligten dadurch von vornherein bewusst ist, dass das vom MDK festgestellte Groupingergebnis nicht mit der Höhe des tatsächlichen - korrigierten - Vergütungsbetrages identisch sein kann.

3. Bei der **elfmonatigen Frist des § 8 Satz 3 PrüfvV** handelt es sich nach dem ausdrücklichen Wortlaut des § 8 Satz 4 PrüfvV um eine **Ausschlussfrist**. Unterbleibt eine fristgemäße Mitteilung, ist die Krankenkasse mit Einwendungen ausgeschlossen und nicht zur Verrechnung berechtigt.

Das **SG** verurteilte die Bekl., an die Kl. 19.601,42 € nebst zu zahlen.

d) Keine Präklusion ohne eindeutige Anforderung der Krankenakte im schriftlichen Verfahren

LSG Hamburg, Urteil v. 27.04.2023 - L 1 KR 63/22 D

RID 23-03-94

www.juris.de

SGB V § 39 I 2; KHG § 17c II; § 7 II 4 PrüfvV 2016

Wegen der erheblichen Folgen der in der PrüfvV 2016 geregelten **Präklusion** für den Fall, dass im schriftlichen Verfahren konkret angeforderte Unterlagen nicht fristgemäß vorgelegt werden, sind an deren Annahme **strenge Anforderungen** zu stellen. Vorliegend hatte der MDK zweimal eine Prüfung vor Ort angekündigt. Dass dieses Verfahren durch das allein ggf. zu einer Präklusion führende schriftliche Verfahren ersetzt werden sollte, wurde durch das Schreiben vom Februar 2017 nicht hinreichend deutlich. Da die **Anforderung der Krankenakte** aus Sicht der Kl. nicht im formalisierten schriftlichen Verfahren erfolgte, bleibt die Nichteinhaltung der gesetzten Frist für diese ohne Konsequenzen.

SG Hamburg, Urt. v. 30.05.2022 - S 56 KR 4958/18 - wies die Klage ab, das **LSG** verurteilte die Bekl., an die Kl. 2.280,05 € nebst Zinsen zu zahlen.

e) Beschränkung der Prüfanzeige auf Kodierprüfung

LSG Baden-Württemberg, Beschluss v. 26.04.2023 - L 5 KR 872/21

RID 23-03-95

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 276 II 1; PrüfvV 2014 §§ 6, 7

Eine **Prüfanzeige** ist beschränkt auf eine **Kodierprüfung**, wenn unter „zu prüfende Diagnosen“ nur die L89.15 aufgeführt wird. Allein die Frage „ist die DRG korrekt“ eröffnet aus Sicht des objektiven Empfängerhorizontes keine umfassende Prüfung, da auch nur einzelne Diagnosen und Prozeduren Auswirkungen auf die DRG haben (können). Vor dem Hintergrund des so zu verstehenden Prüfauftrags darf ein Krankenhaus die Übermittlung der **angeforderten Unterlagen** auf die zur Prüfung der Nebendiagnose L89.15 erforderlichen Unterlagen beschränken. Zwar führt nach dem Regelungssystem der §§ 6 und 7 PrüfvV 2016 der MDK die Prüfung einschl. der Beschaffung der Prüfunterlagen eigenverantwortlich durch; er entscheidet selbst, welche konkreten Unterlagen er anfordert. Dies gilt aber nicht, wenn er sich mit der Anforderung der Unterlagen offensichtlich außerhalb des Prüfgegenstands bewegt (BSG, Urt. v. 10.11.2021 - B 1 KR 22/21 R - SozR 4-2500 § 275 Nr. 35)

Der Aufforderung Unterlagen vorzulegen, die sich augenscheinlich außerhalb des Prüfauftrags bewegen, muss ein Krankenhaus nicht nachkommen. Unterbleibt eine **Erweiterungsanzeige**, ist das Krankenhaus **mit Unterlagen**, welche die erweiterte Prüfung betreffen, **nicht ausgeschlossen**.

SG Stuttgart, Urt. v. 10.02.2021 - S 15 KR 6006/19 - verurteilte die Bekl. zur Zahlung von 19.665,92 € zzgl. Zinsen. Das **LSG** wies die Berufung zurück.

f) Korrektur der Rechnung: Nicht prüfungsrelevante Parameter

LSG Schleswig-Holstein, Urteil v. 25.04.2023 - L 10 KR 15/21

RID 23-03-96

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 44/23 B

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 39 I, 109 IV 3, 301; KHEntgG §§ 6, 11; KHG § 17b, 18

Hat die Krankenkasse den Prüfgegenstand auf einen oder mehrere der Parameter nach § 4 S. 1 und 2 PrüfvV 2016 beschränkt, ist die spätere Änderung dieser Parameter seitens des Krankenhauses unzulässig. Zulässig ist jedoch die **Änderung von Parametern** des § 4 S. 2 PrüfvV, die nicht Gegenstand der Prüfung waren. Ein Krankenhaus ist mit der Vorlage einer **korrigierten Rechnung** nicht nach § 7 Abs. 5 S. 2 PrüfvV 2016 ausgeschlossen, wenn drei DRG-relevante Nebendiagnosen kodiert werden, die nicht explizit benannter Gegenstand des formulierten Prüfauftrags und auch nicht in der Diagnosenliste des MDK-Gutachtens aufgeführt waren.

SG Kiel, Gerichtsbb. v. 04.01.2021 - S 44 KR 408/19 - verurteilte die Bekl., der Kl. 5.914,53 € nebst Zinsen zu zahlen, das **LSG** wies die Berufung zurück.

7. Fallpauschalen

a) Versorgungsauftrag: Neurolog. Frührehabilitation und intensivmed. Komplexbehandlung

SG Berlin, Urteil v. 26.07.2023 - S 223 KR 2413/21

RID 23-03-97

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 109 IV 3, 301 II 2; KHEntgG §§ 7 I 1 Nr. 1, 8 I 3; KHG § 17b

Leitsatz: Ein Krankenhaus mit einem **Versorgungsauftrag** für Leistungen der neurologischen Frührehabilitation der Phase B ist berechtigt, den OPS-Code 8-890 (**Intensivmedizinische Komplexbehandlung**) zu verschlüsseln.

Das **SG** verurteilte die Bekl., an die Kl. 808.108,97 € zzgl. Zinsen zu zahlen.

b) Auslegung des Begriffs „Sepsis“ anhand der Leitlinie

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 18.01.2023 - L 11 KR 281/21 KH

RID 23-03-98

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 39 I, 109 IV; KHEntgG §§ 7, 8 I; KHG § 17b

Aufgrund der Anwendbarkeit der PrüfvV 2016 kommt das **landesvertragliche Aufrechnungsverbot** (§ 15 Abs. 1 Satz 4 LV NRW) nicht zur Anwendung. Die auf den §§ 275 bis 283 SGB V beruhende PrüfvV 2016 geht insoweit als jüngere und bundeseinheitliche Regelung den landesvertraglichen Bestimmungen nach § 112 Abs. 2 Nr. 2 SGB V vor; eine entsprechende Regelung trifft § 12 PrüfvV 2016 (vgl. für die PrüfvV 2014: LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 03.12.2020 - L 16 KR 505/17 - juris Rn. 30, RID 21-03-100).

Der Wortlaut des Kodes A41.9 des ICD-10-GM (2018; „**Sepsis**, nicht näher bezeichnet“) enthält keine weiteren Hinweise für dessen Verständnis. Maßgeblich ist der (bezogen auf den Behandlungsfall) aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisstand. Hierfür kann auf die **Leitlinie** (S2) „Prävention, Diagnose, Therapie und Nachsorge der Sepsis“ der Deutschen Sepsis-Gesellschaft und der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin abgestellt werden.

SG Gelsenkirchen, Urt. v. 25.02.2021 - S 11 KR 3141/19 - verurteilte die Bekl. zur Zahlung weiterer Krankenhausvergütung in Höhe von 1.649,54 € nebst Zinsen, das **LSG** wies die Berufung zurück.

c) Kodierung einer Sepsis: Geltung des Leitlinienstandards bis zur Neufassung

SG Gelsenkirchen, Urteil v. 11.05.2022 - S 46 KR 524/20

RID 23-03-99

www.juris.de

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

Die Kodierung mittels der DRG T60E beinhaltet das Vorliegen einer **Sepsis** (A41.51). Die medizinischen Voraussetzungen für die Diagnose einer Sepsis sind weder in den Kodierrichtlinien, noch im ICD-10 definiert. Bis zumindest Februar 2016 hat die Kodierung anhand der S2 Leitlinien der Deutschen Sepsis-Gesellschaft e.V. und der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin zu erfolgen.

Die ärztliche Behandlung und Abrechnung von Krankenhausbehandlungsfällen richtet sich nicht ausschließlich nach dem „neuesten“ Stand der wissenschaftlichen Diskussion. Hiermit wäre eine nicht zumutbare rechtliche Ungewissheit verbunden, da sich der wissenschaftliche Diskurs im stetigen Fluss befindet und die Abrechnung somit auch vom Zufall abhängen würde. Es bedarf vielmehr eines Maßes an **Verbindlichkeit** innerhalb der medizinischen Wissenschaft, die über den bloßen **Stand der wissenschaftlichen Diskussion** hinausgeht. Ein solches, zur Abrechnung erforderliches, aber auch ausreichendes Maß an Verbindlichkeit liegt im Hinblick auf die Definition der Sepsis im Oktober 2017 in Form der S2-Leitlinie (noch) vor, da sie noch nicht durch eine neue Leitlinie abgelöst worden war.

Das **SG** verurteilte die Bekl., an die Kl. 1.854,71 € nebst Zinsen zu zahlen.

d) Feststellung der OPS-Strukturmerkmale für Schlaganfallstation:
Kooperationsbeziehungen

SG München, Urteil v. 02.05.2023 - S 7 KR 1032/22

RID 23-03-100

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 275d I 1, II, 301

Eine **Kooperationspartnerschaft** i.S.d. OPS 8-98b erfordert als Strukturmerkmal nicht nur, dass Leistungen tatsächlich erbracht werden. Vielmehr muss eine rechtlich verfestigte Kooperationsbeziehung bestehen, die etwa vertraglich, durch Verwaltungsakt oder normativ begründet ist und organisatorische Vorsorge für die Kooperation trifft (BSG, Urt. v. 19.06.2018 - B 1 KR 39/17 R - SozR 4-5562 § 9 Nr. 10).

Der OPS 8-981.2 erfordert keine umfangreichere **Ausgestaltung der Kooperationsbeziehungen**. Das Krankenhaus trägt bei entsprechenden Indikationen nur die Verantwortung, die Verlegung zu veranlassen. Mit der Verlegung trägt das Universitätsklinikum die Verantwortung für die Behandlung des Versicherten, es ist daher nicht notwendig, in der Kooperationsvereinbarung Vorgaben für die weitere Behandlung zu bestimmen.

Der OPS 8-981.2 begründet nicht das Erfordernis der **Schriftform** für die **Kooperationsvereinbarung**. Der Nachweis der Kooperationsvereinbarung kann nachträglich im gerichtlichen Verfahren erfolgen. Aus § 275d Abs. 1 S. 3 SGB V ist nicht der Schluss zu ziehen, dass ein Nachweis von Strukturmerkmalen nur durch schriftliche Nachweise bzw. Urkunden erfolgen kann.

Ein Krankenhaus muss nicht mittels der Kooperationsvereinbarung zwingend sicherstellen, dass das **Qualitäts- und das Wirtschaftlichkeitsgebot** eingehalten werden, da es selbst zu erbringende Leistungen auf Dritte überträgt. Eine Verpflichtung des Krankenhauses, derartige Behandlungen selbst zu erbringen, lässt sich dem OPS 8-981.2 nicht entnehmen. Vielmehr dient die Kooperation mit spezialisierten Kooperationspartner dazu, die sofortige Versorgung von Versicherten zu gewährleisten, die Thrombektomien oder intrakranieller Eingriffe bedürfen. Die Versorgung erfolgt dann jedoch eigenverantwortlich durch das aufnehmende Krankenhaus.

Das **SG** verpflichtete den Bekl., die Erfüllung der Strukturmerkmale des OPS-Schlüssels 8-981.2 im Zeitraum vom 01.01.2022 bis zum 31.05.2022 für die Klinik am Standort N-Stadt für die Station Y. festzustellen

und eine Bescheinigung gem. § 275d Abs. 2 SGB V für den Zeitraum vom 01.01.2022 bis zum 31.05.2022 zu erteilen.

e) Bariatrische Operation ohne vorausgehende konservative Therapiemaßnahmen

SG Schwerin, Urteil v. 17.05.2023 - S 8 KR 81/20

RID 23-03-101

www.juris.de

SGB V §§ 2 I 3, 39 I, 109 IV 3, 137c III; KHEntgG § 7; KHG § 17b

Aus den Leitlinien ergibt sich, je höher der BMI (hier: BMI von 61,2 kg/m²) und/oder schwerwiegender Folge- und Begleiterkrankungen der BMI sind, desto eher ist auf einer **bariatrischen Operation** vorausgehende **konservative Therapiemaßnahmen** zu verzichten. Nach der S3-Leitlinie: „Chirurgie der Adipositas und metabolischer Erkrankungen“ der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie in Zusammenarbeit u.a. mit der DGEM (Empfehlung 4.9, Nr. 3) kann unter bestimmten Umständen eine Primärindikation zu einem adipositaschirurgischen Eingriff gestellt werden, ohne dass vorher ein konservativer Therapieversuch erfolgte.

Das **SG** verurteilte die Bekl., an die Kl. 7.420,78 € nebst Zinsen zu zahlen.

f) Wirtschaftlichkeitsgebot: Apherese-Thrombozytenkonzentrate u. Pool-Thrombozytenkonzentrate

SG Detmold, Urteil v. 11.05.2023 - S 32 KR 351/19

RID 23-03-102

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 12 I, 39 I 2, 109 IV 3, 112 II 1 Nr. 1

Leitsatz: Apherese-Thrombozytenkonzentrate (ATK) und Pool-Thrombozytenkonzentrate (PTK) sind grundsätzlich gleichwertig im Sinne des **Wirtschaftlichkeitsgebotes** gemäß § 12 Abs. 1 SGB V. Es fehlt an prospektiv-randomisierten Studien, die eine Überlegenheit von ATK nachweisen. Gleichwohl kann sich im individuellen **Einzelfall** eine Überlegenheit von ATK gegenüber PTK ergeben. Im Rahmen dieser konkret-individuellen Prüfung sind Stellungnahmen von fachkundigen Stellen, wie dem Paul-Ehrlich-Institut, zu berücksichtigen.

Das **SG** verurteilte die Bekl., an die Kl. 1.133,13 € nebst zu zahlen.

g) Revision einer Blutgefäßoperation

LSG Sachsen, Urteil v. 05.06.2023 - L 9 KR 121/19

RID 23-03-103

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 39 I 2; BGB § 242

Leitsatz: Eine Revision i.S.d. OPS 5-394 (**Revision einer Blutgefäßoperation**) stellt nach ihrem Wortlaut eine prüfende Wiederdurchsicht eines vorangegangenen Eingriffs mit dem Ziel/Zweck der Behebung/Beseitigung von Mängeln des vorangegangenen Eingriffs dar. Die **reine zeitliche Aufeinanderfolge mehrerer Eingriffe bzw. ein Wiedereröffnen des Operationsgebietes** reichen für sich genommen nicht für die Annahme des Vorliegens einer Revision aus.

SG Chemnitz, Gerichtsbb. v. 09.04.2019 - S 36 KR 2057/15 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

h) Zusatzentgelt für „Chemosaturations-Therapie mittels perkutaner Leberperfusion“

SG Hamburg, Gerichtsbescheid v. 18.04.2023 - S 50 KR 1697/22 D

RID 23-03-104

www.juris.de

KHEntgG §§ 6, 7 I 1 Nr. 6, 8 II 3 Nr. 2

Die Kl. kann das Zusatzentgelt Z 2021-117 ungeachtet der Tatsache, dass es für die Jahre 2018 bis 2021 an der krankenhausindividuellen Vereinbarung des Zusatzentgeltes mangelt, in der für das Jahr 2017 vereinbarten Höhe von der Bekl. verlangen. Die Berechtigung, Zusatzentgelte, deren Höhe krankenhausindividuell festgelegt wird, zu verlangen, folgt aus § 7 Abs. 1 S. 1 Nr. 6, § 8 Abs. 2 S. 3 Nr. 2, § 6 KHEntgG. Da hier das **Zusatzentgelt für die Durchführung einer „Chemosaturations-**

Therapie mittels perkutaner Leberperfusion“ nicht in ein bundeseinheitlich bewertetes Entgelt überführt wurde und - wenn keine Vereinbarungsermächtigung besteht - die Vertragsparteien auf Bundesebene keine anderes Entgelt festlegen können, weil sie zu den krankenhausindividuellen Entgelten keine Abrechnungsbestimmungen vereinbaren können, ist das Zusatzentgelt in Höhe des für das Jahr 2017 vereinbarten Zusatzentgeltes, das in den Jahren 2018, 2019 und 2020 im Lichte des § 15 Abs. 2 S. 3 KHEntgG weiter erhoben werden konnte und damit weitergegolten hat, abrechenbar.

Das **SG** verurteilte die Bekl., an die Kl. 24.887,92 € nebst Zinsen zu zahlen.

i) Spezifische qualifizierte Entzugsbehandlung Abhängigkeitskranker bei Erwachsenen

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 15.02.2023 - L 10 KR 1093/21 KH

RID 23-03-105

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 30/23 B

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 39 I, 109 IV; KHEntgG §§ 7, 8 I; KHG § 17b

Der OPS 9-647 (**Spezifische qualifizierte Entzugsbehandlung Abhängigkeitskranker bei Erwachsenen**, i.d.F. der Version 2019) kann nicht so ausgelegt werden, dass er nur kodiert werden darf, wenn **zugleich Therapieeinheiten** i.S.d. Zusatzkodes 9-649 (Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen) tatsächlich erbracht und kodiert werden. Dies entspricht Wortlaut und Systematik des OPS. Weitergehende Erwägungen, insb. Vergleiche mit anderen OPS-Kodes sowie der Vortrag der Bekl. zu dessen „Weiterentwicklung“ müssen außer Betracht bleiben.

SG Köln, Ur. v. 16.11.2021 - S 12 KR 1038/20 - verurteilte die Bekl., an den Kl. 76,34 € nebst Zinsen zu zahlen. Das **LSG** wies die Berufung zurück.

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

a) Anhörung/Datum der leistungsrechtlichen Entscheidung unerheblich

SG Duisburg, Urteil v. 28.03.2023 - S 54 KR 2094/22 KH

RID 23-03-106

www.juris.de

SGB V § 275c

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

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

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

S. bereits SG Duisburg, Ur. v. 19.12.2022 - S 17 KR 1434/22 KH - RID 23-01-114 u. SG Duisburg, Ur. v. 08.02.2023 - S 17 KR 2475/22 KH - RID 23-02-100.

b) Anhörungsverfahren/Beschreibegründung

SG Duisburg, Urteil v. 14.07.2023 - S 39 KR 1432/22 KH

RID 23-03-107

www.juris.de

SGB V § 275c

Vor Erlass eines Bescheids nach § 275c Abs. 3 SGB V ist ein **Anhörungsverfahren** nach § 24 SGB X durchzuführen. Gleichartige **Verwaltungsakte in größerer Zahl** werden nicht erlassen, wenn die Bescheide nicht zu einem einheitlichen Zeitpunkt erlassen werden, sondern jeweils nach Abschluss des jeweils individuellen Prüfverfahrens, und wenn zudem diese Bescheide auch inhaltlich individuell sind, da die Aufschlagszahlungen nicht pauschal erhoben werden, sondern je nach individueller Prüfquote des jeweiligen Krankenhauses und der jeweils festgestellten Abrechnungsdifferenz. Fehlen die Tatsachen im Ausgangsbescheid, wird durch den Widerspruch die Anhörung **nicht nachgeholt**.

Aus dem Bescheid muss ersichtlich werden, **warum ein Aufschlag** auch in der Höhe **festgesetzt** wurde (§ 35 SGB X). Dazu reicht es nicht aus, dass mitgeteilt wird, dass die Höhe der Rechnung aufgrund der Prüfung des MD nicht korrekt war. Um die Höhe des Aufschlags nachvollziehbar darzulegen, müssen mindestens die Höhe des ursprünglichen Rechnungsbetrags und die nach Ansicht

der Beklagte zutreffende Rechnungshöhe mitgeteilt werden, sowie das Quartal nach dem sich die prozentuale Höhe des Aufschlags gemäß § 275c Abs. 3 Satz 2 SGB V bemisst.

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

c) Zeitlicher Anwendungsbereich: Aufnahme des Patienten

SG Köln, Urteil v. 14.06.2023 - S 42 KR 754/22 KH

RID 23-03-108

Berufung zugelassen

www.juris.de

SGB V § 275c

Die Vorschrift des § 275c Abs. 3 SGB V ist nur auf Behandlungsfälle anwendbar, bei denen die **Aufnahme der Patienten** zur stationären Behandlung ab dem Kalenderjahr 2022 erfolgt ist.

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

9. Aufwandspauschale

a) Veranlassung der Prüfung/Fehlerhaftigkeit der Abrechnung

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 26.07.2023 - L 16 KR 421/20

RID 23-03-109

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 68/23 B

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V a.F. § 275 Ic

Mit dem **Auftrag an den MDK**, die Rechnung des Krankenhauses insb. in Bezug auf die Kodierung der Hauptdiagnose und der Prozeduren nach dem OPS zu prüfen, veranlasst die Krankenkasse eine **Prüfung** i.S. des § 275 Abs. 1c Satz 1 i.V.m. S. 2 SGB V a.F. Unerheblich ist, ob die Prüfung sich damit auf die Wirtschaftlichkeit oder aber die sachlich-rechnerische Richtigkeit der Abrechnung richtet. Diese frühere Unterscheidung ist jedenfalls mit der Einfügung des § 275 Abs. 1c S. 4 SGB V a.F. entfallen.

Der Anspruch auf **Zahlung einer Aufwandspauschale** entfällt nur im Falle einer nachgewiesenen Fehlerhaftigkeit der Abrechnung bzw. eines Fehlverhaltens des Krankenhauses. In Verfahren, in denen allein um den Anspruch auf Zahlung der Pauschale gestritten wird, bedarf es keinerlei Ermittlungen zur Fehlerhaftigkeit einer Kodierung.

SG Berlin, Urt. v. 24.09.2020 - S 210 KR 2543/19 - verurteilte die Bekl., an die Kl. eine Aufwandspauschale i.H.v. 300 € nebst Zinsen zu zahlen, das **LSG** wies die Berufung zurück.

b) Keine Veranlassung des Prüfverfahrens

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 24.03.2023 - L 26 KR 214/22

RID 23-03-110

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 275 Ic

Leitsatz: 1. Der Anspruch auf die **Aufwandspauschale** unterliegt auch nach der Gesetzesänderung in § 275 Abs. 1c SGB V (a.F.) zum 1. Januar 2016 **strukturellen Einschränkungen**.

2. Er entsteht dann nicht, wenn das **Krankenhaus** selbst durch eine **unrichtige, unvollständige oder missverständliche Abrechnung** oder ein vergleichbares pflichtwidriges Verhalten den Grund für die Einschaltung des MDK und damit den Aufwand gesetzt hat.

SG Berlin, Urt. v. 09.05.2022 - S 91 KR 239/20 - verurteilte die Bekl., an die Kl. die Aufwandspauschale in Höhe von 300 € nebst Zinsen zu zahlen. Das **LSG** wies die Berufung zurück.

c) Verjährung des Anspruchs auf Aufwandspauschale

LSG Rheinland-Pfalz, Urteil v. 23.05.2023 - L 5 KR 188/22

RID 23-03-111

Revision anhängig: B 1 KR 13/23 R

www.juris.de

SGB V a.F. § 275 Ic 3

Orientierungssatz juris: Für die Verjährung des Anspruchs auf die Aufwandspauschale nach § 275 Abs. 1c S. 3 i.d.F. vom 17.03.2009 gilt die **vierjährige Verjährungsfrist** als Ausdruck eines

allgemeinen Rechtsprinzips des Sozialrechts (Anschluss an LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 07.12.2022 - L 10 KR 102/22 KH - RID 23-01-121, Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 6/23 B).

Vorausgehend: *SG Duisburg*, Urt. v. 20.01.2022 - S 50 KR 1901/20.

10. Keine gerichtliche Entscheidung nach Erledigung durch Zahlung

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 30.06.2023 - L 28 KR 318/22

RID 23-03-112

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGG § 131 I 3

Leitsatz: Nach Erledigung einer Zahlungsklage im Wege der vorbehaltlosen Zahlung ist nur eine feststellende gerichtliche Entscheidung, die eine Rechtsfrage zum Gegenstand hat, in der Lage, in einem Dauerrechtsverhältnis, wie zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern, weitere Rechtsstreitigkeiten zu verhindern.

SG Cottbus, Gerichtsbb. v. 05.07.2022 - S 42 KR 64/21 - stellte fest, dass die Klage der Krankenhausträgerin im Zeitpunkt der Erledigung zulässig und begründet gewesen ist. Das LSG wies die Klage ab.

VIII. Beziehungen zu Leistungserbringern und Arzneimittelherstellern

Nach BSG, Urt. v. 14.06.2023 - B 3 KR 8/22 R - sind pharmazeutische Unternehmer bei der Abgabe von Arzneimitteln über eine dem krankenversicherungsrechtlichen Abgabesystem beigetretene ausländische Versandapotheke nicht deshalb von der Verpflichtung zur Entrichtung von Herstellerabschlägen auf ihre Abgabepreise freigestellt, weil Versandapotheken eines anderen Mitgliedstaats der Europäischen Union Endverbrauchern nach einem Urteil des Gerichtshofs der Europäischen Union abweichend von der Preisbindung nach deutschem Arzneimittelpreisrecht Rabatte gewähren dürfen; das haben die Vorinstanzen zutreffend ausgeführt und daher mit Recht entschieden, dass der von der Kl. geltend gemachte Erstattungsanspruch nicht besteht. Nach BSG, Urt. v. 14.06.2023 - B 3 KR 10/21 R - hält der Senat an seiner Auffassung fest, dass das Absatzinteresse eines Vertriebsunternehmens ein schutzwürdiges rechtliches Interesse an der Aufnahme eines von ihm vertriebenen Produkts in das Hilfsmittelverzeichnis der gesetzlichen Krankenversicherung begründet (so noch BSG, Urt. v. 22.04.2009 - B 3 KR 11/07 R - BSGE 103, 66 = SozR 4-2500 § 33 Nr. 22, Rn. 16), weshalb für entsprechende Klagen in gewillkürter Prozessstandschaft für den jeweiligen Hersteller grundsätzlich kein Raum mehr ist. Seiner Konzeption nach hat das Hilfsmittelverzeichnis eine ausschließlich objektiv-rechtliche Funktion im Interesse der systematischen Ordnung der zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abzugebenden Hilfsmittel, ohne dass ihm rechtliche Bindungswirkungen gegenüber Krankenkassen oder Versicherten zukämen. Entsprechend vermittelt es auch Herstellern keinen Vertrauensschutz, der nur unter Einhaltung der allgemeinen Maßgaben der §§ 45 und 48 SGB X zu durchbrechen wäre. Deren Anspruch auf eine den gesetzlichen Vorgaben genügende Fortschreibung des Hilfsmittelverzeichnisses leitet sich vielmehr von dem durch Art. 12 Abs. 1 GG in Verbindung mit Art. 3 Abs. 1 GG gewährleisteten Recht zur Teilnahme am Wettbewerb ab, das verletzt ist, soweit ein Hilfsmittel ohne sachlichen Grund von der Aufnahme in das oder vom Verbleib in dem Hilfsmittelverzeichnis ausgenommen wird. Eine vergleichbare Schutzposition kommt Vertriebsunternehmen bezüglich der Aufnahme von ihnen (nur) vertriebener Hilfsmittel in das Hilfsmittelverzeichnis weder von Verfassungen wegen noch kraft einfachrechtlicher Gestaltung des Aufnahmeverfahrens zu. Ungachtet dessen ist die Kl. im Hinblick auf die frühere Rechtsauffassung des Senats aus Vertrauensschutzgründen hier noch als befugt anzusehen (ebs. wie Vertriebsunternehmen in vergleichbarer Lage), in gewillkürter Prozessstandschaft für den Hersteller die Aufnahme des streitbefangenen Produkts in das Hilfsmittelverzeichnis geltend zu machen, soweit dieses Gegenstand des dem Rechtsstreit zu Grunde liegenden Ausgangsverfahrens war. War deshalb hier nicht durch Prozessurteil zu entscheiden, ist das Urteil des Landessozialgerichts schließlich nicht deshalb zu bestätigen, weil ein Obsiegen der Klägerin aus Rechtsgründen als vollständig ausgeschlossen erscheinen muss; so liegt es nicht. Jedenfalls die hier zur Prüfung gestellten Drainageflaschen können nur für sich abgegeben werden und verlieren mithin nicht deshalb die Eigenschaft als - möglicherweise - in das Hilfsmittelverzeichnis aufzunehmende Hilfsmittel, weil sie ohne den zuvor einzusetzenden Katheter nutzlos sind. Daraus folgt indes noch nicht, dass das zur Prüfung gestellte Drainagekit - wie beantragt - zur Anwendung in der eigenen Häuslichkeit und seiner Gesamtzusammensetzung nach in das Hilfsmittelverzeichnis aufzunehmen ist. Dazu bedarf es zur abschließenden Entscheidung vielmehr näherer Feststellungen, ggf. auch zur Notwendigkeit einer Beteiligung des GBA nach Maßgabe von § 139 Abs. 3 S. 3 bis 5 SGB V, die das LSG auf der Grundlage seiner Rechtsauffassung nicht zu treffen brauchte.

Nach BSG, Urt. v. 22.02.2023 - B 3 KR 13/21 R - SozR 4-2500 § 134a Nr. 1 darf eine Krankenkasse über die Auszahlung des Sicherstellungszuschlags für Hebammen nicht durch Verwaltungsakt entscheiden. Zahlungen Dritter sind auf ihn nicht anzurechnen. Hat der Gesetzgeber Schiedsstellen zur Klärung von Streitfragen zwischen den Vertragsbeteiligten eingerichtet - wie hier auch -, obliegt die Auflösung des Streits zunächst diesen, bevor Sozialgerichte angerufen werden können. Auch wenn keine solche Schiedsregelung getroffen ist, kann von äußersten Grenzen abgesehen nach der Senatspr. im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung keine Seite eine gerichtliche Entscheidung über die angemessene Vergütung beanspruchen. Dass hier eine Ausnahme geboten wäre, ist nicht zu erkennen. Nach BSG, Urt. v. 22.02.2023 - B 3 KR 7/21 R - sind ungenutzte Teilmengen zytostatikahaltiger Arzneimittelzubereitungen als sog. Verwurf gesondert zu vergüten, wenn diese nicht innerhalb von 24 Stunden in weiteren Rezepturen verwendet werden konnten und wirkstoffbezogene Sonderregelungen nicht vorgehen. Nach BSG, Urt. v. 22.02.2023 - B 3 KR 14/21 R - ist der

Nutzenbewertungsbeschluss des beigel. GBA jedenfalls deshalb als rechtswidrig und daher unwirksam zu beanstanden, weil über eine Nutzenbewertung von Rapiscan® wegen dessen **Solistenstellung im neuen Anwendungsgebiet** nicht zu beschließen war. Für eine Nutzenbewertung, die mangels einer 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. Ausschluss aus Hebammenhilfe-Vertrag: Fehlende Verwaltungsaktbefugnis

LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 15.03.2023 - L 4 KR 240/22 B ER

RID 23-03-113

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 134a; SGG §§ 65d, 86a, 86b

Leitsatz: 1. Die **Pflicht zur Einreichung elektronischer Dokumente** (§ 65d SGG) besteht nicht, wenn der Prozessbevollmächtigte kein Rechtsanwalt ist und nur das Fax-Gerät der als Rechtsanwältin zugelassenen Zustellungsbevollmächtigten zur Einlegung des Rechtsmittels nutzt.

2. Der **Hebammenhilfe-Vertrag** ermächtigt den Spitzenverband Bund der Krankenkassen nicht zum **Erlass von Verwaltungsakten**.

3. Ein mangels Ermächtigung rechtswidriger Verwaltungsakt kann nicht als **öffentlich-rechtliche Willenserklärung** aufrechterhalten werden.

SG Berlin, Beschl. v. 27.05.2022 - S 143 KR 179/22 B ER - lehnte den Antrag, die aufschiebende Wirkung der Anfechtungsklage (S 143 KR 1607/21) gegen den Bescheid des Ag. anzuordnen, mit welchem der Ausschluss der als freiberufliche Hebamme tätigen Ast. von dem Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe (Hebammenhilfe-Vertrag) verfügt wurde, ab. Das **LSG** ordnete die aufschiebende Wirkung der Anfechtungsklage an und wies im Übrigen die Beschwerde zurück.

2. Apotheken

a) Lieferung von Zytostatika bei Exklusivliefervertrag anderer Apotheke

LSG Sachsen, Urteil v. 13.07.2022 - L 1 KR 209/21

RID 23-03-114

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 3 KR 9/23 R

www.juris.de

SGB V § 129

Ein **Exklusivliefervertrag** mit einer Apotheke zur **Lieferung von Zytostatika** schließt alle anderen Apotheken von der Erbringung dieser Leistung zu Lasten der vertragsschließenden Krankenkasse in diesem Gebiet aus (BSG, Urt. v. 25.11.2015 - B 3 KR 16/15 R - BSGE 120, 122 = SozR 4-2500 § 129 Nr. 11).

Streitig ist die Retaxation von Zytostatikavergütungen für den Zeitraum vom 16.06.2017 bis 29.08.2017. **SG Dresden**, Urt. v. 12.05.2021 - S 18 KR 1750/19 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

Parallelverfahren:

LSG Sachsen, Urteil v. 13.07.2022 - L 1 KR 208/21

RID 23-03-115

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 3 KR 8/23 R

www.juris.de

b) Sofortige Vollziehung d. Schiedsspruchs bzgl. Herstellungszuschläge für parenterale Lösungen

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 20.06.2023 - L 28 KR 428/22 KL ER

RID 23-03-116

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 129; SGG § 86b I 1 Nr. 2

Nach der im einstweiligen Verfahren regelmäßig nur durchzuführenden **summarischen Prüfung** ist der mit der Anfechtungsklage angegriffene Schiedsspruch der gemeinsamen Schiedsstelle nach § 129 Abs. 8 SGB V v. 14.10.2022 nicht offensichtlich rechtswidrig. Es spricht vielmehr mehr für als gegen die Rechtmäßigkeit des angegriffenen Schiedsspruchs. Eine **Abwägung der widerstreitenden Interessen** ergibt kein überwiegendes Aussetzungsinteresse des Ast. gegenüber dem Vollziehungsinteresse des insofern allein in Betracht kommenden Beigel. bzw. der von diesem vertretenen Apotheken. Schließlich ergibt auch eine allgemeine **Folgenabwägung** nicht, dass hier besondere Umstände vorliegen, die es ausnahmsweise rechtfertigen könnten, von der gesetzlich angeordneten sofortigen Vollziehung zugunsten der Anordnung der aufschiebenden Wirkung der Klage abzuweichen.

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen beehrte, die aufschiebende Wirkung seiner zugleich gegen den Schiedsspruch der Gemeinsamen Schiedsstelle nach § 129 Abs. 8 SGB V v. 14.10.2022 erhobenen Klage anzuordnen. Gegenstand des Schiedsspruchs ist die Festlegung der Herstellungszuschläge für die Herstellung parenteraler Lösungen nach Anlage 3 Teil 2 und 6 des Vertrages über die Preisbildung für Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen. Das **LSG** lehnte den Antrag auf Anordnung der aufschiebenden Wirkung der Klage L 28 KR 423/22 KL ab.

3. Arzneimittelhersteller/Vertrieb

a) Keine Erstattung nicht geschuldeter Umsatzsteueranteile am Arzneimittelgesamtprice

SG Hannover, Urteil v. 14.02.2023 - S 27 KR 1000/20 KH

RID 23-03-117

www.juris.de = ZMGR 2023, 96
SGB V §§ 69 I 3, 129a; BGB § 157

Die Voraussetzungen für eine ergänzende Vertragsauslegung des Arzneiliefervertrags nach § 129a SGB V (AMPV) dahingehend, dass ein gegenüber der Finanzverwaltung tatsächlich nicht geschuldeter **Umsatzsteueranteil** am Arzneimittelgesamtprice zu **erstaten** ist, sind nicht gegeben. Es liegt **keine planwidrige Regelungslücke** vor, denn die Beteiligten haben in den AMPV 2006 und 2010 jeweils abstrakte Regelungen zur Preisberechnung getroffen, an Hand derer der von der Krankenkasse zu entrichtende Abgabepreis unabhängig von der tatsächlich anfallenden Umsatzsteuer ermittelt werden soll. Der Umsatzsteuersatz stellt in diesen Vereinbarungen lediglich einen Rechnungsposten dar. Mit den jeweiligen Preisbestimmungsklauseln wollten die Beteiligten abschließende Regelungen zur Preisermittlung aufstellen. Hieraus ergibt sich, dass für eine ergänzende Vertragsauslegung kein Raum besteht (vgl. BGH, Urt. v. 10.06.2020 - VIII ZR 360/18 - juris Rn. 44). Bei der Auslegung ist zu berücksichtigen, dass im Regelfall ein Bruttopreis inklusive Umsatzsteuer geschuldet ist. Von diesem Grundsatz kann nur dann abgewichen werden, wenn sich aus der Auslegung im Einzelfall ergibt, dass eine abschließende Bruttopreisabrede nicht gegeben ist (vgl. LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 01.07.2021 - L 5 KR 22/20 - juris Rn. 24, RID 21-04-96), was vorliegend nicht der Fall ist. Dass die Beteiligten davon ausgingen, dass die Arzneimittelabgabe der Umsatzsteuerpflicht unterliege, stellt einen unbeachtlichen Motivirrtum dar.

Die kl. Krankenkasse beehrt von der Bekl., Betreiberin eines Leistungserbringers für die Behandlung gesetzlich versicherter Patienten, die Zahlung eines Betrages von 202.872,67 € als Erstattung von ihrer Auffassung nach zu Unrecht in Rechnung gestellter Umsatzsteuerbeträge für die ambulante Versorgung ihrer Versicherten mit Arzneimitteln in den Jahren 2009 bis 2018. Das **SG** wies die Klage ab.

b) Generikaabschlagspflicht: Kein Anspruch der Krankenkassen gg. pharmazeutische Unternehmer

SG Aachen, Urteil v. 31.05.2023 - S 6 KR 513/20

RID 23-03-118

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 130a, 131

Es kann dahin stehen, ob das Arzneimittel mit dem Wirkstoff Pankreatin der **Generikaabschlagspflicht** im Zeitraum vom 01.01.2016 bis 31.12.2019 unterlag. Denn selbst wenn dies so sein sollte, besteht kein Anspruch einer Krankenkasse gegen ein Pharmaunternehmen. Die **gesetzliche Konzeption** im Kontext der Herstellerabschlüsse sieht bewusst keinen Anspruch der Krankenkassen gegen pharmazeutische Unternehmen vor.

Das **SG** wies die Klage der Krankenkasse gegen ein Pharmaunternehmen ab.

c) Nutzenbewertungsverfahren/Schiedsstelle: Arzneimittel für seltene Leiden (Arikayce® liposomal)

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 08.06.2023 - L 1 KR 107/22 KL

RID 23-03-119

Revision zugelassen
www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 35a, 130b

Leitsatz: 1. Ist eine **zweckmäßige Vergleichstherapie** aus rechtlichen Gründen - Arzneimittel für seltene Leiden - nicht zu bestimmen, ist im **Nutzenbewertungsverfahren** auf der Grundlage der vom pharmazeutischen Unternehmer vorgelegten Unterlagen das Ausmaß des Zusatznutzens zu quantifizieren (Weiterführung zu BSG, Urt. v. 22.02.2023 - B 3 KR 14/21 R - BSGE <vorgesehen> = SozR 4 <vorgesehen>).

2. Die **Vertragsgestaltungsfreiheit**, die der gerichtlichen Überprüfung Grenzen setzt, ist für die **Schiedsstelle** nicht geringer als diejenige der Vertragspartner einer im Wege freier Verhandlung erzielten Vereinbarung. Der der Schiedsstelle eingeräumte Beurteilungsspielraum ist umso größer, je geringer die durch gesetzliche und untergesetzliche Bestimmungen vorgegebenen Kriterien für die Preisbindung sind und je vager die Bestimmungen zum Zusatznutzen sind.

Die Kl. wandte sich gegen einen Schiedsspruch der Bekl., der gemeinsamen Schiedsstelle nach § 130b SGB V, und den diesem zugrundeliegenden Nutzenbewertungsbeschluss des zu 2 beigel. GBA. Bei der Kl. handelt es sich um ein Tochterunternehmen des US-amerikanischen Unternehmens I Inc. Sie brachte als pharmazeutische Unternehmerin erstmalig am 10.12.2020 das Arzneimittel Arikayce® liposomal (Wirkstoff: Amikacin liposomal) in Deutschland in den Verkehr. Arikayce® liposomal verfügt seit dem 27.10.2020 über eine **europaweite arzneimittelrechtliche Zulassung** der European Medicines Agency (EMA) als Arzneimittel zur Behandlung eines **seltene Leiden (sog. Orphan Drug)** zur „Behandlung von Lungeninfektionen, verursacht durch zum Mycobakterium-avium-Komplex (MAC) gehörende nicht-tuberkulöse Mykobakterien (NTM), bei Erwachsenen mit begrenzten Behandlungsoptionen, die keine zystische Fibrose haben“. Bei Arikayce® liposomal handelt es sich um das erste und bisher einzige von der Kl. zur Zulassung gebrachte Arzneimittel. In den U.S.A. ist Arikayce® (amikacin liposome inhalation suspension) schon am 28.09.2018 von der Food and Drug Administration (FDA) zugelassen worden. Der GBA bewertete im Verfahren nach § 35a SGB V den Nutzen des Wirkstoffs und ergänzte die Anlage XII der AM-RL um die Feststellung, dass ein Anhaltspunkt für einen **nicht quantifizierbaren Zusatznutzen** bestehe, weil die wissenschaftliche Datengrundlage eine Quantifizierung nicht zulasse (Beschl. v. 20.05.2021, BAnz AT 4.6.2021 B3). Die Anzahl der für die Behandlung **infrage kommenden Patienten** in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bestimmte er mit **ca. 350 bis 760**. Die **Jahrestherapiekosten** pro Patient für das Arzneimittel bezifferte er mit **159.350,79 €**. Eine zweckmäßige Vergleichstherapie wurde nicht festgestellt. Die Bekl. Schiedsstelle setzte den zu übernehmenden Erstattungsbetrag für das Arzneimittel Arikayce® liposomal ab Dezember 2021 je **Bezugsgröße auf 136 € (Antrag der Kl.: 347,53 €)** fest und befüllte entsprechend die in der Vereinbarung nach § 130b Abs. 1 SGB V zwischen der Kl. und dem Beigel. zu 1 nicht konsentiertere Tabelle zu § 2 Abs. 6 RahmenV. Weil sie ihre Preisvorstellungen für Arikayce® liposomal bis dahin nicht durchsetzen konnte, stellte die Kl. den Vertrieb des Arzneimittels in Deutschland zum 15. März 2022 ein. Das **LSG** wies die Klage ab.

d) Nutzenbewertung von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 26.04.2023 - L 9 KR 26/21 KL

RID 23-03-120

Revision anhängig: B 3 KR 5/23 R

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 35a, 91 IV 1, 92 I 2 Nr. 6, 130b

Leitsatz: 1. Eine **gesonderte Klage** gegen die Aufforderung zur **Übermittlung der Unterlagen** nach § 35a Abs. 1 SGB V („Dossier“) ist nach § 35a Abs. 8 S. 1 SGB V schlechthin unzulässig.

2. Entgegen § 35a Abs. 8 S. 1 SGB V ist eine gesonderte **Klage** gegen den **Nutzenbewertungsbeschluss des GBA** zulässig, sofern der Erstattungsbetrag einvernehmlich und ohne Schiedsspruch vereinbart wurde (Anschluss an BSG, Urt. v. 10.09.2020 - B 3 KR 11/19 R - SozR 4-2500 § 35a Nr. 6).

3. **Unterlagenschutz** ist das entscheidende Kriterium für die Frage, ob ein Arzneimittel als „neuer Wirkstoff“ bzw. „neue Wirkstoffkombination“ anzusehen ist.

Die Kl. ist pharmazeutische Unternehmerin. Sie wandte sich gegen den Beschl. des bekl. GBA v. 05.08.2021 über eine „Änderung der Arzneimittel-Richtlinie Anlage XII – Nutzenbewertung von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen nach § 35a SGB V: Beclometason/Formoterol/Glycopyrronium (erstmalige Dossierpflicht: Asthma)“. Das **LSG** wies die Klage ab.

4. Hilfsmittelerbringer: Stellungnahmeberechtigung als maßgebliche Spitzenorganisation vor GBA

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 21.06.2023 - L 16 KR 341/20 KL

RID 23-03-121

Revision zugelassen

www.juris.de

SGB V §§ 33a, 134, 137f

Eine nach § 137 f Abs. 8 S. 2 SGB V maßgebliche **Spitzenorganisation** liegt dann vor, wenn deren **satzungsrechtliche Zwecksetzung** und reales Betätigungsfeld die Vertretung von Unternehmen ist, die als **Anbieter digitaler medizinischer Anwendungen** gelten. Der Verband muss tatsächlich eine hinreichend relevante Anzahl solcher Anbieter vertreten. Der Kl. hat aufgezeigt, dass eine gewichtige Zahl seiner ordentlichen Mitgliedsfirmen (260), nämlich derzeit 20, digitale Gesundheitsanwendungen herstellt bzw. vertreibt.

Das **LSG** stellte unter Aufhebung des Bescheids des bekl. GBA fest, dass der Kl. eine maßgebliche Spitzenorganisation zur Wahrnehmung der Interessen der Anbieter digitaler medizinischer Anwendungen auf Bundesebene nach § 137f Abs. 8 S. 2 SGB V ist.

5. Verfolgung der Interessen der Anbieter digitaler medizinischer Anwendungen

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 12.05.2023 - L 28 KR 368/20 KL

RID 23-03-122

Revision anhängig: B 3 KR 6/23 R

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 137f VIII 2

Leitsatz: 1. Bereits nach der **Satzung** einer Spitzenorganisation nach § 137f Abs. 8 Satz 2 SGB V muss der Zweck, die **Interessen der Anbieter digitaler medizinischer Anwendungen** zu verfolgen, zweifelsfrei sein.

2. Maßgeblich für § 137f Abs. 8 SGB V ist nicht die Vertretung einer hinreichenden Anzahl von Arzneimittelherstellern oder Großhändlern, sondern eine hinreichende **Anzahl von Anbietern digitaler medizinischer Anwendungen**.

3. Aus der Tatsache, dass ein Verband zu den Verbänden gehört, die mit dem GKV-Spitzenverband die **Rahmenvereinbarung** gemäß § 134 Abs. 4 und 5 SGB V abgeschlossen haben, kann er keinen Anspruch ableiten, auch im Rahmen des § 137f Abs. 8 SGB V als maßgebliche Spitzenorganisation behandelt zu werden.

Der Kl. begehrt die Aufnahme in den Kreis der stellungnahmeberechtigten Organisationen nach § 137f Abs. 8 S. 2 SGB V. Das **LSG** wies die Klage ab.

6. Keine geeigneten Pflegekräfte und unzureichendes Dokumentationssystem

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 09.12.2022 - L 4 KR 3599/20

RID 23-03-123

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 37, 132a

Es fehlt an einer **ordnungsgemäßen Leistungserbringung**, wenn zur Medikamentengabe weit überwiegend keine **geeigneten Pflegekräfte** eingesetzt werden, weil die die Leistungserbringung abzeichnenden Personen nicht über die erforderliche Qualifikation verfügen und damit die Voraussetzungen des § 3 Abs. 2 des Rahmenvertrages nicht erfüllen, und wenn weiter das Pflegeunternehmen nicht über ein den Anforderungen des Rahmenvertrags genügendes **Dokumentationssystem** verfügt, das zuverlässig eine Zuordnung der einzelnen Medikamentengaben zu der jeweils eingesetzten bzw. geeigneten Pflegekraft im Sinne des § 37 SGB V ermöglicht.

Fehlt es an einer **Genehmigung der Krankenkasse**, können Leistungen der häuslichen Krankenpflege nicht abgerechnet werden.

Gegenstand des Verfahrens ist die Vergütung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege in Form der Medikamentengabe gegenüber der seinerzeit in Pflegestufe II eingestuften Versicherten L. im Zeitraum vom 01.02. bis 31.12.2016 in Höhe von 3.433,40 €. **SG Konstanz**, Gerichtsbb. v. 22.10.2020 - S 5 KR 10/20 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

7. Transport zu Einrichtungen der Tagespflege

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 25.01.2023 - L 16 KR 126/19

RID 23-03-124

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 11 I Nr. 4, 39 I 1, 60, 73 II Nr. 7

Leitsatz: 1. Transporte zu Einrichtungen der Tagespflege dürfen nicht zulasten der GKV, sondern nur nach Maßgabe der gesetzlichen Vorgaben zulasten der **sozialen Pflegeversicherung** erbracht werden. Der Transport einer Pflegebedürftigen zu einer Tagespflegeeinrichtung und zurück ist vom Gesetzgeber ausdrücklich dem Bereich der teilstationären Pflege zugeordnet und als Sachleistungsanspruch der Pflegekasse ausgestaltet.

2. Erforderlichenfalls muss der Krankentransportunternehmer bei dem verordnenden Arzt nachfragen und auf eine **Klarstellung hinwirken**, wenn teilstationäre Krankenhausbehandlung verordnet ist, aber der Krankentransport zu einer Einrichtung der Tagespflege erfolgen soll.

SG Berlin, Urt. v. 12.03.2019 - S 122 KR 1587/18 WA - verurteilte die Bekl. zur Zahlung von 2.227 € nebst Zinsen, das **LSG** wies die Klage ab, **BSG**, Beschl. v. 20.06.2023 - B 3 KR 14/23 B - juris verwarf die Nichtzulassungsbeschwerde als unzulässig.

IX. Angelegenheiten der Krankenkassen

Nach BSG, Urt. v. 29.06.2023 - **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 Abs. 5 SGB V der Höhe nach begrenzt. Nach BSG, Urt. v. 29.06.2023 - **B 1 KR 12/22 R** - kann dahinstehen, ob die §§ 102 ff SGB X als Anspruchsgrundlage 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 überhaupt infrage kommen. **Erstattungsansprüche** wären jedenfalls aufgrund des **Ablaufs der Jahresfrist** nach § 111 SGB X ausgeschlossen. Die Krankenhausbehandlung fand bereits im Jahr 2010 statt, das klagende Land hat seinen Erstattungsanspruch gegenüber der beklagten Krankenkasse aber erstmals mit Schreiben vom 26.9.2013 geltend gemacht. Dass das klagende Land sich zuvor innerhalb der Frist **an eine andere Krankenkasse gewandt hatte, ist unerheblich**. Denn das Erstattungsbegehren ist **an den erstattungspflichtigen Leistungsträger zu richten**. § 16 SGB I, wonach der beim unzuständigen Träger gestellte Antrag mit fristwahrender Wirkung weiterzuleiten ist, findet hier keine Anwendung. § 111 S. 2 SGB X, wonach die Frist erst mit der Entscheidung des als erstattungspflichtig in Anspruch genommenen Leistungsträgers über seine Leistungspflicht beginnt, ist ebenfalls nicht einschlägig. Auch bei Bestehen einer Auffang-Pflichtversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V geht es grundsätzlich zu Lasten des Erstattung begehrenden Leistungsträgers, wenn es ihm nicht gelingt, die erstattungspflichtige Krankenkasse innerhalb der einjährigen Ausschlussfrist zu ermitteln. Eine abweichende Risikoverteilung ist dem Gesetz nicht zu entnehmen.

1. Unterstützung eines Versicherten bei Verfolgung von Schadensersatzansprüchen

LSG Niedersachsen-Bremen, Beschluss v. 25.05.2023 - L 16 KR 432/22

RID 23-03-125

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 66

Die Auffassung der Vorinstanz, **Unterstützungsleistungen** i.S.d. § 66 SGB V beschränkten sich regelmäßig auf die Verschaffung von Auskünften über die vom Arzt gestellten Diagnosen, die angewandte Therapie, die Namen der Behandler, die Anforderung ärztlicher Unterlagen einschließlich Röntgenaufnahmen etc. von der Behandlung und die Begutachtung durch den MDK nach § 275 Abs. 3 Nr. 4 SGB V im Anschluss an LSG Hessen, Urte. v. 04.05.2015 - L 1 KR 381/13 - RID 15-03-153 ist nicht zu beanstanden. Diesen Anforderungen kommt eine Krankenkasse nach, indem sie ein **Gutachten des MDK** nach Beiziehung der relevanten Unterlagen einholt. Die Krankenkasse ist nicht zu einem initiativen Recherchieren zu Gunsten des Versicherten verpflichtet. Insb. muss sie nicht weiter recherchieren, bis der vermeintliche Behandlungsfehler nachgewiesen ist. Der Umstand, dass der Versicherte mit dem Ergebnis des Gutachtens des MDK nicht einverstanden ist, verpflichtet die Krankenkasse nicht zur Einholung eines weiteren Gutachtens.

SG Lüneburg, Urte. v. 28.09.2022 - S 16 KR 30/20 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

2. Erhebung der einkommensabhängigen Zusatzbeiträge

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 27.06.2023 - L 11 KR 2637/20

RID 23-03-126

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 175 IV, 223, 240, 242 I

Leitsatz: 1. Soweit der Finanzbedarf einer Krankenkasse durch die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nicht gedeckt ist, ist sie gesetzlich verpflichtet, von ihren Mitgliedern einen **einkommensabhängigen Zusatzbeitrag zu erheben**; ein Ermessen steht ihr nicht zu.

2. Den **Krankenkassen** steht ein **weiter Bewertungsspielraum** hinsichtlich der Frage zu, ob ihr Finanzbedarf durch die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds gedeckt ist, sowie der dabei zu treffenden Prognose zu den Einnahmen und Ausgaben für das Folgejahr. Die Gerichte haben die Einschätzungsprärogative der Krankenkasse zu respektieren.

Der minderjährige, einkommenslose Kl. wendet sich gegen die Erhebung bzw. Anhebung des Zusatzbeitrages zur freiwilligen, gesetzlichen Krankenversicherung im Zeitraum vom 01.01.2016 bis 31.12.2017. *SG Stuttgart*, Gerichtsbb. v. 08.07.2020 - S 19 KR 6719/17 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

3. Eilrechtsschutz: Bestellung zur Vorständin

LSG Bayern, Beschluss v. 04.05.2023 - L 5 KR 100/23 B ER

RID 23-03-127

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB IV § 35a VI 1

Leitsatz: Dem **Selbstverwaltungsprinzip** der Gesetzlichen Krankenkassen kommt erhebliche Bedeutung zu.

Die Beteiligten des Ausgangs- und Beschwerdeverfahrens streiten im Verfahren des einstweiligen Rechtsschutzes über den Abschluss eines Vorstandsdienstvertrags und daraus folgender tatsächlicher Beschäftigung der Ast. u. Bf. beim Ag. und Bg. Die Bf. vertritt dabei die Auffassung, dass aus ihrer Wahl als Vorständin gleichsam automatisch ein Anspruch auf Abschluss des zivilrechtlichen Dienstvertrages folgt. *SG München*, Beschl. v. 23.02.2023 - S 15 KR 1159/22 ER - wies den Antrag auf einstweilige Anordnung ab, das **LSG** die Beschwerde zurück.

4. Erstattungsanspruch des unzuständigen Leistungsträgers

SG Berlin, Urteil v. 26.04.2023 - S 223 KR 132/21

RID 23-03-128

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 11 VI; SGB X § 105

Leitsatz: Die Vorgaben des § 105 Abs. 2 SGB X hinsichtlich des **Umfangs des Erstattungsanspruchs** stehen nicht zur **Disposition** der am Erstattungsverfahren beteiligten Leistungsträger.

Das **SG** wies die Klage der Krankenkasse der Versicherten gegen die von der Versicherten unwirksam gekündigte Krankenkasse ab.

X. Verfahrensrecht

1. Unwiderruflichkeit einer Klagerücknahme

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 09.12.2022 - L 4 KR 2463/21

RID 23-03-129

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGG §§ 102 I 1, 179, 180

Als Prozesshandlung ist die **Klagerücknahme** grundsätzlich **unwiderruflich** und **nicht anfechtbar** (BSG, Beschl. v. 09.04.2021 - B 13 R 276/20 B - juris Rn. 7 m.w.N.). Sie bindet das Gericht und die Beteiligten und kann nicht widerrufen oder wegen Irrtums angefochten werden. Die Vorschriften des bürgerlichen Rechts über die Nichtigkeit und Anfechtung sind für Prozesshandlungen nicht anwendbar.

Soweit ein **Widerruf der Rücknahmeerklärung** ausnahmsweise unter den Voraussetzungen für eine Wiederaufnahme des Verfahrens für möglich erachtet wird (vgl. BSG, Beschl. v. 09.04.2021 - B 13 R 276/20 B - juris Rn. 7 m.w.N.; BSG, Urt. v. 14.06.1978 - 9/10 RV 31/77 - SozR 1500 § 102 Nr. 2) liegen die entsprechenden Voraussetzungen der §§ 179, 180 SGG hier nicht vor.

Der Kl. begehrt nach erklärter Klagerücknahme die Fortsetzung des Verfahrens S 8 KR 2413/14. **SG Konstanz**, Gerichtsbb. v. 28.06.2021 - S 8 KR 372/21 WA - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

2. Keine teilweise Verweisung des Rechtsstreits

LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 19.06.2023 - L 14 KR 89/23 B

RID 23-03-130

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGG § 51 I Nr. 2; GVG §§ 17 II 1, 17a, 17b I 1

Leitsatz: 1. Eine **Verweisung des Rechtsstreits** ist nur dann geboten und zulässig, wenn der beschrittene Rechtsweg schlechthin, d.h. für den Klageanspruch mit allen in Betracht kommenden Klagegründen, nicht eröffnet ist.

2. Nach ständiger Rechtsprechung des Bundessozialgerichts ist auch von dem Ausspruch einer teilweisen Unzulässigkeit des Rechtsweges und einer **teilweisen Verweisung** des Rechtsstreits an die für **Amtshaftungsansprüche** zuständigen ordentlichen Gerichte abzusehen, wenn daneben auch ein **sozialrechtlicher** Anspruch geltend gemacht wird.

3. Im Beschwerdeverfahren sind alle bis zur **letzten Tatsachenverhandlung** eintretenden Umstände, welche die zunächst bestehende Unzulässigkeit des Rechtsweges beseitigen, zu berücksichtigen.

SG Berlin, Beschl. v. 06.02.2023 - S 143 KR 1771/22 - verwies den Rechtsstreit an das LG Berlin, das **LSG** stellte fest, dass für das Verfahren der Rechtsweg zu den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit gegeben ist.

XI. Bundessozialgericht (BSG)

1. Neue Behandlungsmethode: Coil-Implantationen

BSG, Urteil v. 13.12.2022 - B 1 KR 33/21 R

RID 23-03-131

BSGE = SozR 4-2500 § 137c Nr. 18 = KRS 2023, 175 = SGB 2023, 379

Leitsatz: 1. Die Feststellung der **Verfügbarkeit einer Standardmethode** muss erkennen lassen, dass die Methode nicht nur abstrakt „ins Blaue hinein“ genannt wird, sondern auch **konkret** für die Behandlung des Versicherten infrage kommt.

2. Hat der Gemeinsame Bundesausschuss noch keine Entscheidung darüber getroffen, ob eine Methode das **Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative** aufweist, so unterliegt diese Frage der umfassenden **gerichtlichen Kontrolle**.

3. Ein Potential kann im Rahmen gerichtlicher Überprüfung festgestellt werden, wenn nach umfassender Ermittlung des Stands der wissenschaftlichen Erkenntnisse und des Wirkprinzips nicht von der **Schädlichkeit oder Unwirksamkeit der Methode** auszugehen ist, sowohl die Aussicht auf eine effektivere Behandlung im Vergleich zu bestehenden Standardmethoden als auch die Aussicht auf **Schließung der bestehenden Evidenzlücke** durch eine einzige Studie in einem begrenzten Zeitraum auf hinreichend aussagekräftige Erkenntnisse gestützt werden kann und eine Gesamtabwägung der potentiellen Vor- und Nachteile der Methode mit denjenigen vorhandener Standardmethoden positiv ausfällt.

4. Auch bei Potentialleistungen gilt grundsätzlich die **Vermutung ordnungsgemäßer Aufklärung**.

2. Häusliche Krankenpflege während eines Krankenhausaufenthalts

BSG, Urteil v. 10.11.2022 - B 3 KR 15/20 R

RID 23-03-132

BSGE = SozR 4-2500 § 37 Nr. 20 = RDG 2023, 85 = KrV 2023, 83 = NZS 2023, 415 = SGB 2023, 374 = PflR 2023, 348

Leitsatz: 1. Die Organisation der **häuslichen Krankenpflege im Arbeitgebermodell** durch die Versicherten mit von ihnen selbst beschäftigten besonderen Pflegekräften ist jedenfalls dann zulässig, wenn die im Einzelfall erforderliche häusliche Krankenpflege nicht anders sicherzustellen ist.

2. Kann die häusliche Krankenpflege anders als im Arbeitgebermodell nicht bedarfsdeckend organisiert werden, hat die Krankenkasse alle nach Lage des Einzelfalls auch **während eines Krankenhausaufenthalts** zur Aufrechterhaltung der häuslichen Krankenpflege erforderlichen Kosten in angemessener Höhe zu tragen.

3. Beziehungen zu Krankenhäusern

a) Fallzusammenführung und Beurlaubung

BSG, Urteil v. 26.04.2022 - B 1 KR 14/21 R

RID 23-03-133

SozR 4-2500 § 109 Nr. 89 = KRS 2023, 33 = MedR 2023, 166

Leitsatz: 1. Versicherte dürfen aus dem **Krankenhaus nicht entlassen** werden, wenn - etwa durch eine medizinisch gebotene Diagnostik oder eine sonstige gebotene medizinische Intervention im weitesten Sinn - in einem überschaubaren Zeitraum a) Klarheit darüber geschaffen werden kann, ob eine **Fortsetzung der stationären Behandlung** medizinisch geboten ist, und b) ggf. die Behandlung aus medizinischen Gründen auch tatsächlich fortgesetzt werden kann.

2. Maßgeblich dafür ist der im Zeitpunkt der Entscheidung über die Entlassung verfügbare **Wissens- und Kenntnisstand der Krankenhausärzte**.

3. In der Regel ist ein **Zeitraum von zehn Tagen** ab der Entscheidung über die Entlassung bis zur Fortsetzung der Behandlung noch als überschaubar anzusehen.

b) Kündigung eines Versorgungsvertrags

BSG, Urteil v. 13.12.2022 - B 1 KR 37/21 R

RID 23-03-134

BSGE = SozR 4-2500 § 110 Nr. 1 = KrV 2023, 78 = KRS 2023, 152

Leitsatz: Die **Kündigung des Versorgungsvertrags** eines Krankenhauses stellt eine einseitige öffentlich-rechtliche Willenserklärung dar und darf nicht in der Form eines Verwaltungsakts erfolgen.

4. Hebammen: Berufshaftpflichtkosten-Sicherstellungszuschlag

BSG, Urteil v. 22.02.2023 - B 3 KR 13/21 R

RID 23-03-135

BSGE = SozR 4-2500 § 134a Nr. 1 = GesR 2023, 395

Leitsatz: 1. Über die Auszahlung des **Sicherstellungszuschlags** an eine **Hebamme**, die Leistungen der Geburtshilfe erbringt, entscheidet der GKV-Spitzenverband für die beteiligten Krankenkassen im Gleichordnungsverhältnis zu den Hebammen **als Zahlstelle** und nicht durch hoheitliche Regelung.

2. Auf den Ausgleich der Haftpflichtkostensteigerung nach dem Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe sind **Zahlungen Dritter** weder nach ausdrücklicher Regelung noch kraft ergänzender gerichtlicher Vertragsauslegung anzurechnen.

5. Schiedsspruch zur frühen Nutzenbewertung: Verlust des Rügerechts

BSG, Urteil v. 22.02.2023 - B 3 KR 6/21 R

RID 23-03-136

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

Der GKV-Spitzenverband hat die **Entwicklung des Preisniveaus** von erstattungsfähigen Arzneimitteln auf dem Markt zu beobachten, 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 (BSG, Urt. v. 12.08.2021 - B 3 KR 3/20 R - BSGE 133, 1 = SozR 4-2500 § 130b Nr. 5).

Die **Rüge unzureichender Amtsermittlung** ist bereits im Schiedsverfahren zu erheben.

6. Aufrechterhaltung der Beweisanträge trotz Fernbleiben vom Verhandlungstermin

BSG, Beschluss v. 11.05.2023 - B 1 KR 95/21 B

RID 23-03-137

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

Bei einem **unentschuldigtem Fernbleiben** eines rechtskundig vertretenen Beteiligten darf im abschließenden **Verhandlungstermin** grundsätzlich davon ausgegangen werden, dass zuvor angekündigte **Beweisanträge** nicht mehr gestellt, d.h. nicht mehr aufrechterhalten werden, wenn der Beteiligte zum Verhandlungstermin ordnungsgemäß geladen worden ist und der Terminmitteilung entnommen werden konnte, dass vor einer Entscheidung weitere Beweiserhebungen von Amts wegen nicht beabsichtigt waren. Dies gilt aber dann nicht, wenn der Beteiligte bzw. sein Bevollmächtigter unmittelbar vor dem Termin hinreichend deutlich zum Ausdruck bringt, dass auch im Falle seines Fernbleibens über die von ihm schriftsätzlich gestellten Beweisanträge entschieden werden soll (vgl. auch BSG, Beschl. v. 05.03.2002 - B 13 RJ 193/01 B - SozR 3-1500 § 160 Nr. 35 S. 74 = juris Rn. 9). Macht eine Kl. mit ihrem Beweisantrag geltend, dass sie noch offen dafür gewesen sei, sich innerhalb des Sachleistungssystems durch einen zugelassenen Leistungserbringer behandeln zu lassen, wenn es einen gegeben hätte, worüber sie damals keine Kenntnis gehabt habe, also ihr Entschluss unter der Bedingung einer Nichtversorgung innerhalb des GKV-Leistungserbringersystems gestanden habe, so ist zu begründen, warum das Ergebnis der **Zeugenbefragung** nicht im Nachweis dieser von der Kl. aufgestellten Behauptung bestanden haben könnte.

SG Nürnberg, Gerichtsbb. v. 22.02.2019 - S 18 KR 556/18 - wies die Klage ab, **LSG Bayern**, Urt. v. 07.09.2021 - L 20 KR 286/19 - RID 21-04-36 die Berufung zurück, das **BSG** verwies die Sache zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das LSG zurück.

C. ENTSCHEIDUNGEN ANDERER GERICHTE

I. Ärztliches Berufsrecht

1. Erteilung der ärztlichen Approbation trotz vorsätzlichen Tötungsdelikts

VG Hannover, Urteil v. 21.06.2023 - 5 A 5999/21

RID 23-03-138

www.juris.de

BÄO § 3; BZRG §§ 51 I, 52 I Nr. 4

Leitsatz: Ein vorsätzliches Tötungsdelikt im privaten Rahmen kann nach dessen Tilgung aus dem Bundeszentralregister dem Kläger im Approbationsverfahren nicht mehr entgegengehalten werden.

2. Gleichwertigkeit des Ausbildungsstands nach erfolgreicher Kenntnisprüfung

OVG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 24.05.2023 - 13 A 1952/22

RID 23-03-139

www.juris.de

BÄO § 3; HeilBerG NRW § 35 II 1 Alt. 2

Die Gleichwertigkeit des Ausbildungsstands ist bei Durchführung einer Kenntnisprüfung frühestens „gegeben“, wenn diese nachgewiesenermaßen erfolgreich absolviert wurde. Ob der Ausbildungsstand in tatsächlicher Hinsicht möglicherweise bereits zu einem früheren Stand gleichwertig war, ist unerheblich.

3. Berufspflichten

a) Aufnahme einer freundschaftlichen Beziehung und sexueller Kontakte

VG Berlin, Urteil v. 27.01.2023 - 90 K 5/21 T

RID 23-03-140

www.juris.de

StGB § 174c I; HeilBKG Berlin §§ 62 I 1, 81 IV 1, 92

Leitsatz: Die Pflicht zur gewissenhaften Berufsausübung erfordert ein professionelles und hinreichend distanziertes Verhalten zwischen Ärztinnen und ihren Patienten im Rahmen des ärztlichen Behandlungsverhältnisses. Diese Pflicht wird durch die Aufnahme einer freundschaftlichen Beziehung verletzt und erst recht durch sexuelle Kontakte, die als Missbrauch im Sinne des § 174c Abs. 1 StGB strafbar sind.

Das VG verhängte gegen die beschuldigte und vertragsärztlich in eigener Praxis mit einem Schwerpunkt in der psychosomatischen Grundversorgung tätige Fachärztin für Allgemeinmedizin, die über eine besondere fachlichen Befähigung nach § 5 Abs. 6 der Psychotherapie-Vb (Anl. 1 zum BMV-Ä) verfügt, eine Geldbuße in Höhe von 10.000 € und entzog ihr das aktive und passive Kammerwahlrecht.

b) Behauptung einer Therapiemöglichkeit für Erkrankung an COVID-19 durch Zahnarzt

VG Münster, Beschluss v. 24.05.2023 - 18 K 3310/21.T

RID 23-03-141

www.juris.de

HeilBerG NRW §§ 29, 30, 58a, 58e I 1, IV 2, 112

Ein Antrag auf berufsgerichtliche Nachprüfung einer erteilten und mit einem Ordnungsgeld in Höhe von 500 € verbundenen Rüge ist bereits unzulässig, wenn er nicht innerhalb der Frist nach § 58e Abs. 4 S. 2 HeilBerG NRW von einem Monat nach Zustellung des Rügebescheids beim Berufsgericht eingeht.

Ein Zahnarzt wird seiner Berufspflicht, seinen Beruf gewissenhaft auszuüben und dem ihm im Zusammenhang mit dem Beruf entgegengebrachten Vertrauen zu entsprechen, durch die Aussage auf der Internet-Seite seiner Praxis „Eine Therapie von SARS-COV 2.19 ist prophylaktisch und therapeutisch möglich durch die Anwendung eines Nasen-Rachensprays auf Photosensitizerbasis (siehe Internet) auf Stickstoffmonoxidbasis (Deutschland/Israel/USA) und als Plasma-Mineralienspray. Damit wird eine Virenreduzierung von über 99 % möglich“ nicht gerecht. Mit der

Aussage wird dem Patientenkreis für den Fall einer **Erkrankung an COVID-19** eine **Therapiemöglichkeit behauptet**, die in Wahrheit nicht besteht.

c) Anpreisende zahnärztliche Werbung

Berufsgericht für Heilberufe Münster, Beschluss v. 19.06.2023 - 18 K 3561/21.T RID 23-03-142

www.juris.de

HeilBerG NRW §§ 58, 58e I 1

Der Rahmen berufsrechtlich zulässiger Werbung wird durch **Werbeaussagen** überschritten, in denen ein bestimmter Hersteller („J.: Die durchsichtige Zahnsperre für dein schönstes Lächeln“ u.a.m.) mit u.a. den zusätzlichen Aussagen: „Viele Aligner- Lösungen lassen Dich bei der Zahnkorrektur alleine. So kann der Behandlungsablauf nicht überprüft werden ...“ und: „bei B1. in N. wird der Behandlungserfolg fortlaufend vom Zahnarzt kontrolliert. Nur so kannst Du das bestmögliche Ergebnis erhalten ...“ angepreist wird.

d) Keine Übersendung der Aktenunterlagen an Patienten nach dessen Beschwerde

OVG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 05.08.2022 - 15 E 249/22 RID 23-03-143

www.juris.de

HeilBerG NRW § 5a VIII; IFG § 4 I

Das Verwaltungsgericht hat zu Recht angenommen, dass ein Anspruch des Ast. aus § 4 Abs. 1 IFG NRW nach dessen Absatz 2 vorliegend ausgeschlossen sein dürfte. Denn das Begehren des Ast., **Informationen über ein auf seine Beschwerde zurückgehendes berufsrechtliches Verfahren** gegen eine Ärztin zu erhalten, die bei der Ag. Kammermitglied ist, wird bereits durch die speziellere Bestimmung des § 5a Abs. 8 HeilBerG NRW abschließend geregelt.

Der Ast. kann sein Begehren, ihm die **Aktenunterlagen**, auf welche die Ag. ihre berufsrechtliche Entscheidung gegründet hat, **vollständig zuzuschicken**, auch nicht auf § 5a Abs. 8 HeilBerG NRW stützen. Denn hiernach besteht nur ein Anspruch auf Mitteilung des Verfahrensergebnisses nach Abschluss des berufsrechtlichen Verfahrens.

e) Antrag auf Eröffnung des berufsgerichtlichen Verfahrens/Meinungsfreiheit

LandesberufsG für Heilberufe Münster, Beschluss v. 17.07.2023 - 36 E 986/21.T RID 23-03-144

www.juris.de

HeilBerG NRW §§ 29 I, 105 I; GG Art. 5

Leitsatz: 1. Zurückweisung der sofortigen Beschwerde gegen die Ablehnung des Antrags auf **Eröffnung eines berufsgerichtlichen Verfahrens** gegen einen Arzt.

2. Bei § 29 Abs. 1 HeilBerG NRW (in Verbindung mit den einschlägigen Vorschriften des HeilBerG NRW, namentlich § 59 Abs. 1, 60 HeilBerG NRW), § 2 Abs. 2 Satz 1 **Berufsordnung** der rheinischen Ärztinnen und Ärzte, handelt es sich um **allgemeine Gesetze** im Sinne des **Art. 5 Abs. 2 GG**. Derartige berufsregelnde Vorschriften können - in gewissen Grenzen - auch das Grundrecht der freien Meinungsäußerung beschränken, wenn dies etwa zur Erhaltung des Vertrauens in den ärztlichen Berufsstand erforderlich erscheint.

3. Angesichts der Bedeutung, die die Meinungsäußerungsfreiheit für den freiheitlich-demokratischen Staat besitzt, müssen die allgemeinen Gesetze in ihrer das Grundrecht beschränkenden Wirkung ihrerseits im Lichte der Bedeutung von Art. 5 GG gesehen und so interpretiert werden, dass der besondere Wertgehalt dieses Rechts, der zu einer grundsätzlichen **Vermutung für die Freiheit der Rede** in allen Bereichen, namentlich aber im öffentlichen Leben, führen muss, auf jeden Fall gewahrt bleibt (BVerfG, Urt. v. 15.01.1958 - 1 BvR 400/ 51 - BVerfGE 7, 198 ff. - „Lüth-Urteil“).

4. Strafrecht

a) BVerfG: Strafbares Anbieten von Schwangerschaftsabbrüchen auf ärztlicher Homepage

BVerfG, 2. Sen. 2. Ka., Beschluss v. 10.05.2023 - 2 BvR 390/21

RID 23-03-145

www.bundesverfassungsgericht.de = www.juris.de

StGB a.F. § 219a

Die Verfassungsbeschwerde gegen *OLG Frankfurt a. M.*, Beschl. v. 22.12.2020 - 1 Ss 96/20 - RID 21-01-173 u.a. wird nicht zur Entscheidung angenommen.

Die Zulässigkeit einer Verfassungsbeschwerde als Voraussetzung für eine Entscheidung zur Sache muss noch im Zeitpunkt der Entscheidung des BVerfG über die Verfassungsbeschwerde gegeben sein. Daran fehlt es hier. Die **rückwirkende Aufhebung der unmittelbar angegriffenen Gerichtsentscheidungen** durch Art. 316n Abs. 1 Nr. 1 EGStGB und des mittelbar angegriffenen § 219a StGB durch Art. 1 Nr. 3 des Aufhebungsgesetzes hat dazu geführt, dass sich das mit der Verfassungsbeschwerde verfolgte Begehren **erledigt** hat. Die angegriffenen Hoheitsakte entfalten gegenüber der Bf. keine belastenden Wirkungen mehr.

b) Ärztliche Atteste ohne persönliche Untersuchung

BayObLG, Beschluss v. 06.06.2023 - 206 StRR 76/23

RID 23-03-146

www.juris.de

StGB § 278; CoronaVV Bayern 6 § 15a

Leitsatz: 1. **Ärztliche Atteste** sind gem. § 278 StGB **unrichtig**, wenn sie **ohne persönliche Untersuchung** ausgestellt werden, obwohl keine besonderen Umstände vorliegen, die dies ausnahmsweise rechtfertigen könnten.

2. Eine ärztliche Bescheinigung, die während der Covid 19-Pandemie zu dem Zweck der Glaubhaftmachung ausgestellt wurde, der betreffenden Person sei das Tragen einer Mund-Nasen-Bedeckung aus gesundheitlichen Gründen nicht möglich oder nicht zumutbar, ist unrichtig, wenn sie sich nicht auf durch eine Untersuchung festgestellte individuelle gesundheitliche Besonderheiten, sondern lediglich auf **generelle Vorbehalte gegen das Tragen von Gesichtsmasken** stützte.

3. Wird die Strafbarkeit wegen Ausstellens eines unrichtigen Maskenbefreiungsattestes zum Gebrauch bei einer Behörde nach § 278 StGB a.F. damit begründet, das Attest sei zur Vorlage bei einer Schulbehörde während der Covid-19 Pandemie gedacht gewesen, um von der in der Schule bestehenden Pflicht zum Tragen von Masken befreit zu werden, bedarf es der Feststellung, dass zum Zeitpunkt der Ausstellung des Attestes eine **Maskenpflicht auf dem Schulgelände** bestand oder mit der Anordnung einer solchen gerechnet wurde.

c) Unrichtige Gesundheitszeugnisse durch psycholog. Psychotherapeutin
(Maskenpflichtbefreiung)

AG Stuttgart-Bad Cannstatt, Urteil v. 27.04.2023 - 3 Ds 244 Js 281/21 u.a.

RID 23-03-147

www.juris.de

StGB §§ 53, 74 I, 278

Eine approbierte psychologische Psychotherapeutin macht sich strafbar, wenn sie **unrichtige Gesundheitszeugnisse** zur Befreiung von der Maskenpflicht ausstellt. Ein Gesundheitszeugnis ist auch dann schon unabhängig von der Frage einer eventuellen (zufälligen) Richtigkeit der Beschreibung des Gesundheitszustandes unrichtig, wenn der Befund ohne Vornahme einer einschlägigen Untersuchung quasi „ins Blaue hinein“ bescheinigt wird, weil ein Attest nach der Verkehrsanschauung das Vertrauen begründet, dass die fachlichen Ausführungen auf einer tragfähigen Grundlage beruhen. Der Unrichtigkeit steht nicht entgegen, dass bei **psychologischen Psychotherapeuten** gar **keine körperliche Untersuchung** zwingend erforderlich ist. Gegenstand der psychologischen Begutachtung ist das Gespräch. Umso mehr gilt jedoch, dass eine eingehende Auseinandersetzung mit dem Patienten erfolgt. Eine Fremdanamnese ist gerade bei Psychotherapeuten im Regelfall ausgeschlossen, da es sich um innere Vorgänge einer Person handelt. Die Ergründung dieser kann in der Regel nur durch persönliches Gespräch erfolgen. Die Unrichtigkeit ergibt sich

zudem daraus, dass in den Attesten nicht angegeben wird, dass körperliche Ursachen nicht durch einen Arzt ausgeschlossen worden sind. Nach § 1 Abs. 3 S. 2 a.F. bzw. § 1 Abs. 2 S. 2 n.F. des PsychThG sind Psychotherapeuten nämlich verpflichtet, eine somatische Abklärung herbeizuführen. Insoweit trifft die Angeklagte die Pflicht zur Einholung eines ärztlichen Konsiliums, da in allen Fällen rein körperliche Ursachen nicht ausgeschlossen sind.

d) Impfberechtigung besonderes persönliches Merkmal in der Person des Haupttäters

BayObLG, Beschluss v. 09.08.2023 - 206 StRR 190/23

RID 23-03-148

www.juris.de

IfSG §§ 22 I, 74 II; StGB § 49

Leitsatz: 1. Bietet der zu einer Falschdokumentation entschlossene Arzt einer in seiner Praxis anwesenden **Patientin** an, die Durchführung einer **Coronaschutzimpfung** in einem Impfpass zu **bescheinigen**, ohne diese tatsächlich vorzunehmen, und nimmt diese das dann in die Tat umgesetzte Angebot an, leistet sie Beihilfe zur nicht richtigen Dokumentation einer Schutzimpfung gegen das Coronavirus.

2. Die **Impfberechtigung** i.S.v. §§ 22 Abs. 1, 74 Abs.2 IfSG ist ein besonderes persönliches Merkmal in der **Person des Haupttäters** i.S.v. §§ 74 Abs. 2, 73 Abs. 1a Nr. 8, 22 Abs. 1 IfSG, demgemäß ist die Strafe für einen Teilnehmer (Anstifter oder Gehilfe) nach § 49 Abs. 1 StGB zu mildern.

5. Keine Erlaubnis zur Abgabe eines Betäubungsmittels (Natrium-Pentobarbital) zur Selbsttötung

OVG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 08.08.2023 - 9 B 194/23

RID 23-03-149

www.juris.de

BtMG §§ 2, 3, 4, 5, 13

Leitsatz: 1. Das Betäubungsmittelgesetz sieht eine **Abgabe von Betäubungsmitteln** durch einen Arzt an seine Patienten vorbehaltlich des in § 13 Abs. 1a BtMG geregelten Sonderfalls nicht vor.

2. Die Abgabe von Betäubungsmitteln aufgrund einer ärztlichen Verschreibung ist gesetzlich den **Apotheken vorbehalten**.

6. EuGH/Generalanwalt: Kostenfreie Zurverfügungstellung der Patientenakte

EuGH, Generalanwalt, Schlussantrag v. 20.04.2023 - C-307/22

RID 23-03-150

www.juris.de

BGB § 630g II 2; EUV 2016/679 Art. 12, 15, 23

Nach alledem schlage ich dem Gerichtshof vor, die von **BGH**, Beschl. v. 29.03.2022 - VI ZR 1352/20 - RID 22-02-153 zur Vorabentscheidung vorgelegten Fragen wie folgt zu beantworten:

Art. 12 Abs. 5 und Art. 15 Abs. 3 der Verordnung (EU) 2016/679 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 27. April 2016 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten, zum freien Datenverkehr und zur Aufhebung der Richtlinie 95/46/EG (Datenschutz-Grundverordnung) sind dahin auszulegen, dass der Verantwortliche verpflichtet ist, der betroffenen Person eine **Kopie ihrer personenbezogenen Daten zur Verfügung zu stellen**, und zwar auch dann, wenn die betroffene Person die Kopie nicht für die im 63. Erwägungsgrund der DSGVO genannten Zwecke, sondern für einen anderen, datenschutzfremden Zweck beantragt.

Eine nationale Regelung, die von Patienten, die Kopien ihrer in Patientenakten enthaltenen personenbezogenen Daten beantragen, verlangt, dass sie den Ärzten die entstandenen **Kosten erstatten**, ist nach Art. 23 Abs. 1 DSGVO zulässig, sofern die Beschränkung des Auskunftsrechts unter Berücksichtigung aller relevanten Umstände im Hinblick auf die Ziele des Schutzes der öffentlichen Gesundheit und der unternehmerischen Freiheit der Ärzte erforderlich und verhältnismäßig ist. Das nationale Gericht hat insbesondere zu prüfen, ob die Kosten, deren Erstattung die Ärzte von den Patienten verlangen können, strikt auf die tatsächlich anfallenden Kosten beschränkt sind.

Der Ausdruck „eine Kopie der personenbezogenen Daten, die Gegenstand der Verarbeitung sind“, in Art. 15 Abs. 3 DSGVO kann im Rahmen eines **Arzt-Patienten-Verhältnisses** nicht dahin ausgelegt

werden, dass er der betroffenen Person ein allgemeines Recht darauf gewährt, eine vollständige Kopie aller in ihrer Patientenakte enthaltenen Dokumente zu erhalten. Jedoch hat der Verantwortliche der betroffenen Person bestimmte Dokumente teilweise oder vollständig in Kopie zur Verfügung zu stellen, wenn dies erforderlich ist, um sicherzustellen, dass die übermittelten Daten verständlich sind und dass die betroffene Person in der Lage ist, zu überprüfen, ob die übermittelten Daten vollständig und richtig sind.

7. BVerwG: Anerkennung neuer Ausbildungsstätten nach Übergangsregelung d. § 28 PsychThG n.F.

BVerwG, Beschluss v. 29.06.2023 - 3 B 24/22

RID 23-03-151

www.juris.de

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

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *OVG Hamburg*, Urt. v. 02.03.2022 - 3 Bf 177/20 - RID 23-01-156 wird zurückgewiesen.

Die Frage, ob eine nach § 6 PsychThG a. F. anerkannte Ausbildungsstätte „auf die Inanspruchnahme von Kooperationspartnern im Sinne des § 6 Abs. 3 PsychThG a.F. verzichten kann“, ist einer **grundsätzlichen Klärung nicht zugänglich**. Ihre Beantwortung hängt von den Umständen des jeweils zu beurteilenden Einzelfalls, insb. von der im jeweiligen Anerkennungsbescheid getroffenen Regelung ab.

8. BVerfG: Versagung von Versorgungsansprüchen nach OEG wg. geschlechtszuweisender Op

BVerfG, 1. Sen. 3. Ka., Beschluss v. 12.05.2023 - 1 BvR 886/22

RID 23-03-152

www.juris.de

OEG § 1

Die Verfassungsbeschwerde gegen *BSG*, Beschl. v. 16.12.2021 - B 9 V 32/21 B - juris u.a. wird nicht zur Entscheidung angenommen.

Die beschwerdeführende Person setzt sich weiter nicht in der gebotenen Weise mit den Ausführungen des LSG auseinander, wonach bei Würdigung des Sachverhaltes und der erhobenen Beweise bereits eine - zur Annahme der behaupteten Folter bzw. ärztlichen Menschenversuche offensichtlich erforderliche - feindliche Willensrichtung der damals behandelnden Ärzte nicht festzustellen war. Sie unterstellt vielmehr, dass die **Klitoridektomie**, die **medikamentöse Behandlung** sowie eine nicht näher bestimmte **Blasenpunktion** in einer Tradition ärztlicher Verbrechen während der Zeit des Nationalsozialismus gestanden hätten und als Folter bzw. Menschenversuch anzusehen seien. Insb. ersetzt der Verweis auf die allgemeinen **Empfehlungen der entsprechenden Ausschüsse der Vereinten Nationen zu intergeschlechtlichen Personen** in den Berichten CAT/C/DEU/CO/5 v. 12.12.2011 (Ziff. 20) und CCPR/C/DEU/CO/7 v. 11.11.2021 (Rn. 20 f.) nicht die zur Darlegung einer Grundrechtsverletzung gebotene **sachliche Auseinandersetzung mit der fachgerichtlichen Beweiswürdigung**. Die Begründung der Verfassungsbeschwerde setzt sich abgesehen davon bei der rechtlichen Bewertung der als entschädigungspflichtig angesehenen ärztlichen Handlungen auch nicht mit einem seither eingetretenen Wandel in dem gesellschaftlichen und rechtlichen Verständnis der Geschlechtszugehörigkeit auseinander.

9. Regeln für Fristen zum Einsatz der Rettungskräfte am Einsatzort

VGH Baden-Württemberg, Urteil v. 05.05.2023 - 6 S 2249/49

RID 23-03-153

www.juris.de

RDG §§ 1, 2, 3, 4; GG Art. 2 II 1

Leitsatz: 1. Aus der **Schutzpflicht** aus Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG folgt die Verpflichtung des Staates, ein **funktionierendes System des Rettungsdienstes** zur Verfügung zu stellen.

2. Hat der Gesetzgeber grundsätzlich geeignete und ausreichende Regelungen getroffen, um seiner Schutzpflicht zu genügen, kann eine **Schutzpflichtverletzung** nur in Betracht kommen, wenn das Schutzkonzept des Gesetzgebers im Rahmen der untergesetzlichen Ausgestaltung oder beim

Gesetzesvollzug in einer Weise unterlaufen wird, dass der verfassungsrechtlich gebotene Mindeststandard nicht gewahrt wird.

3. Der dem Plangeber bei der Konkretisierung und näheren Ausgestaltung der Regelungen zur Hilfsfrist im bodengebundenen Rettungsdienst bei der Notfallrettung (§ 3 Abs. 2 Satz 5 und 6 RDG) zustehende **Gestaltungsspielraum** ist jedenfalls dann **überschritten**, wenn die vom Gesetzgeber unter Hinweis auf notfallmedizinische Gründe vorgegebene **10-Minuten-Frist** bei der untergesetzlichen Planung vollständig außer Acht gelassen wird.

4. Die in § 3 Abs. 2 Satz 5 und 6 RDG normierte Hilfsfrist gilt auch für den Notarzteinsetzdienst.

Die Ast. zu 1 - 5 sind als Notärzte in Baden-Württemberg tätig. Der Ast. zu 4 ist zudem Mitglied im Landesausschuss Notfallmedizin der Landesärztekammer Baden-Württemberg. Die Ast. zu 5 ist neben ihrer notärztlichen Tätigkeit als Leitende Notärztin tätig. Der Ast. zu 6 ist Rettungsassistent und Organisatorischer Leiter Rettungsdienst. Die Ast. zu 6 - 11, 13 - 16 sind Stadträte verschiedener Fraktionen im Gemeinderat der Stadt Mannheim. Der Ast. zu 12 ist Kriminalhauptkommissar a.D. Alle Antragsteller haben ihren Wohnsitz in Baden-Württemberg. Der **VGH** erklärte § 6 des Rettungsdienstplans des Landes Baden-Württemberg i.d.F.v. 31.08.2022 (GABl. 2022, S. 739) für unwirksam und wies im Übrigen die Anträge ab. Die innerhalb der Frist des § 47 Abs. 2 Satz 1 VwGO gestellten Normenkontrollanträge sind nur insoweit zulässig, als sie sich gegen die Regelungen zur Hilfsfrist in § 6 des Rettungsdienstplans richten; im Übrigen sind sie unzulässig. Die gegen den Rettungsdienstplan gerichteten Anträge sind nicht insgesamt, sondern nur insoweit statthaft, als die Ast. sich gegen einzelne Bestimmungen wenden, die als Rechtsvorschriften im materiellen Sinne zu qualifizieren sind. Die Ast. sind nur insoweit antragsbefugt, als sie sich gegen die Regelungen zur Hilfsfrist in § 6 des Rettungsdienstplans wenden; im Übrigen fehlt ihnen die notwendige Antragsbefugnis. Soweit die Antragsbefugnis gegeben ist, ist auch das erforderliche Rechtsschutzinteresse zu bejahen. Soweit die Anträge sich gegen die Beschlüsse des Landesausschusses für den Rettungsdienst v. 21.09.2022 und v. 28.06.2022 sowie hilfsweise gegen den Erlass des Innenministeriums vom 29.06.2022 richten, sind sie unstatthaft. Hinsichtlich des Beschl. v. 28.06.2022 und des Erlasses v. 29.06.2022 fehlt es darüber hinaus an der erforderlichen Antragsbefugnis. Soweit die Anträge zulässig sind, sind sie auch begründet. Zwar ist der Rettungsdienstplan formell rechtmäßig zustande gekommen. Die Bestimmungen in § 6 RDPl. erweisen sich jedoch in mehrfacher Hinsicht als materiell rechtswidrig. Dies hat zur Folge, dass § 6 RDPl. insgesamt für unwirksam zu erklären ist.

10. Umsatzsteuerpflichtigkeit der vertretungsweisen Übernahme eines amb. ärztl. Notdienstes

FG Münster, Urteil v. 09.05.2023 - 15 K 1953/20 U

RID 23-03-154

www.juris.de

UmStG § 4 Nr. 14 Buchst. a

Bei den Zahlungen der vertretenen Ärzte handelt es sich um ein **Entgelt für die Freistellung von der Verantwortung für die ordnungsgemäße Durchführung des Notfalldienstes**. Die Übernahme eines zugeteilten ärztlichen Notdienstes unter Freistellung des vertretenen Arztes von sämtlichen Verpflichtungen im Zusammenhang mit diesem Dienst ist keine nach § 4 Nr. 14 Buchst. a UStG steuerfreie Heilbehandlungsleistung. Weder bildet die Übernahme des zugeteilten ärztlichen Notdienstes unter Freistellung des vertretenen Arztes von sämtlichen Verpflichtungen im Zusammenhang mit diesem Dienst mit den etwaig im ärztlichen Notdienst erfolgten Heilbehandlungen eine einheitliche Leistung, noch vermag der Umstand, dass die Durchführung des ärztlichen Notdienstes unerlässlich für eine zeitnahe ambulante Patientenversorgung ist, eine Steuerfreiheit nach § 4 Nr. 14 Buchst. a UStG zu begründen.

In den Streitjahren 2012 bis 2016 nahm der Kl. am ärztlichen Notfalldienst im Sitz- und Fahrdienst als Vertreter für andere Ärzte unter Übernahme der Verantwortung für die ordnungsgemäße Durchführung des Notdienstes teil. Einen eigenen Praxisbetrieb unterhielt der Kl. nicht. Die Vertretung zeigte der Kl. gegenüber der KV jeweils gemäß eines Formblatts an. In diesem war anzugeben, ob die Übernahme durch einen Arzt erfolgt, für den die Verantwortung für die ordnungsgemäße Durchführung beim vertretenen Arzt verbleibt und durch den die Abrechnung gegenüber der KV erfolgt, oder ein Vertrags- oder KV-Poolarzt die Vertretung übernimmt, der die Verantwortung für die ordnungsgemäße Durchführung des Dienstes übernahm und selbst die Leistungen im Notfalldienst abrechnete. Gegenüber den vertretenen Ärzten rechnete der Kl. mit einem Stundenlohn zwischen 20,00 € und 40,00 € ab. Die vom Kl. im Rahmen des Notfalldienstes erbrachten ärztlichen Leistungen liquidierte der Kl. darüber hinaus entweder im Wege der Privatliquidation oder über die KV. Eine **steuerliche Außenprüfung** ergab Einnahmen aus Privatliquidationen, vom Land NRW, von Städten und von Bestattungsinstituten i.H. von brutto 48.174 € (2012), 46.005 € (2013), 34.482 € (2014), 24.424 € (2015) und 24.493 € (2016). Hieraus entfielen auf Blutentnahmen im Jahr 2012 brutto 23.229 € und im Jahr 2016 brutto 4.687 €. Für die Jahre 2013 bis 2015 schätzte die Prüferin Einnahmen aus Blutentnahmen i.H. von

brutto 20.000 € (2013), 10.000 € (2014) und 5.000 € (2015). Die **Übernahme der Notdienste** sei umsatzsteuerpflichtig. Der Kl. erbringe bei der Übernahme des Notdienstes eine Leistung, die getrennt von der Heilbehandlung zu würdigen sei. Es handele sich nicht um eine einheitliche Leistung mit der Behandlung der Patienten. Zum einen führe der Kl. gegenüber den Patienten eine Heilbehandlung aus, die nach § 4 Nr. 14 Buchst. a) UStG steuerfrei sei. Zum anderen erbringe der Kl. gegenüber dem Arzt, dessen Notdienst er gegen Entgelt übernehme, eine sonstige Leistung. Diese Leistung werde nicht zum Zweck der Diagnose, der Behandlung und, soweit möglich, der Heilung von Krankheiten und Gesundheitsstörungen bei Menschen vorgenommen. Ein therapeutisches Ziel stehe nicht im Vordergrund. Die Leistung gegenüber dem anderen Arzt bestehe ausschließlich in der Anwesenheitspflicht im Notdienst. In den Streitjahren seien damit die Bruttoeinnahmen i.H. von 45.760 € (2012, netto: 38.453 €), 60.665 € (2013, netto: 50.798 €), 48.015 € (2014, netto: 40.348 €), 42.035 € (2015, netto: 35.323 €) und 40.710 € (2016, netto: 34.210 €) der Umsatzsteuer zu 19% zu unterwerfen. Soweit der Kl. darüber hinaus für die **Polizeidienststelle E Blutentnahmen** durchführe, sei dies ebf. steuerpflichtig. Anhand der Blutproben würden u.a. Blutalkohol- oder Drogenuntersuchungen durchgeführt. Einem therapeutischen Zweck diene die medizinische Leistung nicht. Nach § 4 Nr. 14 Buchst. a) UStG **steuerfrei** seien dagegen insb. **die im Rahmen des ärztlichen Notdienstes durch die Behandlung der Patienten ausgeführten Heilbehandlungsleistungen**. Diese würden entweder über Privatliquidation oder über die KVWL abgerechnet. Um eine steuerfreie Heilbehandlung handele es sich auch, soweit der Kl. **in der Arztpraxis seiner Mutter unterstützend tätig** würde. Die Mutter des Kl. leite die Einnahmen, die sie von der KVWL erhalten habe, an den Kl. weiter. Ebenso steuerfrei seien die vom Kl. in der Polizeibehörde und der Justizvollzugsanstalt E durchgeführten **Untersuchungen zur Verwahr- und Haftfähigkeit**. Der Bekl. schloss sich den Feststellungen der Außenprüfung grundsätzlich an und erließ im Oktober 2019 **Umsatzsteuerbescheide** für die Jahre 2012 bis 2016. Das **FG** wies die Klage ab.

II. Arzthaftung

1. Behandlungsfehler

a) Eintritt einer Infektion nach operativer Behandlung und Hygienefehler

KG Berlin, Urteil v. 27.02.2023 - 20 U 73/22

RID 23-03-155

www.juris.de
IfSchG § 23

Nach der ständigen und langjährigen BGH-Rspr. kann aus der Tatsache des Eintritts einer **Infektion nach einer operativen Behandlung** nicht geschlossen werden, dass diese aufgrund eines **Hygienefehlers** der Ärzte eingetreten ist. Etwas anderes ist auch nicht aus § 23 IfSchG abzuleiten.

b) Eingliederung einer Hüftprothese

KG Berlin, Urteil v. 17.10.2022 - 20 U 158/21

RID 23-03-156

www.juris.de = MPR 2023, 112
SGB V §630a, 823 I; ProdHaftG

Für die Implantation einer aus Komponenten verschiedener Hersteller zusammengesetzten **Hüftprothese** ist nicht der Anwendungsbereich des MPG eröffnet, und zwar auch nicht im Falle einer Erstimplantation, weil es der Therapiefreiheit des Arztes unterfällt, wie er einen Patienten behandelt (KG Berlin, Urt. v. 03.04.2014 - 20 U 253/12 - juris Rn. 103, RID 14-02-313 - zum Austausch einzelner Komponenten; anders OLG Koblenz, Beschl. v. 26.02.2013 - 5 U 1474/12 - RID 14-01-227).

Es sind hier keine **Behandlungsfehler** festzustellen. Eine Haftung aus einem etwaigen Aufklärungsversäumnis ist abzulehnen, weil sich nur Risiken verwirklicht haben, über die **aufgeklärt** wurde.

c) Diagnoseirrtum und Fruchtwasseruntersuchung

OLG Nürnberg, Urteil v. 28.11.2022 - 5 U 2068/21

RID 23-03-157

www.juris.de
BGB §§ 630a ff., 823 I

Leitsatz: 1. Um einen **Diagnoseirrtum** handelt es sich, wenn der Arzt erhobene oder sonst vorliegende Befunde falsch interpretiert und deshalb nicht die gebotenen diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen ergreift.

2. Daran fehlt es, wenn der behandelnde Arzt zwar den sonografisch abzuschätzenden **Fruchtwasserindex** (AFI) nicht zutreffend bestimmt hat, aber objektiv eine Fruchtwassermenge vorlag, die weitere diagnostische oder therapeutische Maßnahmen nicht erforderlich machte.

3. Die Bezeichnung von **Fruchtwasser** als „**erbsbreiartig**“ ist ein in der Geburtshilfe etablierter Begriff, der, wenn auch die Beurteilung als „erbsbreiartig“ der Einschätzung des Behandlers unterliegt, dennoch eine hinreichende Objektivierung dahin zulässt, dass das so beschriebene Fruchtwasser eine zähe, dickflüssige, grüne Masse ist.

4. Der Umstand, dass der Zustand des Fruchtwassers bei Entbindung zum errechneten Geburtstermin als „erbsbreiartig“ beschrieben wird, ist kein hinreichendes Indiz dafür, dass bereits 17 Stunden vorher eine Fruchtwassermenge vorlag, die **weitere diagnostische oder therapeutische Maßnahmen** erforderlich machte.

d) Fehlerhafte Befundung eines CTG

OLG Rostock, Urteil v. 20.01.2023 - 5 U 182/19

RID 23-03-158

www.juris.de
BGB §§ 630a, 823

Leitsatz: 1. Die **fehlerhafte Befundung eines CTG** kann einen fundamentalen **Diagnoseirrtum** darstellen.

2. Zu den **Pflichten einer Hebamme** nach Aufnahme einer Schwangeren als Notfall im Krankenhaus.

e) Diagnostizierte Gastroenteritis als einfacher Diagnosefehler

OLG Brandenburg, Beschluss v. 16.05.2023 - 12 W 35/22

RID 23-03-159

www.juris.de
BGB §§ 253 II, 280 I, 630a, 823 I, 831

Die an beiden Tagen erstellte Diagnose einer **Gastroenteritis** des Ast. stellt sich als **einfacher** und daher nicht haftungsbegründender **Diagnosefehler** dar. Die Durchführung einer weiteren Befunderhebung durch eine Computertomografie oder Sonographie des Ast. war nicht zwingend notwendig, sodass deren Unterlassen nicht fehlerhaft gewesen ist.

f) Ers tmalige Zweifel im Berufungsverfahren/Weitere Beweis aufnahme

OLG Dresden, Beschluss v. 08.06.2023 - 4 U 2532/22

RID 23-03-160

www.juris.de
ZPO §§ 286, 529, 531 II

Leitsatz: 1. Wird ein im **unstreitigen Tatbestand** eines erstinstanzlichen Urteils festgestellter Umstand erstmals im **Berufungsverfahren** in Zweifel gezogen, muss dargelegt werden, weshalb dieser Vortrag nicht bereits in erster Instanz möglich war; unterbleibt dies, ist davon auszugehen, dass dies auf Nachlässigkeit beruht.

2. Einer formell und materiell ordnungsgemäßen **ärztlichen Dokumentation** ist bis zum Beweis des Gegenteils Glauben zu schenken.

3. Konkrete Anhaltspunkte, die in einem Arzthaftungsrechtsstreit eine **weitere Beweisaufnahme** gebieten, liegen regelmäßig nicht vor, wenn der Patient der sachverständig beratenen Feststellung des Gerichts nur seine abweichende Meinung gegenüberstellt.

g) Keine nicht-medikamentösen Behandlungsangebote bei Schizophrenie/Schmerzengeld

OLG Hamburg, Urteil v. 17.03.2023 - 1 U 78/22

RID 23-03-161

www.juris.de

BGB §§ 253 II, 280 I, 630a

Bei der Diagnose einer akut exazerbierten paranoiden **Schizophrenie** entsprach es bereits im Jahre 2016 dem medizinischen Standard, einem Patienten mit einer solchen Erkrankung neben der indizierten und im vorliegenden Fall erfolgten Gabe von Psychopharmaka auch **nicht-medikamentöse Behandlungsangebote zu unterbreiten**. Zu einer standardgemäßen multimodalen Behandlung gehören psychiatrische Einzelgespräche, Psychoedukation und Co-Therapien wie Ergotherapie, Bewegungstherapie und u.U. auch Soziotherapie. Ein solcher **Behandlungsfehler ist grob**.

Unter Abwägung aller relevanten Umstände hält der Senat eine immaterielle **Entschädigung** in Höhe von 7.500 € für ausreichend und geboten.

h) Zahnärztliche Schmerzbehandlung am Wurzelkanal

AG Rheine, Urteil v. 29.06.2023 - 4 C 144/22

RID 23-03-162

www.juris.de

BGB §§ 280 I, 630a II

Bei einer **akuten sofortigen zahnärztlichen Schmerzbehandlung** ist es nicht ungewöhnlich, dass noch restliches Nervengewebe auch in möglichen **Nebenverästelungen der Hauptwurzelkanäle** verbleibt. Die endgültige vollständige Aufbereitung erfolge meistens in einer folgenden zeitlich geplanten Sitzung. Damit handelt es sich bei der Behandlung durch einen weiteren Zahnarzt nicht um eine Korrektur einer unsachgemäßen Behandlung, sondern vielmehr um eine Behandlung, die sich üblicherweise an die Behandlung durch den Notzahnarzt anschließt.

2. Aufklärung

a) Mangelhafte Risikoauflklärung und statistische Eintrittshäufigkeit

OLG Nürnberg, Urteil v. 22.05.2023 - 5 U 2251/21

RID 23-03-163

www.juris.de

BGB § 630h II 1

Leitsatz: Beschreibt der aufklärende Arzt dem Patienten die **Wahrscheinlichkeit**, dass eine **Komplikation** eintritt, als „sehr sehr gering“, stellt er das mit der Behandlung insoweit verbundene Risiko unzutreffend dar, wenn die **statistische Eintrittshäufigkeit** der Komplikation bis zu 4% beträgt.

b) Fehlende Dokumentation/Aufklärungspflicht über ein Risiko (Saugglockenentbindung)

OLG Dresden, Urteil v. 01.08.2023 - 4 U 108/23

RID 23-03-164

www.juris.de

BGB §§ 630f, 630h

Leitsatz: 1. Die fehlende **Dokumentation** einer ärztlichen Maßnahme begründet die Vermutung, dass diese unterblieben ist, führt jedoch nicht zur **Beweislastumkehr** hinsichtlich des Ursachenzusammenhangs.

2. Maßgeblich für eine **Aufklärungspflicht über ein Risiko** ist, ob dieses dem Eingriff spezifisch anhaftet und es bei seiner Verwirklichung die Lebensführung des Patienten besonders belastet; das Risiko des kindlichen Schädelbruchs bei einer **Saugglockenentbindung** zählt hierzu nicht.

c) Fehlerhafte Sicherungsaufklärung und Beweislastumkehr

OLG Oldenburg, Urteil v. 01.03.2023 - 5 U 45/22

RID 23-03-165

www.juris.de = RDG 2023, 212

BGB § 630h V 2

Wird ein Patient zutreffend über das Vorliegen eines kontrollbedürftigen Befundes und die medizinisch gebotenen Maßnahmen einer weiteren Kontrolle informiert und unterbleibt (lediglich) der Hinweis auf die **Dringlichkeit der gebotenen Maßnahmen**, so liegt der Schwerpunkt der Vorwerfbarkeit regelmäßig in dem Unterlassen der Warnhinweise (vgl. BGH, Urt. v. 11.04.2017 - VI ZR 576/15 - NJW 2018, 621 Rn. 15). Fehlt es dagegen schon an dem Hinweis, dass ein **kontrollbedürftiger Befund** vorliegt und dass Maßnahmen zur weiteren Abklärung medizinisch geboten sind, liegt der Schwerpunkt der Vorwerfbarkeit regelmäßig in der unterbliebenen Befunderhebung (vgl. BGH, Urt. v. 26.05.2020 - VI ZR 213/19 - juris Rn. 23). Wird auf eine erforderliche augenärztliche Kontrolluntersuchung innerhalb von „3 Monaten“ hingewiesen, wäre aber nur eine (höhere) Dringlichkeit von „3 Wochen“ bzw. „zum errechneten Geburtstermin“ fehlerfrei gewesen, dann liegt der Schwerpunkt Fehlers in der Angabe einer zu geringen Dringlichkeit, mithin im Bereich der Sicherungsaufklärung.

Die Kategorisierung des Fehlers als Sicherungsaufklärung nimmt der Patientenseite nicht a priori die Möglichkeit, eine **Beweislastumkehr** durch Nachweis eines fiktiven groben Behandlungsfehlers im Sinne des § 630h Abs. 5 S. 2 BGB herbeizuführen (hier: Der Kl. hat dargelegt, dass seine Eltern ihn im Falle einer zutreffenden therapeutischen Aufklärung zu dem errechneten Geburtstermin zur Kontrolle vorgestellt hätten, was mit überwiegender Wahrscheinlichkeit einen reaktionspflichtigen Befund erbracht hätte).

d) Pflicht zur therapeutischen Sicherungsaufklärung: Beweislast

OLG Dresden, Urteil v. 25.07.2023 - 4 U 659/23

RID 23-03-166

www.juris.de

BGB §§ 630e, 630f

Leitsatz: 1. Die Verletzung der Pflicht zur therapeutischen **Sicherungsaufklärung** beinhaltet den Vorwurf eines Behandlungsfehlers, der zur **Beweislast** des Patienten steht. Eine dokumentationspflichtige Aufklärungspflicht liegt hierin nicht.

2. Ein **Befunderhebungsfehler**, der sich aus einem nicht vorwerfbaren Diagnoseirrtum ergibt, kann nicht Grundlage der Haftung wegen eines **Behandlungsfehlers** sein (Sperrwirkung des Diagnoseirrtums).

e) Aufklärung über Behandlungsalternativen: Beweislast

OLG Dresden, Beschluss v. 19.07.2023 - 4 U 245/23

RID 23-03-167

www.juris.de

BGB § 630h

Leitsatz: 1. Bei einer unzureichenden **Aufklärung** über **Behandlungsalternativen** trägt der Patient die **Beweislast** dafür, dass er bei pflichtgemäßer Aufklärung in die Behandlung eingewilligt hätte und der mit dem tatsächlich durchgeführte Eingriff verbundene Schaden verhindert worden wäre.

2. Eine **Beweislastumkehr** im Hinblick auf den **Kausalverlauf** kommt auch bei einer „groben“ Verletzung der Aufklärungspflicht nicht in Betracht, ein „grober Aufklärungsfehler“ ist nicht anzuerkennen.

f) Laparoskopische Hysterektomie

LG Offenbach, Urteil v. 19.06.2021 - 3 O 332/19

RID 23-03-168

www.juris.de
BGB § 630e

Eine explizite **Aufklärung** über eine mögliche Verletzung der N. genitofemoralis oder/und des N. ilioinguinalis vor einer laparoskopischen Hysterektomie (mittels Bauchspiegelung) ist nicht erforderlich, wenn es sich dabei **nicht um ein spezifisches Risiko** für die vorgenommene Operation handelt. Eine Aufklärung über **Nervenschädigungen** ist ausreichend. Über eine **Laparotomie als Behandlungsalternative** muss nicht aufgeklärt werden, wenn keine Indikation für die Durchführung einer Laparotomie besteht. Denn bei einer Laparotomie handelt es sich um einen größeren Eingriff, der größere Wundflächen, eine unnötige verlängerte Operationszeit und eine verlängerte Rekonvaleszenz für die Patientin mit sich bringt.

Die Beweisaufnahme konnte nicht ergeben, dass ein **Behandlungsfehler** darin zu erkennen war, dass die Wahl der laparoskopischen Hysterektomie bei Berücksichtigung einer bereits erfolgten Sectio fehlerhaft ist. Zudem sprach auch eine Endometriose nicht gegen die gewählte Operation. Auch der Vorwurf der Kl., dass aufgrund bestehender Verwachsungen bzw. eingeschränkter Sichtverhältnisse die gewählte Operationsmethodik kontraindiziert gewesen sei, dringt nicht durch.

Nachgehend: **OLG Karlsruhe**, Hinweisbeschluss nach § 522 ZPO v. 17.03.2023 - 13 U 390/21 -.

g) Hydrogeltherapie

LG Dortmund, Urteil v. 17.08.2023 - 12 O 416/20

RID 23-03-169

www.juris.de
BGB §§ 630a, 630e, 823

Ein Patient ist darüber aufzuklären, dass es sich bei der **Hydrogeltherapie nicht** um eine **Standardmethode** handelt, deren Erfolgsaussichten unsicher sind und nach den Ärzteleitlinien überwiegend von einer solchen intradiskalen Behandlung abgeraten wird.

3. Sachverständige

a) Auswahl eines medizinischen Sachverständigen/Einwand der hypothetischen Einwilligung

OLG Dresden, Urteil v. 27.06.2023 - 4 U 694/21

RID 23-03-170

www.juris.de
BGB § 630h II; ZPO §§ 404, 404 ff.

Leitsatz: 1. Die **Auswahl eines medizinischen Sachverständigen** steht zwar im **Ermessen** des Gerichts, das sich aber daran ausrichten muss, in welches **medizinische Fachgebiet** der streitgegenständliche Eingriff fällt; hierfür ist auf die fachärztlichen Weiterbildungsordnungen abzustellen. Die **Operation einer chronischen Pankreatitis** fällt hiernach in das Fachgebiet Abdominalchirurgie.

2. Gegenüber dem vom Arzt erhobenen **Einwand der hypothetischen Einwilligung** in eine Behandlungsmaßnahme kann es an einem echten **Entscheidungskonflikt** des Patienten fehlen, wenn dieser ein ihm ausdrücklich mitgeteiltes Risiko zu versterben in Kauf genommen hat, in seiner Anhörung aber angibt, sich bei Aufklärung über das Risiko von Flüssigkeitsaustritt in den Bauchraum „wahrscheinlich“ gegen eine dringlich indizierte Pankreasoperation entschieden zu haben.

b) Auswahl eines medizinischen Sachverständigen: Fachgebiet des zugrundeliegenden Eingriffs

OLG Dresden, Beschluss v. 20.03.2023 - 4 U 2528/22

RID 23-03-171

www.juris.de

BGB §§ 630a ff., 823; ZPO § 404

Leitsatz: 1. Bei der **Auswahl eines medizinischen Sachverständigen** ist auf das **Fachgebiet** abzustellen, in das der zugrundeliegende Eingriff fällt. Die postoperative Entscheidung, einen Patienten nach der Herzoperation wegen abdominaler Komplikation zu verlegen, unterfällt dem **herzchirurgischen Behandlungsstandard**.

2. Bei einer Mehrheit von mit der Berufung verfolgten Streitgegenständen muss sich die **Berufungsbegründung** mit jedem von ihnen auseinandersetzen.

c) Übertragung einzelner Abschnitte auf Gehilfen

OLG Dresden, Beschluss v. 17.04.2023 - 4 W 716/22

RID 23-03-172

www.juris.de

ZPO §§ 42, 406, 407a

Leitsatz: 1. Die Verpflichtung eines medizinischen Sachverständigen zur höchstpersönlichen Gutachterstattung wird nicht dadurch in Frage gestellt, dass einzelne Abschnitte auf **Gehilfen übertragen** werden, solange die Gesamtbeurteilung von dem Sachverständigen verantwortet wird.

2. Ein **Ablehnungsantrag** gegen den Sachverständigen kann daher nicht darauf gestützt werden, dass das Gutachten auch von einem **Assistenten unterzeichnet** ist.

d) Keine Mitteilung des Sachverständigen über Aufgabe der ärztlichen Tätigkeit

OLG Dresden, Beschluss v. 05.06.2023 - 4 W 316/23

RID 23-03-173

www.juris.de

ZPO §§ 42, 406

Leitsatz: Die **Besorgnis der Befangenheit** eines medizinischen Sachverständigen folgt nicht daraus, dass dieser **nicht von sich aus mitteilt**, dass er **nicht mehr als Arzt tätig** ist. Hieraus ggf. resultierende Bedenken gegen den Inhalt des Gutachtens sind im Instanzenzug geltend zu machen.

4. Nachlässige Prozessführung/Verzicht auf Verjährungseinrede

OLG Dresden, Beschluss v. 26.04.2023 - 4 U 2230/22

RID 23-03-174

www.juris.de

BGB §§ 199, 203; ZPO § 531

Leitsatz: 1. Die bloße Bereitschaft des Versicherers zu einem Schlichtungsverfahren bei gleichzeitiger Leistungsablehnung stellt noch kein **Verhandeln über den Anspruch** dar.

2. Eine **nachlässige Prozessführung**, die zum Ausschluss tatsächlichen Vorbringens in der Berufungsinstanz führt, liegt bereits bei einfacher Fahrlässigkeit unter Verstoß gegen die Prozessförderungspflicht vor.

3. Ein einseitig erklärter **Verzicht** auf die **Verjährungseinrede** kann für die Zukunft **widerrufen** werden.

5. Akteneinsicht durch gesetzliche Krankenkasse des Klägers

OLG Düsseldorf, Beschluss v. 15.05.2023 - 3 VA 2/23

RID 23-03-175

www.juris.de

ZPO § 299 II; GG Art. 2 I, 12 I

Leitsatz: 1. Ein **Rechtsanwalt** kann für einen Antrag auf gerichtliche Entscheidung gegen eine nach § 299 Abs. 2 ZPO bewilligte Akteneinsicht **antragsbefugt** sein, wenn er geltend macht, durch die

behördlich angeordnete Gewährung der Akteneinsicht in eigenen Rechten, vor allem in seinem Urheberrecht oder in Grundrechten, verletzt zu sein.

2. **Anwaltliche Schriftsätze** genießen nur dann **urheberrechtlichen Schutz**, wenn und soweit sie aufgrund objektiv eindeutiger und hinreichend genau identifizierbarer inhaltlicher oder formaler Umstände das Ergebnis einer eigenen schöpferischen Tätigkeit des Rechtsanwalts sind und ihr Aufbau und/oder Inhalt nicht durch sachliche Notwendigkeiten oder eine bestehende Zweckmäßigkeit vorgegeben ist.

3. Ein Rechtsanwalt kann im Allgemeinen eine Akteneinsicht nach § 299 Abs. 2 ZPO nicht mit dem Hinweis auf sein **allgemeines Persönlichkeitsrecht** oder seine **Berufsausübungsfreiheit** verhindern.

6. Wiederholung der Beweisaufnahme

OLG Dresden, Beschluss v. 21.06.2023 - 4 U 340/23

RID 23-03-176

www.juris.de

ZPO §§ 286, 529

Leitsatz: Begründete Zweifel, die eine **Wiederholung der Beweisaufnahme** gebieten, werden nicht dadurch hervorgerufen, dass der begründeten Einschätzung eines medizinischen (hier: für Rehasport) **Sachverständigen** allein mit einer **abweichenden Meinung** entgegengetreten wird.

7. Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 hoheitlich

LG Dortmund, Urteil v. 01.06.2023 - 4 O 163/22

RID 23-03-177

www.juris.de

GG Art. 34; CoronaImpfV § 3 I Nr. 4

Zieht der Staat private Unternehmer zur Erfüllung ihm obliegender Aufgaben auf privatrechtlicher Grundlage heran, so hängt die Qualifikation der **Tätigkeit des Unternehmers als hoheitlich oder nicht** hoheitlich von dem Charakter der wahrgenommenen Aufgabe, der Sachnähe der übertragenen Tätigkeit zu dieser Aufgabe und dem Grad der Einbindung des Unternehmers in den behördlichen Pflichtenkreis ab (BGH, Urt. v. 18.02.2014 - VI ZR 383/12 - m.w.N.). Eine niedergelassene Ärztin für Allgemeinmedizin handelte bei der Durchführung der **Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 hoheitlich**, denn der Staat bediente sich im streitgegenständlichen Zeitraum (Mai bis Dezember 2021) der niedergelassenen Ärzte, um sein Ziel der möglichst flächendeckenden Impfung der Bevölkerung zu realisieren. Die Verantwortlichkeit für ein etwaiges Fehlverhalten trifft damit allein das Land.

Anhang I: BSG - Anhängige Revisionen Vertragsarztrecht

Stand: 10.09.2023. Die Angaben „Aktenzeichen“, „Termin“ und „Rechtsfrage“ sowie über die Vorinstanz (Gericht und Aktenzeichen) beruhen auf der Veröffentlichung des BSG (Anhängige Rechtsfragen des 6. Senats – <http://www.bundessozialgericht.de>).

Sachgebiet	Aktenzeichen:	Rechtsfrage	Vorinstanz	RID
Honorarverteilung				
Vergütung psychotherapeutischer Leistungen ab 01.01.2012	B 6 KA 7/23 R (alt: B 6 KA 35/17 R) B 6 KA 6/23 R (alt: B 6 KA 37/17 R)	Zur Frage der Rechtmäßigkeit des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 43. Sitzung am 22.9.2015 zur angemessenen Höhe der Vergütung psychotherapeutischer Leistungen mit Wirkung ab 1.1.2012 nach dem stattgebenden Kammerbeschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 20.3.2023 - 1 BvR 669/18, 1 BvR 732/18 - RID 23-02-37.	SG Marburg , Urtr. v. 22.03.2017 - S 11 KA 8/15 - - S 11 KA 26/15 -	17-03-1 17-03-3
Aufschlag auf Zusatzpauschale zu Nr. 04000 und 04030 EBM: Jobsharing-BAG	B 6 KA 8/23 R B 6 KA 9/23 R	Ist ein im Rahmen eines Jobsharings zugelassener Arzt in einer Berufsausübungsgemeinschaft bei der Prüfung der Zuschlagsvoraussetzungen der Gebührenordnungsposition 04040 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs mit zu berücksichtigen?	LSG Hessen , Urtr. v. 22.03.2022 - L 4 KA 6/20 - - L 4 KA 7/20 -	23-03-3 juris
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?	LSG Berlin-Brandenburg , Urtr. v. 09.02.2022 - L 7 KA 10/18 -	22-03-01
Zeitgebundene neuropsychologische Leistungen und höhere Praxiskosten (Quartal II/13)	B 6 KA 1/22 R	Folgt aus dem Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 22.9.2015 zur Höherbewertung der antragspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen im Abschnitt 35.2 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM), dass neuropsychologische Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 30931 und 30932 EBM ebenfalls höher bewertet werden müssen?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urtr. v. 30.06.2021 - L 11 KA 69/18 -	22-01-11
Kosten für Telematikinfrastruktur	B 6 KA 24/22 R	Zur Frage des Umfangs der Kostenerstattung zur Finanzierung der bei den Vertragsärzten entstehenden Kosten im Rahmen der Einführung und des Betriebes der Telematikinfrastruktur gemäß § 291a Absatz 7 Satz 5 SGB V (alte Fassung vom 21.12.2015, jetzt § 378 SGB V).	LSG Baden-Württemberg , Urtr. 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 Notfalleleistungen eines Klinikums im Widerspruchsverfahren um den zuvor versehentlich nicht berücksichtigten Investitionskostenabschluss (§ 120 Absatz 3 Satz 2 SGB V in der Fassung bis zum 31.12.2015) auf das Gesamthonorar gekürzt wird?	LSG Berlin-Brandenburg , Urtr. v. 21.12.2022 - L 7 KA 52/19 -	23-01-5

Arzt-/Psychotherapeutenregister

Zweigpraxis/Genehmigung der KV/Fachkunde/Notdienst/Disziplinarrecht

Teilnahmeberechtigung einer BAG an amb. spezialfachärztl. Versorgung	B 3 KR 9/22 R Termin: 21.09.2023	Können Berufsausübungsgemeinschaften im Wege der institutionellen Benennung zur Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung berechtigt sein?	LSG Bayern , Urtr. 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?	SG Mainz , Urtr. v. 27.07.2022 - S 3 KA 84/20 -	23-01-8
Heranziehung von Privatärzten zum		Ist die Kassenärztliche Vereinigung Hessen ermächtigt, eine Beitragsheranziehung zu	LSG Hessen , Urtr. v. 27.07.2022	

KV-Notdienst (KV Hessen)	B 6 KA 16/22 R B 6 KA 17/22 R Termin: 25.10.2023 B 6 KA 18/22 R B 6 KA 19/22 R B 6 KA 4/23 R	Lasten von Privatärzten (im Rahmen einer verpflichtenden Teilnahme am ärztlichen Bereitschaftsdienst) zu normieren?	- L 4 KA 36/21 -, - L 4 KA 16/22 - - L 4 KA 19/22 - - L 4 KA 20/22 - v. 25.01.2023 - L 4 KA 17/22 -	23-01-15 22-04-18 23-01-16 23-01-14 23-02-20
	B 6 KA 20/22 R Termin: 25.10.2023	Ist die Kassenärztliche Vereinigung Hessen ermächtigt, eine Beitragsheranziehung zu Lasten von Privatärzten (im Rahmen einer verpflichtenden Teilnahme am ärztlichen Bereitschaftsdienst) zu normieren? Zur Befreiung eines Privatärztes von der Teilnahme am ärztlichen Bereitschaftsdienst in Hessen.	LSG Hessen , Urt. v. 27.07.2022 - L 4 KA 38/22 -	23-01-13

Sachlich-rechnerische Berichtigung

Zeitbezogene Plausibilitätsprüfung: Fremdanamnese	B 6 KA 25/22 R		LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 26.10.2022 - L 5 KA 3703/21 -	23-01-10
Fehlende Unterschrift des ärztlichen Leiters eines MVZ in der Abrechnungs-Sammelerklärung	B 6 KA 15/22 R	Kann ein Honorarverteilungsmaßstab regeln, dass die für die Abrechnung erforderlichen Erklärungen bei einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) von dessen ärztlichen Leiter zu unterschreiben sind?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 01.09.2021 - L 11 KA 49/17 -	22-02-4 NZB

Wirtschaftlichkeitsprüfung/Regress

Differenzbetragsregelung	B 6 KA 5/23 R	Findet die Differenzbetragsregelung des § 106b Absatz 2a SGB V auch auf Nachforderungen wegen unzulässiger Verordnungen von Arzneimitteln Anwendung?	LSG Bayern , Urt. v. 08.02.2023 - L 12 KA 31/22 -	23-03-22
--------------------------	---------------	--	---	----------

Zulassung und Ermächtigung

Geltung der Nachrangregelung für MVZ	B 6 KA 26/22 R Termin: 25.10.2023	Ist die Nachrangregelung des § 103 Absatz 4c Satz 3 SGB V im Rahmen der Auswahl zwischen mehreren Bewerbern um eine Zulassung bei partieller Entsperrung eines Planungsbereichs zugunsten eines Quotensitzes entsprechend anzuwenden?	LSG Bayern , Urt. v. 14.09.2022 - L 12 KA 35/21 -	23-01-25
Mündliche Verhandlung vor Berufungsausschuss/ Ermächtigung Psychotherapie-Ausbildungsstätte nach § 117 Abs. 3a SGB V	B 6 KA 3/23 R	Ist die Durchführung einer mündlichen Verhandlung vor dem Berufungsausschuss auch in den nicht ausdrücklich in § 37 Absatz 1 Satz 1 Ärzte-ZV genannten Fällen obligatorisch, wenn die Angelegenheit für den Antragsteller von überragender wirtschaftlicher Bedeutung ist? Zur erforderlichen Bedarfsprüfung bei der Ermächtigung einer Ambulanz an einer nach § 117 Absatz 3a SGB V.	SG Magdeburg , Urt. v. 18.01.2023 - S 1 KA 244/21 -	23-03-33

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

Schiedsspruch/Gesamtvergütung: Zuschläge für besonders förderungswürdige Leistungen	B 6 A 1/22 R Erledigt durch Rücknahme	Zu den Voraussetzungen einer Beanstandung eines Schiedsspruchs des Landesschiedsamtes über die Festsetzung des Vertragsinhaltes zur Vergütung der vertragsärztlichen Versorgung (hierbei insbesondere: Zuschläge für besonders förderungswürdige Leistungen nach § 87a Absatz 2 Satz 3 SGB V) durch das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) nach § 89 Absatz 10 Satz 7 SGB V.-	LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 30.03.2022 - L 5 KA 1255/20 KL	22-03-22
Schiedsspruch: Differenzbetragsregelung des § 106b Abs. 2a SGB V	B 6 KA 10/23 R	Findet die Differenzbetragsregelung des § 106b Absatz 2a SGB V auch auf Nachforderungen wegen unzulässiger Verordnungen Anwendung? Hier zur Rechtmäßigkeit eines Schiedsspruches des Bundesschiedsamtes nach § 89 Absatz 2 SGB V.	LSG Berlin-Brandenburg , Urt. v. 26.04.2023 - L 7 KA 19/22 KL -	23-03-37
Hausarztzentrierte Versorgung:	B 6 KA 1/23 R	Kann die Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz nach den in ihrem Bezirk	SG Mainz ,	23-02-29

Fehlerhafte Abrechnung des Arztes		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?	Urt. v. 07.09.2022 - S 7 KA 36/19 -	
-----------------------------------	--	---	--	--

Erweiterte Honorarverteilung (EHV) der KV Hessen

Sonstiges/Verfahrensrecht

Anhang II: BSG - Anhängige Revisionen Krankenversicherung

Stand: 10.09.2023. Die Angaben „Aktenzeichen“, „Termin“ und „Rechtsfrage“ sowie über die Vorinstanz (Gericht und Aktenzeichen) beruhen auf der Veröffentlichung des BSG (Anhängige Rechtsfragen des 1. bzw. 3. Senats – <http://www.bundessozialgericht.de>).

Sachgebiet	Aktenzeichen:	Rechtsfrage	Vorinstanz	RID
Ärztliche/Zahnärztliche Behandlung				
Lebensbedrohliche oder regelmäßig tödliche Erkrankung	B 1 KR 36/22 R	Handelt es sich bei einer Erkrankung, die unbehandelt innerhalb von zwei Jahren zum Tode führt, um eine lebensbedrohliche oder regelmäßig tödliche Erkrankung im Sinne des § 2 Absatz 1a SGB V?	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 16.02.2022 - L 12 KR 685/19 -	23-01-60 NZB
Lipoproteinapheresetherapie: Votum der Apherese-Kommission	B 1 KR 40/22 R	Unter welchen Voraussetzungen darf eine Krankenkasse bezüglich der Versorgung mit einer Lipidapheresetherapie im Einzelfall vom Votum der beratenden Kommission der Kassenärztlichen Vereinigung (sogenannte Apherese-Kommission) gemäß Anlage 1 Nummer 1 § 6 der "Richtlinie Methoden vertragsärztlicher Versorgung" abweichen?	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urt. v. 15.11.2022 - L 16/4 KR 536/19 -	23-01-39
Kostenerstattung				
Kostenerstattungsanspruch (§ 13 Abs. 2 SGB V) nach Tod des Versicherten	B 1 KR 39/22 R	Handelt es sich bei dem Kostenerstattungsanspruch nach § 13 Absatz 2 SGB V um eine laufende Geldleistung? Kann der Kostenerstattungsanspruch nach § 13 Absatz 2 SGB V auch dann auf den Sonderrechtsnachfolger oder den Erben übergehen, wenn der Anspruch im Zeitpunkt des Todes des Berechtigten weder festgestellt noch ein Verwaltungsverfahren über ihn anhängig?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 08.11.2022 - L 11 KR 1645/20 -	23-01-56
Genehmigungsfiktion: Arztvorbehalt (Orthonyxie- Behandlung in Kosmetik-Studio)	B 1 KR 28/22 R Termin: 19.10.2023	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
Satzungsregelung zur Kostenübernahme für nicht zugelassenes Krankenhaus	B 1 KR 8/22 R Erledigt durch Rücknahme der Klage	Steht eine ärztliche Absicherung stationärer Patienten in der Nacht durch einen Dienstarzt einer Rehabilitationsklinik der von § 107 Absatz 1 SGB V geforderten jederzeitigen Verfügbarkeit von ärztlichem Personal und damit der Qualifizierung einer Einrichtung als Krankenhaus im Sinne von § 107 SGB V entgegen? Findet § 107 Absatz 1 SGB V auf nicht zugelassene Leistungserbringer Anwendung, die nach § 11 Absatz 6 SGB VI in Verbindung mit der Satzung der Krankenkasse "Satzungs-Leistungserbringer" sind? Liegt eine Trennung in Krankenhaus und stationäre Rehabilitationseinrichtung auch dann vor, wenn beide sich in einem Gebäude befinden und Funktionsräume gemeinsam genutzt werden?	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , Urt. v. 22.04.2021 - L 5 KR 226/20 -	22-02-59 NZB
Stationäre Behandlung				
Liposuktion: QualitätssicherungsRL/ Potentialleistung	B 1 KR 27/22 R Revision als unzulässig verworfen - Beschl. v. 27.06.2023 - juris	Zur Frage, ob und unter welchen Voraussetzungen nach Erlass der Qualitätssicherungs-Richtlinie Liposuktion des Gemeinsamen Bundesausschusses ein Anspruch gemäß § 137c Absatz 3 SGB V auf die Versorgung mit einer stationären Liposuktion als Potentialleistungen bestehen kann.	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urt. v. 13.09.2022 - L 16 KR 61/21 -	22-04-60
	B 1 KR 10/23 R	Zur Frage, ob und unter welchen Voraussetzungen nach Erlass der Qualitätssicherungs-Richtlinie Liposuktion des Gemeinsamen Bundesausschusses eine Versicherte mit	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 19.01.2023	23-02-53

		einem BMI > 44 kg/m ² einen Anspruch gemäß § 137c Absatz 3 SGB V auf Versorgung mit einer stationären Liposuktion als Potentialleistung haben kann.	- L 5 KR 345/19 -	
Mastektomie bei transidentitärer Geschlechtsidentitätsstörung	B 1 KR 16/22 R Termin: 19.10.2023	Gehört eine operative Brustentfernung (Mastektomie) zur Behandlung einer sonstigen transidentitären Geschlechtsidentitätsstörung zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung?	LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 29.06.2022 - L 5 KR 1811/21 -	22-03-48

Auslandskrankenbehandlung

Arzneimittel

Cannabis: Antragsvorlage	B 1 KR 21/22 R Erledigt durch Rücknahme	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?	LSG Bayern , Urt. v. 03.03.2022 - L 4 KR 307/19 -	22-04-70
Cannabis: Vertragsärztliche Verordnung	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.	LSG Bayern , Urt. v. 24.03.2022 - L 4 KR 669/19 -	23-03-61

Hilfsmittel/Heilmittel

Geh- und Stehtrainer Innowalk®	B 3 KR 3/22 R erledigt 6/2023	Zum Anspruch eines Versicherten auf Versorgung mit dem Steh- und Bewegungstrainer "Innowalk®".	LSG Thüringen , Urt. v. 23.12.2021 - L 6 KR 1126/18	22-02-72
Rollstuhlzuggerät	B 3 KR 13/22 R	Zur Frage der Notwendigkeit einer Hilfsmittelversorgung mit einem elektrischen Rollstuhlzuggerät.	LSG Niedersachsen-Bremen , Urt. v. 13.12.2021 - L 4 KR 526/20 -	23-02-67 NZB
Therapiedreirad mit Elektromotor	B 3 KR 7/23 R	Zur Notwendigkeit einer Hilfsmittelversorgung für eine Erwachsene mit einem durch Elektromotor unterstützten Therapiedreirad.	LSG Niedersachsen-Bremen , Urt. v. 23.08.2022 - L 4 KR 170/20 -	
Dekubitus-Matratze	B 3 KR 17/22 R	Zur Frage der Hilfsmittelleigenschaft einer Dekubitus-Matratze zum Behinderungsausgleich.	LSG Sachsen , 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)?	LSG Rheinland-Pfalz , Urt. v. 07.04.2022 - L 5 KR 174/21 -	23-01-62 NZB

Häusliche Krankenpflege/Haushaltshilfe

Fahrkosten

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

Zuzahlung

Rehabilitationsmaßnahmen

Krankenhauskosten

Stationäre Behandlung bei vierstündiger Behandlung: Vorhalt	B 1 KR 37/22 R	Liegt eine stationäre Krankenhausbehandlung vor, wenn aufgrund einer Sectiobereitschaft sowohl räumliche als auch personelle Ressourcen für rund vier	LSG Hamburg , Urt. v. 22.09.2022	23-01-78
---	----------------	---	--	----------

einer Sectiobereitschaft		Stunden freigehalten werden?	- L 1 KR 77/21-	
Erstuntersuchung als vorstationäre Behandlung	B 1 KR 12/23 R	Ist eine landesvertragliche Regelung, in der die Abrechnung einer Erstuntersuchung im Krankenhaus ohne Einweisungsverordnung wie eine vorstationäre Behandlung erlaubt wird (hier: § 4 Absatz 6 Satz 3 des Hamburger Krankenhausvertrags), von der Regelungskompetenz der Vertragspartner nach § 112 Absatz 1 SGB V erfasst?	LSG Hamburg , Urt. v. 23.03.2023 - L 1 KR 107/22 -	23-03-77
Aufklärungspflicht bei Operationen/Präklusion	B 1 KR 6/23 R	Liegt eine Verletzung der Aufklärungspflicht des Krankenhauses als Erfordernis des Wirtschaftlichkeitsgebots bei sogenannten Gelegenheitsoperationen vor, wenn der Arzt erst intraoperativ die erweiternde Behandlungsentscheidung trifft und der Patient zuvor hierüber nicht aufgeklärt wurde (hier: Sichtung und Verschluss eines offenen Foramen ovale (PFO) mittels Direktnaht während eines Herzklappeneingriffs)? Schließt § 8 Satz 3 Prüfverfahrensvereinbarung (PrüfvV) 2014 den Einwand der Aufklärungspflichtverletzung aus, wenn zwar Nebendiagnose und OPS unter dem Gesichtspunkt der Wirtschaftlichkeit Gegenstand des Prüfverfahrens waren, der sich hierauf beziehende Einwand der Aufklärungspflichtverletzung jedoch erst im Klageverfahren benannt wird?	LSG Niedersachsen-Bremen , Urt. v. 18.01.2023 - L 4 KR 308/21 -	23-02-83
Fiktives wirtschaftliches Alternativverhalten	B 1 KR 3/23 R	Gilt der für Krankenhausabrechnungen entwickelte Grundsatz des fiktiven wirtschaftlichen Alternativverhaltens auch für ambulante Behandlungsalternativen?	LSG Schleswig-Holstein , Urt. v. 27.09.2022 - L 10 KR 30/18 -	23-01-79
Fälligkeit und vorherige Prüfung der Rechnung	B 1 KR 1/23 R	Ist eine Krankenkasse berechtigt, die Vergütung für eine Krankenhausbehandlung bei Zweifeln an der sachlich-rechnerischen Richtigkeit der Abrechnung trotz Ablaufs einer landesvertraglichen Zahlungsfrist zu kürzen und lediglich einen Teilbetrag zu begleichen, weil die Fälligkeit des Vergütungsanspruchs rückwirkend aufgrund nach Ablauf der Zahlungsfrist nachträglich substantiierter Einwendungen entfällt?	LSG Nordrhein-Westfalen , 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?	LSG Niedersachsen-Bremen , Urt. v. 16.02.2022 - L 16 KR 251/21 -	22-04-81
Zahlung unter Vorbehalt/Erledigung des Rechtsstreits	B 1 KR 2/23 R	Erledigt sich der Rechtsstreit um die Vergütung eines Krankenhauses, wenn die Krankenkasse den strittigen Rechnungsbetrag im Laufe des gerichtlichen Verfahrens unter Vorbehalt zahlt und den Vergütungsanspruch nach wie vor bestreitet? Kommt es im Rahmen einer Fortsetzungsfeststellungsklage auf die Begründetheit der ursprünglichen Klage an, wenn der Kläger - nach vorbehaltlicher Zahlung der Klageforderung durch den Beklagten - ausdrücklich nur die Feststellung des Eintritts eines erledigenden Ereignisses und damit die Erledigung des Rechtsstreits begehrt?	LSG Niedersachsen-Bremen , Urt. v. 21.12.2022 - L 4 KR 180/21 -	23-02-119
Vergütungsanspruch nach Verlegung	B 1 KR 29/22 R	Verliert ein Krankenhaus der Maximalversorgung seinen Vergütungsanspruch ganz oder teilweise durch die Verlegung eines Patienten zur Weiterbehandlung in ein wohnortnahes Krankenhaus einer niedrigeren Versorgungsstufe ohne medizinische Notwendigkeit?	LSG Sachsen , Urt. v. 25.06.2022 - L 1 KR 246/19 -	22-04-110
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?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 16.02.2022 - L 10 KR 385/21 KH -	22-04-89

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?	LSG Hamburg , Urt. v. 22.09.2022 - L 1 KR 29/21 -	23-01-109
Aufschlagszahlung nach § 275c Abs. 3 SGB V	B 1 KR 8/23 R	An welches Ereignis knüpft das Tatbestandsmerkmal "ab dem Jahr 2022" in § 275c Absatz 3 Satz 1 SGB V für die Festsetzung einer Aufschlagszahlung an?	SG Düsseldorf , Urt. v. 12.01.2023 - S 30 KR 1356/22 KH - - S 30 KR 1413/22 KH -	23-02-107 23-02-106
Vergütung: Aufwandspauschale	B 1 KR 32/22 R	Sind die §§ 109 Absatz 5 SGB V und 325 SGB V in der Fassung vom 11.12.2018 auf Aufwandspauschalen entsprechend anzuwenden?	LSG Schleswig-Holstein , Urt. v. 24.08.2022 - L 5 KR 166/20 -	22-04-126
Aufwandspauschale: Verjährungsfrist	B 1 KR 13/23	Zur Frage der anwendbaren Verjährungsfrist auf den Anspruch auf eine Aufwandspauschale gemäß § 275 Absatz 1c Satz 3 SGB V in der Fassung vom 17.3.2009.	LSG Rheinland-Pfalz , Urt. v. 23.05.2023 - L 5 KR 188/22 -	23-03-111

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.	LSG Bayern , Urt. v. 16.11.2021 - L 5 KR 591/19 -	22-01-153 NZZ
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 Hilfntaxe; 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?	LSG Thüringen , Urt. v. 10.03.2022 - L 6 KR 1224/18 -	23-01-124 NZZ
Exklusivwirkung: Parenterale Zubereitungen	B 3 KR 9/23 R	Haben Einzelverträge zwischen Krankenkassen und Apotheken zur Versorgung mit parenteralen Zubereitungen aus Fertigarzneimitteln nach § 129 Absatz 5 Satz 3 SGB V (in der Fassung bis 12.5.2017) eine die Leistungserbringung durch andere Apotheken ausschließende Exklusivwirkung?	LSG Sachsen , Urt. v. 13.07.2022 - L 1 KR 208/21 -	23-03-115 NZZ
	B 3 KR 8/23 R B 3 KR 9/23 R	Haben Einzelverträge zwischen Krankenkassen und Apotheken zur Versorgung mit parenteralen Zubereitungen aus Fertigarzneimitteln nach § 129 Absatz 5 Satz 3 SGB V (idF bis 12.5.2017 sowie der Übergangsregelung bis 31.8.2017) eine die Leistungserbringung durch andere Apotheken ausschließende Exklusivwirkung?	LSG Sachsen , Urt. v. 13.07.2022 - L 1 KR 209/21 -	23-03-114 NZZ
Sprechstundenbedarf: Beschränkung auf Lieferanten von Exklusivverträgen	B 3 KR 4/22 R Termin: 21.09.2023	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?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 09.12.2021 - L 16 KR 868/18 -	22-02-122
Keine Wirtschaftlichkeitsprüfung des Arzneimittelgroßhändlers (Kontrastmittel)	B 1 KR 36/21 R Neu: B 3 KR 6/22 R Termin: 21.09.2023	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.	LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 15.10.2021 - L 4 KR 3009/18 -	21-04-98

Beitritt zum Vertrag/Blutzucker- messgeräte und -teststreifen	B 3 KR 2/23 R	Zum Zugang von Leistungserbringern zur Versorgung mit Blutzuckerteststreifen und zu deren Vergütung. Zum bedingten Beitritt von Leistungserbringern zu Hilfsmittelverträgen.	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urt. v. 13.09.2022 - L 16/4 KR 548/19 -	22-04-128 NZB
Abgabe von Blutzuckerteststreifen ohne Vertrag	B 3 KR 1/23 R	Zur Abgabe von Blutzuckerteststreifen ohne Vertrag sowie zum Beitritt zu Verträgen über die Versorgung mit Hilfsmitteln zu gleichen Bedingungen.	<i>LSG Sachsen</i> , Urt. v. 26.01.2022 - L 1 KR 650/17 -	23-01-127 NZB
Obligatorische Nutzenbewertung: Neue Wirkung eines bekannten Wirkstoffes (Ivermectin)	B 3 KR 22/22 R	Ist eine obligatorische Nutzenbewertung nach § 35a Absatz 1 SGB V durchzuführen, wenn ein neu zugelassenes Arzneimittel auf einer neuen Wirkung eines bekannten Wirkstoffes beruht?	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 09.11.2022 - L 1 KR 438/20 KL ZVW -	23-01-125
Krankentransport an anderen Standort des Klinikums	B 3 KR 15/22 R	Hat eine Krankenkasse die Kosten von Krankentransportleistungen als Fahrten bei stationären Behandlungen zu übernehmen, wenn Patienten an eine andere Betriebsstelle des Krankenhauses verbracht wurden, weil nur dort die notwendige personelle und medizinisch-technische Ausstattung vorgehalten wurde, um die erforderlichen Behandlungsmaßnahmen ergreifen zu können?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 27.07.2022 - L 5 KR 522/22 -	22-04-129
Häusl. Krankenpflege: Rechtsnach- folge in Versorgungsverträge	B 3 KR 12/22 R	Zur Rechtsnachfolge in Versorgungsverträge über häusliche Krankenpflege bei gesellschaftsrechtlichen Änderungen.	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urt. v. 09.12.2021 - L 4 KR 478/17 -	23-02-124 NZB

Integrierte Versorgung

Krankenkassen

Amtsenthhebung des Geschäftsführers eines MDK	B 1 KR 22/22 R Termin: 19.10.2023	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 Erledigt: 6/2023	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