

Rechtsprechungsinformationsdienst 23-04

REDAKTION	4
EDITORISCHE HINWEISE	4
A. VERTRAGSARZTRECHT	5
I. Honorarverteilung	5
1. RLV: Gastroenterologisch tätige Fachärztin für Allgemeinmedizin	5
2. Punktzahlvolumen einer langjährig unterdurchschnittlich abrechnenden Arztpraxis	6
3. Abrechnungsfristen und -ausschluss: Vollständiger Honorarverlust	6
4. Keine gerichtliche Überprüfung bestandskräftiger Honorarbescheide	7
II. Sachlich-rechnerische Berichtigung	7
1. Honorarkürzungen bei Nichtanbindung an die Telematikinfrastruktur	7
2. Nr. 11513 EBM (Postnatale Mutationssuche)	7
3. Parallele Abrechnung von Leistungen zu Corona-Testungen	8
III. Genehmigung	9
1. Zusatzbezeichnung Psychoanalyse: Grenze des Fachgebiets der Kinder- und Jugendpsychotherapeuten	10
2. Förderung der ärztlichen Weiterbildung nur für ersten Facharzt	10
IV. Wirtschaftlichkeitsprüfung/Arzneikostenregress/Schadensersatz	11
1. Prävalenzprüfung	11
a) Nr. 35100 EBM: Verhältnis der F-Diagnosen	11
b) Nr. 35110 EBM und Mehrbedarf einer Praxisbesonderheit	11
c) Nr. 35110 EBM/Umstellung der Klage	12
2. Arzneikostenregress: Präparat Pollinex Quattro Gräser/Differenzkostenberechnung	12
3. Heilmittel	13
a) Richtgrößenprüfung: Praxisbesonderheiten	13
b) Verordnung von Kohlensäurebädern nach Vorgaben des Heilmittel-Katalogs	13
4. Wirkstoffvereinbarung: Kriterien für die Leitsubstanz-Einstellung	13
V. Zulassungsrecht	14
1. Zulassung	15
a) Praxisnachfolge	15
aa) Fehlender Fortführungswille: Verlegungsantrag, Einbringen in MVZ	15
bb) Anfechtungsberechtigung: Zeitpunkt der Entscheidung des Zulassungsausschusses	15
b) Sonderbedarfszulassung	16
aa) Zumutbare Entfernung/Offene Kapazitäten bzgl. spezieller Leistungen	16
bb) Wechsel des Versorgungsbereichs unabhängig von Versorgungslage im bisherigen Fachgebiet	16
cc) Auswahlentscheidung: Anträge über Fachgruppenwechsel und auf Sonderbedarfszulassung	17
c) Auswahlentscheidung nach Entsperrung: Keine Tätigkeit in einem Schwerpunkt nach Geburt	17
2. Nachbesetzung einer Arztstelle nur innerhalb eines Jahres	18
3. Ermächtigung einer psychotherapeutischen Ausbildungsambulanz: Bedarfsprüfung	18
VI. Angelegenheiten der KBV und des GKV-Spitzenverbands	19
1. Kündigung der Teilnahme an hausarztzentrierter Versorgung: Einstweiliger Rechtsschutz	20
VII. Bundessozialgericht (BSG)	20
1. Anerkennung von Vertrauensschutz (Heilmittelkostenregress)	20
B. KRANKENVERSICHERUNGSRECHT	21
I. Vertrags(zahn)ärztliche Behandlung	21
1. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden: Apherese-Behandlung	21
a) Begrenzung auf LDL-Apheresen bei bestimmten Krankheiten	21
b) Apherese zur Behandlung der Folgen einer Intoxikation	21
2. Kein Anspruch auf Kryokonservierung der Eizellen vor Inkrafttreten der Kryo-RL	21
3. Mann-zu-Frau-Transsexualität: Erforderlichkeit einer stimmerhöhenden Operation	22

II. Stationäre Behandlung	22
1. Chirurgische Korrektur einer Kielbrust	22
2. Vergrößerte männliche Brust	23
3. Postbariatrische Hautstraffung der Oberschenkel	23
4. Beseitigung der Hautüberschüsse im Bereich des Bauches und der Oberschenkel	23
III. Kostenerstattung	23
1. Einhaltung des Beschaffungswegs (Minimalinvasive perkutane Nierensteinentfernung)	24
IV. Arzneimittel	24
1. BVerfG: Off-Label-Therapie/Keine Maßgeblichkeit der Einschätzung des behandelnden Arztes	25
2. Festbetrag: Arzneimittel Atacand® Plus (Wirkstoffe Candesartan, Hydrochlorothiazid)	26
V. Hilfsmittel	27
1. Zweitversorgung mit einem Therapiestuhl im Kindergarten	27
2. Therapedreirad mit Elektrounterstützung	27
3. Therapeutische Zwecke: Neuromodulationsanzug zur Aktivierung der Muskulatur bei Multipler Sklerose	28
4. Hörgerät: Unterschied von 5%-Punkten bei Störschall unwesentlich	28
5. Haarersatz bei vorübergehendem Haarverlust durch Chemotherapie	28
6. Ende des Ruhens des Anspruchs auf Krankenversicherungsleistungen	28
VI. Häusliche Krankenpflege/Zuzahlungen	29
1. Häusliche Krankenpflege	29
a) Persönliches Budget für Behandlungspflege: Nachweis zum Bedarf und zur Qualitätssicherung	29
b) Kein Fortsetzungsfeststellungsinteresse nach Tod des Versicherten	29
2. BVerfG: Überhöhte Belastungsgrenze für Zuzahlungen zu Krankenkassenleistungen	30
VII. Beziehungen zu Krankenhäusern	30
1. Vergütungsanspruch/Fälligkeit	32
a) Ambulant mögliche Diagnostik und Behandlung	32
b) Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit bei einer psychiatrischen Erkrankung	32
c) Bariatrische Operation: Fehlendes Prüfverfahren/Beschränkte Ermittlungspflicht des Gerichts	33
d) AOP-Katalog in der Kategorie I: Notwendigkeit einer Vollnarkose	33
e) Notfallversorgung Teil der kassenärztlichen Versorgung in Bayern	34
f) Unzulässige Ausbebelung des gesetzl. Aufrechnungsverbots in Übergangsvereinbarung	34
2. Prüfvereinbarung: Inhaltliche Anforderungen an Leistungsentscheidung nach § 8 PrüfV	34
3. Fallpauschalen	35
a) Abschlag wegen Nichterreichens der unteren Grenzverweildauer	35
b) Untere Grenzverweildauer: Kein Abschlag bei Abrechnung einer Verlegungsfallpauschale	35
c) Mindestmengenvereinbarung Knie-TEP-Behandlungen im Jahr 2011	35
d) Intensivmedizinische Komplexbehandlung - Behandlungsleitung durch Intensivmediziner	35
e) Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung: Verfügbarkeit eines Nierenersatzverfahrens	36
f) Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Eigene Fachabteilung	36
g) Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Unzureichende Dokumentation	36
h) Neugeboreneninfektion von Geburt an	37
i) Mehrfachkodierung im Kreuz-Stern-System	37
j) Verabreichung von Thrombozytenkonzentraten	37
k) Kompression der Nervenwurzeln der Cauda equina	37
4. Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik (PPP-RL des GBA)	38
5. Aufwandspauschale: Feststehen einer Abrechnungsminderung	38
6. Übermittlung der Ergebnisse der Ermittlung pflegesensitiver Bereiche	39
7. Rechtsweg für Ausnahmegenehmigung nach Mindestmengenregelung	39
VIII. Beziehung zu Leistungserbringern: Apotheken	40
1. Retaxierung bei verschiedenen Regelungen zur Ermittlung des Abgabepreises	41
IX. Krankenkassen	41
X. Verfahrensrecht: Keine erneute Entscheidung im Eilverfahren	42
XI. Bundessozialgericht (BSG)	42
1. Prophylaktische Anwendung zum Schutz des Ungeborenen (Cytotect CP Biotest)	42
2. Cannabis: Schwerwiegende Erkrankung/Begründete Einschätzung	42
3. Häusliche Krankenpflege in einer Einrichtung: Beiladung	43
4. Beziehungen zu Krankenhäusern	43
a) Sachliche Gründe für eine Verlegung	43

b) Kodierung von Prozeduren und Komponenten einer Prozedur	43
c) Übermittlung falscher Daten an Vergabestelle für Organtransplantationen	44
d) Aufwandspauschale: Keine medizinische Begründung für längere Behandlungsdauer	44
5. Apotheker: Abrechenbarkeit von Verwürfen zytostatikahaltiger Zubereitungen	44
6. AMNOG-Verfahren: Vergleichstherapie/Methodenbewertung/Solistenstatus	44
7. Erstattung: Stationäre Behandlung eines Gefangenen nach Verlegung aus Justizkrankenhaus	44
C. ENTSCHEIDUNGEN ANDERER GERICHTE	45
I. Ärztliches Berufsrecht	45
1. Approbation/Berufserlaubnis	45
a) Approbationserteilung	45
aa) Feststellungsbescheid über Ungleichwertigkeit ärztlicher Ausbildung obligatorisch	45
bb) Nichtbestehen der ärztlichen Kenntnisprüfung	45
cc) Vorrang der Gleichwertigkeitsprüfung vor einer Kenntnisprüfung	45
b) Widerruf der Approbation	45
aa) Verurteilung wegen sexuellen Missbrauchs unter Ausnutzung eines Behandlungsverhältnisses	45
bb) Verurteilung wegen Volksverhetzung	46
cc) Fortgeschrittenes Lebensalter des Arztes unerheblich	46
c) Berufsausübungserlaubnis	47
aa) Verlängerung der Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des ärztl. Berufes	47
bb) Widerruf einer Berufsausübungserlaubnis: Verwertung einer Kenntnisprüfung	47
2. Weiterbildungsbefugnis: Auslaufen der WBO	47
3. Strafrecht	47
a) Rettungsarzt: Verdacht auf ein Hochrasanztrauma	47
b) Unterlassen eines Anästhesisten/Strafzumessung	48
c) Nicht dem ärztlichen Standard entsprechende Bestrahlungsserien	48
4. Berufspflichten	48
a) Probatorische Sitzungen ohne Einwilligung des ebf. sorgeberechtigten Vaters	48
b) Keine Sanktionierung religionswissenschaftlich haltloser Äußerungen	48
5. Manipulation von Blutwerten auf Veranlassung des Chefarztes einer Universitätsklinik	49
6. Arzthaftung: Fingierte Rezepte einer Arzthelferin	49
7. EuGH: Kostenfreie Zurverfügungstellung der Patientenakte	51
8. Landarztprämie	51
II. Arzthaftung	52
1. BGH: Nichtberücksichtigung eines Beweisangebots (Hinzuziehen eines Arztes durch Hebamme)	52
2. Behandlungsfehler	52
a) Übersehen eines sichtbaren Nebenbefunds durch Radiologen	52
b) Geburtsschaden: Rente als Schmerzensgeld	53
c) Planungs-, Aufklärungs- und Behandlungsfehler bei Zahnsanierung eines Oberkiefers	53
3. Aufklärung	53
a) Eingriffsaufklärung: Beweislast für Schaden	53
b) Wahl der Narkosemethode	53
c) Geburt: Geburtseinleitung/Sekundäre Sectio	54
d) Versicherungsschutz für die Einlagerung der kryokonservierten Eizellen	54
e) Wiederaufgreifen einer Aufklärungspflichtverletzung im Berufungsverfahren	54
4. Anspruch auf Auskunftserteilung gegenüber Krankenhausträgerin	55
ANHANG I: BSG - ANHÄNGIGE REVISIONEN VERTRAGSARZTRECHT	56
ANHANG II: BSG - ANHÄNGIGE REVISIONEN KRANKENVERSICHERUNG	58

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 und juris.

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 demnächst ansteht. Mit Ergehen einer Entscheidung 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 21.11.2023 eingestellten Entscheidungen.

A. VERTRAGSARZTRECHT

I. Honorarverteilung

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 Abstaffelung der Vergütungen treffen die Vorgaben des Bewertungsausschusses nur bei Überschreitung der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze. Der Kl. hat diese Grenze nach den bindenden Feststellungen des LSG in den streitigen Quartalen aber nicht überschritten. Eine Ermächtigung zur Quotierung von Leistungen innerhalb der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze ergibt sich nicht bereits aus der sogenannten Konvergenzregelung in Abschnitt II des Beschlusses des Bewertungsausschusses v. 26.03.2010. Danach bestand eine Steuerungsmöglichkeit auf Landesebene nur, „soweit“ die Leistungen nicht bereits nach Teil F Abschnitt I einer Steuerung unterzogen waren. Dies war hier aber durch die Bildung einer einheitlichen zeitbezogenen Kapazitätsgrenze für antrags- und genehmigungspflichtige sowie nicht antrags- und genehmigungspflichtige psychotherapeutische Leistungen nach Abschnitt I der Fall. Nichts anderes folgt aus der mit Beschluss des Bewertungsausschusses zum 01.10.2010 neu eingefügten Vorschrift in Teil F Abschnitt I Nr. 4.3. Diese regelt nach dem Wortlaut der Überschrift die „Finanzierung der Leistungen innerhalb der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze“ für ein erstmals zu bildendes gemeinsames Vergütungsvolumen mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung für beide Leistungsarten der hier relevanten Arzt- beziehungsweise Therapeutengruppe. Eine Ermächtigung der Partner der Gesamtverträge zur Quotierung der nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen ergibt sich hieraus jedoch insbesondere deswegen nicht, da der Bewertungsausschuss an der Vergütung der Leistungen bis zur zeitbezogenen Kapazitätsgrenze „mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung“ festgehalten hat.

1. RLV: Gastroenterologisch tätige Fachärztin für Allgemeinmedizin

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 17.08.2023 - L 11 KA 76/17

RID 23-04-1

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 87b

Der **Berechnung des RLV** einer in den fachärztlichen Versorgungsbereich gewechselten und **gastroenterologisch tätigen Fachärztin für Allgemeinmedizin** ist der Fallwert für Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie und nicht der Fallwert für Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören, zugrunde zu legen.

Streitig ist die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen in den Quartalen IV/14 und I/15. Der kl. BAG gehören der Facharzt für Innere Medizin X sowie die Fachärztin für Allgemeinmedizin V an. Jedenfalls seit dem Jahr 2006 war Frau V aufgrund einer Ausnahmegenehmigung zur Abrechnung der GOP 13400 EBM - Zusatzpauschale Ösophago-Gastroduodenoskopie - berechtigt. Der Zulassungsausschuss gab dem Antrag von V auf Wechsel in den fachärztlichen Versorgungsbereich ab Januar 2011 statt. **SG Düsseldorf**, Urt. v. 30.08.2017 - S 2 KA 394/18 - wies die Klage ab, das **LSG** verurteilte die Bekl., die Kl. hinsichtlich der Quartale IV/14 und I/15 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senates neu zu bescheiden.

Zur Rspr. des SG siehe zuletzt SG Marburg, Urt. v. 03.05.2023 - S 17 KA 527/20 - RID 23-03-21 m.w.N.

2. Punktzahlvolumen einer langjährig unterdurchschnittlich abrechnenden Arztpraxis

LSG Schleswig-Holstein, Urteil v. 28.03.2023 - L 4 KA 12/19

RID 23-04-2

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

Leitsatz: 1. **Unterdurchschnittlich abrechnende Arztpraxen** - ob neu gegründet oder seit vielen Jahren etabliert - stellen typische Sonderfälle dar, die im Rahmen der Honorarverteilung einer Kassenärztlichen Vereinigung so häufig vorkommen, dass entsprechende Sonderbestimmungen in den Honorarverteilungsvorgaben erwartet werden können.

2. Ein **über viele Jahre hinweg konstantes, unterdurchschnittliches Umsatzniveau** einer Arztpraxis stellt im Rahmen einer typisierenden Betrachtung einen zuverlässigen Indikator für den **gewünschten Teilnahmeumfang** an der vertragsärztlichen Versorgung dar. Dieser Umstand ist eine ausreichende sachliche Rechtfertigung für eine unterschiedliche Handhabung innerhalb der Gruppe der unterdurchschnittlich abrechnenden Arztpraxen bei der Honorarverteilung.

3. Die insoweit gerechtfertigte **Privilegierung von Praxisneugründern** gegenüber langjährig unterdurchschnittlich abrechnenden Arztpraxen darf nach Ablauf der allgemein anerkannten Wachstumsphase von bis zu 20 Quartalen nicht dadurch wieder relativiert werden, dass der dann ehemalige Praxisneugründer auf das typischerweise geringere Honorarvolumen aus der Wachstumsphase zurückgeworfen wird (Anschluss an BSG, Urte. v. 10.12.2003 - B 6 KA 54/02 - BSGE 92, 10 = SozR 4-2500 § 85 Nr. 5).

4. Der Normgeber eines Honorarverteilungsmaßstabs kann sich nicht darauf beschränken, nur die Verteilung der Gesamtvergütungen für das jeweils aktuelle Quartal zu regeln; vielmehr muss dort zumindest auch das Folgejahresquartal hinsichtlich der **Weiterentwicklung der Budgets** in den Blick genommen werden (Anschluss an BSG, Urte. v. 28.01.2009 - B 6 KA 5/08 R - SozR 4-2500 § 85 Nr. 45).

Streitig ist der Umfang des Punktzahlvolumens im Quartal I/15. Der Kl. nimmt als Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin an der vertragsärztlichen Versorgung teil. **SG Kiel**, Urte. v. 06.03.2019 - S 2 KA 773/15 - verurteilte die Bekl., den Honoraranspruch des Kl. neu zu bescheiden. Das **LSG** verurteilte auf die Berufung der Bekl. und die Anschlussberufung des Kl. die Bekl., über den Honoraranspruch des Kl. im Quartal I/15 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats neu zu entscheiden.

3. Abrechnungsfristen und -ausschluss: Vollständiger Honorarverlust

SG München, Beschluss v. 08.11.2023 - S 38 KA 531/22

RID 23-04-3

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 87b; SGB X § 27; GG Art. 12 I 2

Leitsatz: 1. Sinn und Zweck der Abrechnungsbestimmungen, insbesondere der von der KVB festgesetzten **Abrechnungsfristen** (§ 3 Abs. 1 S. 1) und des **Abrechnungsausschlusses** (§ 3 Abs. 4) besteht darin, die Vertragsärztinnen/Vertragsärzte anzuhalten, zügig und zeitnah die Abrechnungen vorzunehmen, damit die Honorierung der in einem Quartal erbrachten Leistungen möglichst aus dem für dieses Quartal zur Verfügung stehenden Gesamtvergütungsvolumen der Krankenkassen möglich ist. Eine späte Abrechnung bedingt einen höheren Verwaltungsaufwand und damit einhergehende zusätzliche Kosten, die letztendlich zulasten aller Vertragsärzte gehen. Würde es zugelassen, dass Abrechnungen im Belieben der Vertragsärzte ohne Fristen und Ausschluss eingereicht werden könnten, hätte dies nicht zu vertretende Auswirkungen auf das Abrechnungssystem insgesamt, aber auch auf die von den Krankenkassen zu leistende Gesamtvergütung (vgl. BSG, Urte. v. 22.06.2005 - B 6 KA 19/04 R - SozR 4-2500 § 85 Nr. 19; BSG, Urte. v. 29.08.2007 - B 6 KA 29/06 R - SozR 4-2500 § 85 Nr. 37; LSG, Urte. v. 08.07.2018 - L 12 KA 24/16 -).

2. Die Regelung in § 3 Abs. 4 der Abrechnungsbestimmungen ist **verfassungsgemäß** (Art. 12 GG; Verhältnismäßigkeitsgrundsatz) und führt nicht zur Rechtswidrigkeit der Bestimmung.

3. Bei Fehlen der **Abrechnungssammelerklärung** besteht kein Honoraranspruch.

4. Eine **Wiedereinsetzung in den vorigen Stand** nach § 27 SGB X ist **unzulässig**, da sie dem Zweck der Frist in § 3 Abs. 4 der Abrechnungsbestimmungen zuwiderlaufen würde (Schütze, Kommentar zum SGB X, 9. Aufl., Rn. 10 zu § 27).

Dem Kl., Facharzt für Allgemeinmedizin, wurde die Abrechnung aus dem Quartal II/21 nicht vergütet, weil die Abrechnung erst nach Ablauf der Frist von neun Monaten eingereicht worden sei. Zwar sei das Datum 31.03.2022, 17:27 Uhr im Abrechnungssystem eingetragen. Dieses Datum gehe aber auf die Dateibezeichnung in der Kopfzeile „Hauptabrechnung“ zurück, bilde jedoch nicht den Einreichungstermin ab. Vielmehr sei die

Abrechnung am 01.04.2022 um 19:32 Uhr über das KVB-Mitgliederportal „Meine KVB“ eingereicht worden. Der Kl. habe hierüber eine Empfangsbestätigung erhalten. Das **SG** wies die Klage ab.

4. Keine gerichtliche Überprüfung bestandskräftiger Honorarbescheide

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 26.10.2022 - L 11 KA 7/22

RID 23-04-4

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 87b; SGG § 77

Eine unmittelbare gerichtliche Überprüfung der streitigen **Honorarbescheide** findet nicht statt, wenn diese **bestandskräftig** und damit auch für die Gerichte bindend sind (§ 77 SGG), weil die Widerspruchsfrist abgelaufen ist und die Voraussetzungen einer Wiedereinsetzung in den vorigen Stand nicht erfüllt sind. Das Institut des **sozialrechtlichen Herstellungsanspruchs** findet zudem im Vertragsarztrecht keine Anwendung.

Die kl. psychologische Psychotherapeutin begehrte eine höhere Vergütung für psychotherapeutische Leistungen für die Quartale IV/12 bis IV/14. **SG Düsseldorf**, Urt. v. 21.03.2022 - S 7 KA 1430/16 - und - S 7 KA 1501/16 - wies die Klagen ab, das **LSG** die Berufung zurück.

II. Sachlich-rechnerische Berichtigung

1. Honorarkürzungen bei Nichtanbindung an die Telematikinfrastruktur

SG München, Beschluss v. 18.09.2023 - S 38 KA 5087/23 ER

RID 23-04-5

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 291 IIb 9; SGG § 86b I 1 Nr. 2

Leitsatz: 1. Der Umstand, dass es zur Rechtmäßigkeit der Verpflichtung zur **Anbindung an die Telematikinfrastruktur** und den Sanktionen bei Nichtanbindung bislang keine obergerichtliche Entscheidung im Vertrags(zahn)arztrecht gibt, führt nicht dazu, das Hauptsacheverfahren als ergebnisoffen oder gar als erfolgreich anzusehen und damit dem Antrag auf Anordnung der aufschiebenden Wirkung der Widersprüche nach § 86b Abs. 1 S. 1 Nr. 2 SGG stattzugeben.

2. **Honorarkürzungen bei Nichtanbindung an die Telematikinfrastruktur** sind **gesetzlich verpflichtend** (§ 291 Abs. 2b S. 9 SGB V). Für Ermessensentscheidungen und Berücksichtigung individueller Gegebenheiten besteht kein Raum. Dies ist rechtlich nicht zu beanstanden, zumal durch eine gesetzliche Regelung, die einen Ermessensspielraum eröffnet, die Ziele der Anbindung der Zahnärzte/Ärzte an die Telematikinfrastruktur kaum erreichbar wären.

3. Ein vorrangig zu berücksichtigendes und das Interesse der Antragsgegnerin neutralisierendes Interesse des Antragstellers ist insbesondere bei einer **existenziellen Gefährdung** anzunehmen. Davon ist bei der Kürzungshöhe sowohl prozentual als auch in absoluten Zahlen nicht auszugehen.

Das **SG** wies den Antrag auf Anordnung der aufschiebenden Wirkung der Widersprüche gegen die Bescheide der Ag. ab.

2. Nr. 11513 EBM (Postnatale Mutationssuche)

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 30.03.2022 - L 5 KA 4097/18

RID 23-04-6

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

Der Wortlaut der **Nr. 11513 EBM** (Postnatale Mutationssuche zum Nachweis oder Ausschluss einer krankheitsrelevanten oder krankheitsauslösenden konstitutionellen genomischen Mutation in bis zu 25 Kilobasen kodierender Sequenz einschließlich zugehöriger regulatorischer Sequenzen) schließt lediglich die Mutationssuche in über 25 Kilobasen kodierender Sequenz pro Krankheitsfall von der Abrechnung aus. Dem Wortlaut der Leistungslegende kann nicht entnommen werden, dass damit ein **vollständiger Leistungsausschluss** für die komplette Mutationssuche verbunden ist.

Die Kl. ist Trägerin eines MVZ. Das MVZ ist auf den Sachgebieten Humangenetik, Strahlentherapie und Transfusionsmedizin zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Die Kl. wandte sich gegen die Absetzung der Nr. 11513 EBM in den Quartalen III/16 bis I/17. **SG Stuttgart**, Urt. v. 16.10.2018 - S 24 KA 7255/17 - verurteilte die Bekl., die Nr. 11513 EBM mit bis zu 100 Ansätzen in einem Krankheitsfall bei den im Einzelnen

genannten 16 Patienten zu vergüten, und wies im Übrigen die Klage ab. Das *LSG* wies die Berufung der Bekl. zurück.

3. Parallele Abrechnung von Leistungen zu Corona-Testungen

SG München, Beschluss v. 04.10.2023 - S 38 KA 452/23 ER

RID 23-04-7

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 106d; SGB X §§ 20, 21

Leitsatz: I. Eine gesetzliche Verpflichtung, für **Plausibilitätsprüfungen** einen medizinischen **Fachexperten** in die Prüfung mit einzubinden, besteht nicht (§§ 20, 21 SGB X). Etwas Anderes würde nur gelten, wenn es sich um reine oder schwerpunktmäßig medizinische Fragestellungen handeln würde, die einer besonderen medizinischen Sachkunde und Expertise bedürften.

II. Bei den Leistungen nach GOP 98050 bis 98052 (**Corona-Testungen**) handelt sich um keine GKV-Leistungen, sondern vielmehr um Leistungen nach dem **Bayerischen Testkonzept**. Eine **parallele Abrechnung von Leistungen nach dem EBM** ist möglich, sofern es sich zusätzlich um eine Erkrankung oder Symptomatik handelt, die die Ansätze rechtfertigt und die ordnungsgemäß dokumentiert ist.

III. Bei der **Pflicht zur peinlich genauen Abrechnung** handelt es sich um eine Grundpflicht und eine der tragenden Säulen des vertrauensbasierten Vertragsarztsystems.

IV. Voraussetzung für die Aufhebung der Honorarbescheide verbunden mit einer Honorarneufestsetzung und Rückforderung im Rahmen der Plausibilitätsprüfung ist außerdem, dass der Pflichtverstoß **verschuldet** (Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit) wurde. Die mit dem pandemischen Geschehen (Corona) einhergehende **hohe Belastung** der Vertragsärzte führt nicht zu einer anderen Beurteilung des Verschuldens.

V. Im Rahmen der **Interessenabwägung** bei einer Entscheidung über einen Antrag auf Anordnung der aufschiebenden Wirkung nach § 86b Abs. 1 S. 1 Nr. 2 SGG, wenn die Erfolgsaussichten eines Widerspruchs/einer Klage als offen zu beurteilen sind, kommt es maßgeblich darauf an, ob die Vollziehung bei der Antragstellerin/dem Antragsteller zu einer existenziellen Notlage führt und insofern eine unbillige Härte darstellt. Entscheidend für die Einkommens- und Vermögenssituation ist der **Zeitpunkt** der Antragstellung bzw. der Zeitpunkt der Entscheidung des Gerichts hierüber. Künftige Ereignisse, die zu Auswirkungen auf die Einkommenssituation und/oder Vermögenssituation führen können wie zum Beispiel eine weitere Plausibilitätsprüfung oder ein Strafverfahren, sind für die Beurteilung, ob eine existenzielle Notlage vorliegt, ohne Belang.

Die Ast., eine praktische Ärztin mit einem vollen Versorgungsauftrag, begehrte einstweiligen Rechtsschutz gegen den Honoraraufhebungs- und Neufestsetzungsbescheid vom 20.07.2023. In diesem Bescheid wurden nach Plausibilitätsprüfung für die Quartal III/20 bis I/22 die entsprechenden Honorarbescheide zurückgenommen, das Honorar neu festgesetzt und Honorar in Höhe von 417.542,62 € zurückgefordert. Konkret vorgeworfen wurde der Ast. eine Falschabrechnung kurativer Leistungen für Testpatienten (GOP 01410, 01411, 01412, 01415 und 01418, damit verbunden Wegepauschalen nach GOP 40220, 40222 und 040224, Pauschalen nach GOP 3000 ff.), obwohl überhaupt keine kurativen Leistungen erfolgten. Folge davon sei eine nicht nachvollziehbare Anzahl an Arzt-Patienten-Kontakten pro Tag bis zu 239 Arzt-Patienten-Kontakte. Es hätten zahlreiche Zeugenbefragungen von Altenheimbewohnern und Altenheimmitarbeitern stattgefunden, die bestätigten, dass die Ast. über mehrere Quartale hinweg für durchgeführte PCR-Testungen in Seniorenheimen unzulässiger Weise nicht erbrachte kurative Leistungen, vor allem Grundpauschalen und Besuchsleistungen nebst Wegepauschalen zulasten der GKV abgerechnet habe. Des Weiteren liege eine Falschabrechnung von Leistungen bei weiteren Patienten vor. So seien in großem Umfang Leistungen abgerechnet worden, deren vollständige Erbringung nicht nachgewiesen sei. So dokumentiere die Ast. zu Besuchen regelmäßig nur wenige, nicht aussagekräftige Stichworte, Diagnosen und/oder Rezepte. In einigen Fällen notiere sie lediglich die Ziffer ohne weitere Anmerkungen. Das *SG* wies den Antrag auf Anordnung der aufschiebenden Wirkung des Widerspruchs gegen den Bescheid der Ag. v. 20.07.2023 ab.

III. Genehmigung

Nach BSG, Urt. v. 25.10.2023 - **B 6 KA 16/22 R** - ist die **KV Hessen** berechtigt, die Feststellung zu treffen, dass ein **ausschließlich privatärztlich tätiger Arzt** zur **Kostenbeteiligung am ärztlichen Bereitschaftsdienst** der KV **verpflichtet** ist. Hierbei handelt es sich um einen Verwaltungsakt, der über eine reine Information hinausgeht. Die **Pflicht** zur Kostenbeteiligung von niedergelassenen Privatärzten in Hessen am ärztlichen Bereitschaftsdienst der KV Hessen ergibt sich aus § 23 Nr. 2 **Hessisches Heilberufsgesetz**. Der Kl. ist trotz seiner altersbedingten Befreiung von der aktiven Teilnahme zur Mitfinanzierung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes verpflichtet. Bundes- bzw. Verfassungsrecht schließt eine verpflichtende Teilnahme und Kostenbeteiligung von niedergelassenen Privatärzten nicht von vornherein aus. Privatärzte sind hierzu nicht auf der Grundlage von vertragsarztrechtlichen Bestimmungen verpflichtet. Die Heranziehung eines Nichtvertragsarztes zur Teilnahme und Kostenbeteiligung am ärztlichen Bereitschaftsdienst stellt einen Eingriff in die Berufsfreiheit dar und bedarf einer **gesetzlichen Ermächtigung**, die mit §§ 23 Nr. 2, 24 Hessisches Heilberufsgesetz vorliegt. **Dieser landesrechtlichen Ermächtigung steht keine Sperrwirkung durch das Bundesrecht der Vertragsärzte entgegen**. Der verpflichtenden Teilnahme niedergelassener Privatärzte und Vertragsärzte am Bereitschaftsdienst liegt **keine „Identität der Regelungsmaterie“** zugrunde. Nur dann hätte die vom Landessozialgericht angenommene Sperrwirkung eintreten können. Mit dem in Hessen seit 2019 neu eingeführten Modell der verpflichtenden Einbeziehung der Privatärzte in nur noch einen ärztlichen Bereitschaftsdienst der Beklagten wird der legitime Zweck verfolgt, eine unnötige organisatorische Doppelgleisigkeit im Notfalldienst zu vermeiden. Der Kl. kann sich hinsichtlich der begehrten Befreiung von der Kostenbeteiligung auch nicht auf seine **Freistellung von der aktiven Teilnahme** am Bereitschaftsdienst berufen. Denn er zieht aus der Organisationsstruktur den **Vorteil**, dass er durch den ärztlichen Bereitschaftsdienst bei der **Versorgung von Notfällen entlastet** wird. Nach BSG, Urt. v. 25.10.2023 - **B 6 KA 17/22 R** - bestehen **keine revisionsrechtlichen Bedenken gegen die verpflichtende Kostenbeteiligung niedergelassener Privatärzte** am ärztlichen Bereitschaftsdienst der KV Hessen **dem Grunde nach**. Allerdings **fehlt es dem Satzungsrecht** derzeit an einer **hinreichenden Ausgestaltung der landesgesetzlichen Kostenbeteiligung und daher an einer Rechtsgrundlage für die Beitragsfestsetzungen**. Weder dem **Satzungsrecht der Landesärztekammer** noch dem der **Beklagten** ist zu entnehmen, **nach welchen Bemessungsgrundsätzen die Beitragsfestsetzungen für Privatärzte der Höhe nach kalkuliert** sind. Nach der Bereitschaftsdienstordnung **bestimmt allein der Vorstand** der Beklagten sowohl die Höhe des pauschalen Höchstbetrags als auch den prozentualen Abzug als solchen mit Wirkung für Privatärzte. Dem Satzungsrecht sind aber **keine Bemessungsgrundsätze oder Kriterien zu entnehmen**, nach welchen Maßstäben der Vorstand der Beklagten diese Beträge festlegt. Nach BSG, Urt. v. 25.10.2023 - **B 6 KA 20/22 R** - besteht im Bereich der KV Hessen eine Verpflichtung **ausschließlich privatärztlich tätiger Ärzte zur Teilnahme am ärztlichen Bereitschaftsdienst** der KV. § 3 Abs. 3 S. 3 Bereitschaftsdienstordnung verstößt in der vorliegenden Konstellation gegen den allgemeinen **Gleichheitsgrundsatz** des Art. 3 Abs. 1 GG. Alle Ärzte sind grundsätzlich gleichmäßig zum Bereitschaftsdienst heranzuziehen, ohne dass durch die Heranziehung eine überproportionale Beanspruchung erfolgt. Bei Privatärzten berücksichtigt das Satzungsrecht diesen Umstand zwar dann, wenn eine gleichzeitig ausgeübte abhängige Beschäftigung besteht. Eine parallel **zusätzlich ausgeübte selbstständige Tätigkeit** wird hingegen nicht berücksichtigt. Ein **tragfähiger sachlicher Differenzierungsgrund hierfür fehlt aber**. Das Vermeiden überproportionaler Beanspruchung durch die Heranziehung zum ärztlichen Bereitschaftsdienst gilt für Privatärzte mit zusätzlicher abhängiger beziehungsweise selbstständiger Tätigkeit gleichermaßen. Die Beklagte wird nach Änderung ihres Satzungsrechts daher unter Beachtung des Gleichbehandlungsgrundsatzes über den Antrag des Klägers auf Reduzierung seines Teilnahmeumfangs im ärztlichen Bereitschaftsdienst neu entscheiden müssen.

Nach BSG, Urt. v. 21.09.2023 - **B 3 KR 9/22 R** - können **BAGs** nicht als im Rahmen der **ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV)** hinzuzuziehende fachärztliche Einrichtung **institutionell benannt** werden. Der Regelung des § 116b Abs. 2 S. 1 SGB V kann keine eigenständige Definition des Begriffs „an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer“ entnommen werden. Bezug genommen ist damit vielmehr auf § 95 Abs. 1 S. 1 SGB V. Danach nehmen an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Ärzte und zugelassene MVZ sowie ermächtigte Ärzte und ermächtigte Einrichtungen teil. BAGs haben in diese abschließende Aufzählung der Teilnahmeformen keinen Eingang gefunden. Sie verfügen, anders als MVZ und ermächtigte Einrichtungen, nicht selbst als Einrichtung über eine vertragsarztrechtliche Zulassung oder Ermächtigung. Die gemeinsame Ausübung vertragsärztlicher Tätigkeit, die unter allen zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringern in Form einer BAG zulässig ist, erfordert **keine vertragsarztrechtliche Zulassung** zur Versorgung, sondern bedarf der vorherigen Genehmigung des Zulassungsausschusses (§ 33 Abs. 2 und 3 Ärzte-ZV), die von den zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringern zu beantragen ist und ihnen gegenüber erteilt wird. Diese Genehmigung ist anders als eine vertragsarztrechtliche Zulassung oder Ermächtigung ungeachtet ihrer Statusrelevanz lediglich die Gestattung einer besonderen Form der Berufsausübung. Eine Erweiterung der ASV-Berechtigung ergibt sich nicht aus der auf § 116b Abs. 4 und 5 gestützten **Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (ASV-RL vom 21. März 2013)**. Soweit diese neben der sonst erforderlichen namentlichen Benennung für bei medizinischer Notwendigkeit vom ASV-Kernteam hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte auch eine institutionelle Benennung ausreichen lässt (§ 2 Abs. 2 S. 5 und 7 ASV-RL), kann dem eine ASV-Berechtigung einer hinzuzuziehenden Institution auch ohne deren vertragsarztrechtliche Zulassung oder Ermächtigung nicht entnommen werden. **Verfassungsrecht** steht dem nicht entgegen. Anders als MVZ verfügen BAGs nicht selbst über einen eigenen vertragsarztrechtlichen Zulassungsstatus; in ihr kooperieren vielmehr zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Leistungserbringer und der Status einer BAG ist dem eines Einzelarztes angenähert. An diesen rechtlich geprägten unterschiedlichen Status durfte der Gesetzgeber mit der ASV-Berechtigung anknüpfen, ohne gegen Art. 3 Abs. 1 GG zu verstoßen, zumal neben dem unterschiedlichen vertragsarztrechtlichen Status weitere Unterschiede zwischen BAGs und MVZ bestehen, etwa bei vertragsarztrechtlichen und zivilrechtlichen Gestaltungsmöglichkeiten; Änderungen des Rechts der MVZ (etwa § 95 Abs. 1a SGB V zur Einschränkung zulässiger Organisationsformen) sowie die Rspr. zu BAGs (etwa zu einer der BAG und nicht einem ihr angehörenden einzelnen Mitglied zu erteilenden Genehmigung zur Anstellung eines Arztes oder zu ihrer Stellung in einem Nachbesetzungsverfahren) haben zwar zur Annäherung beider Kooperationsformen geführt, die neben dem formal unterschiedlichen Status bestehenden Unterschiede aber nicht vollständig entfallen lassen. An

diese fortbestehenden Unterschiede von BAGen und MVZ durfte der Gesetzgeber mit der derzeit geltenden ASV-Berechtigung sachgerecht anknüpfen, auch wenn allein diese Unterschiede die gesetzliche Regelung einer ASV-Berechtigung von BAGen als hinzuzuziehende Institution nicht ausschließen dürften. Ohnehin unberührt von der unterschiedlichen Behandlung von BAGen und MVZ im Rahmen der ASV-Berechtigung bleibt die Berechtigung zur Teilnahme an der ASV von in einer BAG kooperierenden und zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringern. 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. Zusatzbezeichnung Psychoanalyse: Grenze des Fachgebiets der Kinder- und Jugendpsychotherapeuten

LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 14.06.2023 - L 7 KA 32/20

RID 23-04-8

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 92 I Nr. 1, VIa; PsychRL; PsychVb

§ 2 Abs. 4 S. 3 **Weiterbildungsordnung** WBO Berlin bestimmt, dass die Gebietsgrenzen fachärztlicher Tätigkeiten durch die Zusatz-Weiterbildungen nicht erweitert werden. Davon weicht die PsychVb nicht ab. Zwar scheint nach dem Wortlaut der maßgeblichen Rechtsgrundlage des § 5 Abs. 2 PsychVb allein der Nachweis einer **Berechtigung zum Führen der Zusatzbezeichnung Psychoanalyse** für die fachliche Befähigung zu genügen. § 5 Abs. 2 PsychVb verweist allerdings eingangs auf die Grundnorm des § 3 PsychVb. Gem. § 3 S. 5 PsychVb dürfen Therapeuten, die durch ihren Fachkundenachweis auf die Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen beschränkt sind, nur bei diesen die dann näher bezeichneten psychotherapeutischen Leistungen durchführen. Damit kommt die **Grenze des Fachgebiets der Kinder- und Jugendpsychotherapeuten** zum Ausdruck. Soweit § 5 Abs. 4 PsychVb den umgekehrten Fall abweichend regelt, liegt darin keine ungerechtfertigte Ungleichbehandlung. Das Fachgebiet der Psychiatrie und Psychotherapie wird nach der WBO nicht ausdrücklich nur auf Erwachsene beschränkt.

Die Kl. ist Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin sowie Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und nimmt seit April 2012 an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Im Juli 2017 erwarb sie die Zusatzbezeichnung Psychoanalyse nach der WBO. Sie besitzt eine Abrechnungsgenehmigung für die Durchführung von Leistungen der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie und der analytischen Psychotherapie als Einzelbehandlung bei Kindern und Jugendlichen. Die Bekl. lehnte ihren Antrag auf Erteilung einer Abrechnungsgenehmigung für die Durchführung psychoanalytischer Leistungen bei Erwachsenen vom August 2017 ab. **SG Berlin**, Urt. v. 12.08.2020 - S 87 KA 247/18 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

2. Förderung der ärztlichen Weiterbildung nur für ersten Facharzt

SG Marburg, Urteil v. 25.10.2023 - S 11 KA 155/20

RID 23-04-9

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 75a, 79 III 1 Nr. 1

Leitsatz: Die Satzungsermächtigung der Kassenärztlichen Vereinigung umfasst auch die Befugnis zur Regelung eines **Ausschlusses der finanziellen Förderung** im Falle einer bereits absolvierten **Weiterbildung**.

Der kl. Facharzt für Kinderheilkunde und Jugendmedizin beantragte die finanzielle Förderung der ärztlichen Weiterbildungsassistentin Frau Dr. med. G. M. im Fachgebiet Pädiatrie. Die Beklagte lehnte dies ab, da Frau Dr. med. G. M. bereits die Weiterbildung zur Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie absolviert habe. Eine Förderung sei gemäß der Richtlinie zur Förderung weiterer fachärztlicher Weiterbildungen nur für die erste Weiterbildung zum Facharzt möglich. Das **SG** wies die Klage ab.

IV. Wirtschaftlichkeitsprüfung/Arzneikostenregress/Schadensersatz

1. Prävalenzprüfung

a) Nr. 35100 EBM: Verhältnis der F-Diagnosen

SG Marburg, Urteil v. 27.09.2023 - S 17 KA 157/21

RID 23-04-10

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

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

Leitsatz: 1. Mit der **Prävalenzprüfung**, bei der der Beklagte zur Ermittlung einer Praxisbesonderheit das **Verhältnis der F-Diagnosen** nach der PT-Richtlinie zu den abgerechneten **GOP 35100 EBM** bildet und dieses mit der Prüfgruppe vergleicht, sind Unschärfen verbunden, die bei der Ermessensausübung zu berücksichtigen sind.

2. Eine **Vergleichbarkeit** mit der Prüfgruppe kann nur hergestellt werden, wenn sowohl die Ermittlung der F-Diagnosen als auch die Abrechnungshäufigkeit der **GOP 35100 EBM patientenbezogen** erfolgen.

3. Im Gegensatz zur **GOP 35110 EBM**, die pro Patient*in vielfach angesetzt werden darf, ist eine **Unschärfe** der Prävalenz-Betrachtung bei der **GOP 35100 EBM** nicht zu erwarten, da diese Diagnostikziffer in aller Regel **nur zu Beginn des Krankheitsfalles** angesetzt werden dürfte.

4. Die **Zielsetzung der psychosomatischen Grundversorgung** besteht nach den Vorgaben der Psychotherapie-Richtlinie in einer seelischen Krankenbehandlung, die während der Behandlung von somatischen, funktionellen und psychischen Störungen von Krankheitswert durchgeführt werden kann. Insoweit können funktionelle Störungen von Krankheitswert Anlass für eine diagnostische Abklärung nach der **GOP 35100 EBM** sein, wenn mit dieser Störung eine seelische Belastung einhergeht.

Die Beteiligten streiten über die Honorarprüfungen betreffend die Quartale II bis IV/16 wegen eines „offensichtlichen Missverhältnisses“ im Vergleich zur Fachgruppe bei der **GOP 35100 EBM** (Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände). Die Kl., Fachärztin für Allgemeinmedizin, ist seit April in einer Einzelpraxis niedergelassen. Sie verfügt über die Genehmigung für die „Psychosomatische Grundversorgung“. Das **SG** verpflichtete den Bekl., die Kl. unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

Zur Rspr. des SG siehe zuletzt SG Marburg, Urt. v. 03.05.2023 - S 17 KA 527/20 - RID 23-03-21 m.w.N.

b) Nr. 35110 EBM und Mehrbedarf einer Praxisbesonderheit

SG Marburg, Urteil v. 27.09.2023 - S 17 KA 22/21

RID 23-04-11

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 106; PsychThRL §§ 12, 22 I; EBM Nr. 35110

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

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

3. Die **Zielsetzung der psychosomatischen Grundversorgung** besteht nach den Vorgaben der Psychotherapie-Richtlinie in einer seelischen Krankenbehandlung, die während der Behandlung von somatischen, funktionellen und psychischen Störungen von Krankheitswert durchgeführt werden kann. Insoweit können funktionelle Störungen von Krankheitswert Anlass für eine verbale Intervention nach der **GOP 35110 EBM** sein, wenn mit dieser Störung eine seelische Belastung einhergeht.

4. Eine **anerkannte Praxisbesonderheit**, die sich in einer besonderen Häufung der Abrechnung der **GOP 35110 EBM** niederschlägt, kann nicht mit einer **rein pauschalen Schätzung eines Mehrbetrags** von +200% zur Vergleichsgruppe abgegolten werden.

Die Beteiligten streiten über die Honorarprüfungen betreffend die Quartale I/15 bis IV/16 wegen eines „offensichtlichen Missverhältnisses“ im Vergleich zur Fachgruppe bei der **GOP 35110 EBM** (Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen). Die Kl., hausärztlich tätige Fachärztin für Innere

Medizin, war in einer Einzelpraxis niedergelassen. Sie verfügt über die Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“. Das **SG** verpflichtete den Bekl., den Kl. unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

c) Nr. 35110 EBM/Umstellung der Klage

SG Marburg, Gerichtsbescheid v. 08.09.2023 - S 17 KA 87/18

RID 23-04-12

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

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

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

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

3. Eine zunächst **gegen die Prüfungsstelle erhobene Klage** kann auf eine Klage gegen den Beschwerdeausschuss umgestellt werden. Es handelt sich nicht um einen gewillkürten Parteiwechsel, sondern um eine schlichte Berichtigung des Passivrubrums im Verhältnis von Widerspruchs- und Ausgangsbehörde.

Die Beteiligten streiten über die Honorarprüfungen betreffend die Quartale I und III/13 bis IV/14 wegen eines „offensichtlichen Missverhältnisses“ im Vergleich zur Fachgruppe bei der GOP 35110 EBM (Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen). Der Kl. war in der Zeit vom Juli 1983 bis zum Dezember 2014 als Facharzt für Innere Medizin in einer Einzelpraxis niedergelassen. Das **SG** verpflichtete den Bekl., den Kl. unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

2. Arzneikostenregress: Präparat Pollinex Quattro Gräser/Differenzkostenberechnung

SG Hannover, Urteil v. 13.09.2023 - S 20 KA 308/22

RID 23-04-13

www.juris.de

SGB V §§ 106 I 2, III, 106b

Eine Krankenkasse kann einen einmal gestellten **Prüfantrag** grundsätzlich **zurücknehmen** oder seinen Inhalt beschränken. An einen solchen geänderten Antrag sind die Prüfungsgremien trotz Fehlens einer § 123 SGG (ne ultra petita) vergleichbaren Regelung auch gebunden.

Fehlen konkrete Vorgaben für eine **Begründungspflicht** in der PrüfVb, ist die Durchführung einer Differenzkostenberechnung bei Einleitung des Prüfverfahrens nicht geboten. Die Begründungsverpflichtung der Krankenkasse besteht überdies auch nur gegenüber der Prüfungsstelle.

Das Präparat **Pollinex Quattro Gräser/Roggen** verfügte im Quartal IV/20 über **keine Zulassung**, war aber aufgrund eines laufenden Zulassungsverfahrens **verkehrs-fähig**. Aufgrund der fehlenden Zulassung besteht grundsätzlich keine Leistungspflicht der GKV (BSG, Ur. v. 23.07.1998 - B 1 KR 19/96 R - BSGE 82, 233 = SozR 3-2500 § 31 Nr. 5). Selbst aus einer formal bestehende Zulassung kann nicht auf die Verordnungsfähigkeit geschlossen werden, wenn die Zulassungsentscheidung ohne vorherige fundierte Überprüfung von Qualität, Wirksamkeit und Unbedenklichkeit erfolgte (BSG, Beschl. v. 15.07.2015 - B 6 KA 19/15 B - juris Rn. 5 m.w.N.).

Der Anwendungsbereich der Vorschrift zur Durchführung einer **Differenzkostenberechnung** nach § 106 b Abs. 2a SGB V beschränkt sich auf Fälle der Wirtschaftlichkeitsprüfung im engeren Sinne und kommt damit für Fälle generell unzulässiger Verordnungen nicht zur Anwendung (so im Ergebnis auch: LSG Berlin-Brandenburg, Ur. v. 26.04.2023 - L 7 KA 19/22 KL - RID 23-03-37, Revision anhängig: B 6 KA 10/23 R; LSG Bayern, Ur. v. 08.02.2023 - L 12 KA 31/22 - RID 23-03-22, Revision anhängig: B 6 KA 5/23 R). Eine möglicherweise in den seinerzeitigen Rahmenvorgaben von GKV-Spitzenverband und der KBV vereinbarte teilweise Erweiterung der Differenzkostenberechnung wäre nicht mehr von der Regelungsermächtigung des § 106b Abs. 2a S. 3 SGB V gedeckt und damit unwirksam.

Die kl. BAG, bestehend aus Fachärzten für Innere Medizin, Pneumologie wandte sich gegen einen Regress der bekl. Prüfungsstelle wegen der Verordnungen von Pollinex Quattro Gräser/Roggen für zwei volljährige Versicherte der beigel. Krankenkassen in Höhe von 1.494,30 €. Das **SG** wies die Klage ab.

3. Heilmittel

a) Richtgrößenprüfung: Praxisbesonderheiten

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 23.08.2023 - L 3 KA 30/21

RID 23-04-14

www.juris.de

SGB V a.F. § 106 II, Va 8

Leitsatz: Seit Inkrafttreten des § 106 Abs. 5a S. 8 SGB V im Jahr 2008 haben die **Prüfgremien** im Rahmen der **Richtgrößenprüfung** den Einwand des Arztes, bestimmte **verordnungsträchtige Diagnosen** lägen bei seinen Patienten häufiger vor als bei der Fachgruppe, auch zu **prüfen**, wenn dies nicht substantiiert mit strukturellen Besonderheiten seiner Praxis begründet werden kann.

Die Prüfungsstelle setzte gegenüber dem Kl., Facharzt für Innere Medizin, eine Beratung wegen Überschreitens der Richtgröße für Heilmittel im Jahr 2013 fest. **SG Hannover**, Urt. v. 10.03.2021 - S 24 KA 88/18 - wies die Klage ab, das **LSG** verurteilte den Bekl., über die Wirtschaftlichkeit der vom Kl. im Jahr 2013 verordneten Heilmittel unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats neu zu entscheiden.

b) Verordnung von Kohlensäurebädern nach Vorgaben des Heilmittel-Katalogs

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 28.09.2023 - L 3 KA 2/18

RID 23-04-15

www.juris.de

SGB V § 106

Leitsatz: 1. Die vertragsärztliche Verordnung von **Kohlensäurebädern** ist nur bei Vorliegen der im Heilmittel-Katalog angeführten Indikationen, die von Maßnahmen der Phototherapie überhaupt nicht zulässig.

2. Gegen hierauf gestützte Regresse kann sich der verordnende Vertragsarzt grundsätzlich nicht unter Hinweis auf **Verträge** wehren, die **zwischen den Leistungserbringern und den Krankenkassen** abgeschlossen worden sind.

Der kl. Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten wandte sich gegen drei von dem bekl. Beschwerdeausschuss festgesetzte Heilmittelkostenregresse für die Quartale I/04 bis I/05 (insgesamt 100.942,87 €). **SG Hannover**, Urt. v. 09.04.2014 - S 72 KA 345/08 - wies die Klage ab. Nach Nachholung des Widerspruchsverfahrens wies das **LSG** die Klage gegen die Bescheide des Bekl. v. 14.11.2017 ab.

4. Wirkstoffvereinbarung: Kriterien für die Leitsubstanz-Einstellung

SG München, Urteil v. 14.09.2023 - S 38 KA 230/20

RID 23-04-16

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 2 I, 12 I, 84 I, VI, 106b, 129 I; GG art. 3 I, 12 I; SGG § 55

Leitsatz: I. Zur Überprüfung einer untergesetzlichen Norm des Landesrechts (hier: **Wirkstoffvereinbarung**) ist zur Gewährleistung eines effektiven Rechtsschutzes die **Feststellungsklage** nach § 55 SGG zulässig, sofern die sonstigen Zulässigkeitsvoraussetzungen vorliegen (vgl. BSG, Urt. v. 31.05.2006 - B 6 KA 13/05 R - BSGE 96, 261 = SozR 4-2500 § 92 Nr. 5).

II. Bei der Ausgestaltung der Wirkstoffvereinbarung besitzen die Vertragspartner einen weiten **Gestaltungsspielraum** (vgl. zur Wirkstoffvereinbarung vom 31.10.2014 SG München, Urt. v. 16.07.2019 - S 20 KA 171/16 - juris). Die Gerichte haben deshalb eine **eingeschränkte Prüfungsmöglichkeit** und können den Gestaltungsspielraum nicht durch eigene inhaltliche Regelungen ersetzen.

III. Für die **Leitsubstanz-Einstellung** gibt es mehrere **Kriterien**. Dies sind vor allem die Geeignetheit des Wirkstoffes, die Analyse, was die bayerischen Ärzte vermehrt verordnet haben, und auch der Kostenfaktor.

IV. Die Bepunktung generell und auch konkret in der Wirkstoffvereinbarung dient dazu, die **Wirtschaftlichkeit der Ordnungsweise** des einzelnen Vertragsarztes zu **messen** und daraus für den einzelnen Bereich den Istwert zu berechnen. Es handelt sich nach Auffassung des Gerichts um ein taugliches und geeignetes **Verfahren zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit**.

V. Die **Berücksichtigung der Rabattierung** ist nicht nur sachgerecht, sondern im Hinblick auf das Wirtschaftlichkeitsgebot aus § 12 SGB V, die Intention des Gesetzgebers in § 84 Abs. 1 SGB V und dem Zweck der Wirkstoffvereinbarung (§§ 2, 3) sogar zwingend geboten.

VI. Ziff. 24.1 der Anlage 2 zur Wirkstoffvereinbarung ist mit **Art. 3, 12 GG** zu vereinbaren.

Die Kl. ist ein pharmazeutisches Unternehmen, das urologische Spasmolytika vertreibt und im Wettbewerb mit anderen pharmazeutischen Unternehmen steht. Der Wirkstoff „Propiverin“, den die Kl. vertreibt, wurde auch für Kinder entwickelt. Die Kl. wandte sich mit ihrer Klage gegen eine von den bekl. Krankenkassen mit der bekl. KV geschlossene Wirkstoffvereinbarung, weil sie in Relation zu den Konkurrenzunternehmen mit den Wirkstoffen „Tolterodin“ und „Tropium“ ungerechtfertigt benachteiligt werde. Das **SG** wies die Klage ab.

V. Zulassungsrecht

Nach BSG, Urt. v. 25.10.2023 - **B 6 KA 26/22 R** - ist die **Nachrangregelung des § 103 Abs. 4c S. 3 SGB V**, die nach ihrem Wortlaut allein für die Auswahl des Praxisnachfolgers im **Nachbesetzungsverfahren** gilt, **in einem Auswahlverfahren wegen partieller Entsperrung eines Planungsbereichs nicht anwendbar**. Eine analoge Anwendung der Nachrangregelung auf Verfahren wegen partieller Entsperrung kommt **nicht in Betracht**, da es **an einer planwidrigen Regelungslücke fehlt**. Dies steht auch nicht im Widerspruch zur Entscheidung des Senats zur Konzeptbewerbung (BSG, Urt. v. 15.05.2019 - B 6 KA 5/18 R - BSGE 128, 125 = SozR 4-2500 § 103 Nr. 27). Zwar hat der Senat dort eine Regelungslücke in Bezug auf die Konzeptbewerbung für Zulassungsverfahren wegen partieller Entsperrung bejaht, weil im Rahmen der dort zu treffenden Auswahlentscheidung im Kern dieselben Kriterien zu berücksichtigen sind wie bei einer Auswahl im Nachbesetzungsverfahren. Hier geht es jedoch nicht um die Modifikation von weiteren Eignungskriterien, sondern um eine Regelung, nach welcher einer bestimmten Gruppe von Medizinischen Versorgungszentren im Nachbesetzungsverfahren nicht die gleiche Stellung wie anderen geeigneten Bewerbern eingeräumt wird.

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 gröbliche 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) Praxisnachfolge

aa) Fehlender Fortführungswille: Verlegungsantrag, Einbringen in MVZ

SG Detmold, Beschluss v. 19.06.2023 - S 24 KA 2/23 ER

RID 23-04-17

www.juris.de

SGB V §§ 95, 103 IV; SGG § 86b I 1 Nr. 1

Für den Erfolg des Antrages auf **Anordnung der sofortigen Vollziehung** bedarf es - im Unterschied zu § 86b Abs. 2 SGG - keiner besonderen Eilbedürftigkeit im Sinne eines Anordnungsgrundes. Vielmehr sind die gegen eine sofortige Vollziehung sprechenden Suspensivinteressen umso geringer zu gewichten, je weniger Zweifel an der Rechtmäßigkeit des angefochtenen Verwaltungsaktes bestehen. Ein Verbot der Vorwegnahme gibt es bei einer Entscheidung nach § 86b Abs. 1 SGG nicht (LSG Sachsen, Beschl. v. 11.01.2021 - L 1 KA 4/20 B ER - juris Rn. 31, RID 21-02-23).

Das Auswahlermessen wird fehlerhaft ausgeübt, wenn der Berufungsausschuss davon ausgeht, dass eine (**abhängige**) **Nebenbeschäftigung** im Umfang von 13 Wochenstunden gegen einen Willen zur Fortführung einer Praxis spreche. Dies kann aber unschädlich sein, wenn dieses Argument lediglich unterstützend angeführt wird.

Eine **Praxis** wird nur dann „**fortgeführt**“, wenn der Bewerber am bisherigen Praxisort als Vertragsarzt tätig werden will. Es reicht nicht aus, wenn der Nachfolger lediglich als angestellter Arzt in der Zweigpraxis einer BAG oder eines MVZ tätig werden will.

Eine **Praxisfortführung** wird nicht schon dann angestrebt, wenn ein Bewerber lediglich die vertragsärztliche Tätigkeit **im selben medizinischen Fachgebiet** und **im selben Planungsbereich** wie der ausscheidende Vertragsarzt ausüben will, auch wenn die Praxis „räumlich“ und „personell“ nicht auf Dauer fortgeführt werden muss. Der Fortführungsbegriff beinhaltet auch, dass der Nachfolger den Praxisbetrieb **als Inhaber der Praxis** fortsetzt.

Gegen einen **Fortführungswillen** spricht ein sofortiger **Verlegungsantrag**; ebenso das Bestehen eines Kooperationsvertrages mit einer Klinik und eines mit dieser geschlossenen Grundsatzvereinbarung, aus der hervorgeht, dass der **Vertragsarztsitz in ein MVZ eingebracht** werden soll und dass die Klinik ein **Weisungsrecht hinsichtlich des Vertragsarztsitzes** hat. Es bestehen zudem Zweifel an der Möglichkeit der freien Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit, wenn alle persönlichen und sächlichen Mittel von der Klinik als Arbeitgeberin des Bewerbers gestellt werden und der eigentliche Praxisraum sehr klein (hier: 20,92 qm) und der Organisationsform der Klinik angegliedert ist.

Eine Klärung der Nachbesetzungsfrage im Verfahren nach § 86b SGG liegt auch im **Interesse der abgehenden Arztes**. Dessen Aussichten, den Praxisanteil verwerten zu können, sinken mit jedem Monat, in dem die zur Nachbesetzung erforderliche Zulassung in der Schwebe bleibt (BSG, Urt. v. 05.11.2003 - B 6 KA 11/03 R - BSGE 91, 253 = SozR 4-2500 § 103 Nr. 1, juris Rn. 40).

Auf die Ausschreibung zur Praxisnachfolge für X, Fachärztin für Anästhesiologie mit einem Praxisschwerpunkt im Bereich der ambulanten Schmerztherapie, bewarben sich u.a. die Ast zu 1 bis 4 und der Beigel. zu 8. Die Ast. zu 2 bis 4 sind eine BAG und verbanden ihren Zulassungsantrag mit dem Antrag auf Genehmigung einer überörtlichen BAG mit dem Ast. zu 1. Der Beigel. zu 8 verband mit seinem Antrag die sofortige Praxisverlegung (um 2,4 km) in Räumlichkeiten eines Krankenhauses, indem er als Oberarzt tätig ist. Der Zulassungsausschuss ließ den Ast. zu 1 zu. Der Ag. wies den Widerspruch des Beigel. zu 8 zurück, den Antrag des Ast. zu 1 auf Anordnung der sofortigen Vollziehung lehnte er ab. Der Beigel. zu 8 hat Klage erhoben. Das **SG** ordnete die sofortige Vollziehung des Beschl. des Ag. an, soweit es die Zulassung des Ast. zu 1 zur vertragsärztlichen Versorgung als Facharzt für Anästhesiologie für den Vertragsarztsitz B betrifft, und wies im Übrigen die Anträge der Ast. zu 1 bis 4 auf Anordnung der sofortigen Vollziehung der Genehmigung zur gemeinsamen Ausübung überörtlicher vertragsärztlicher Tätigkeit zurück.

bb) Anfechtungsberechtigung: Zeitpunkt der Entscheidung des Zulassungsausschusses

LSG Bayern, Beschluss v. 27.02.2023 - L 12 KA 42/22 B ER

RID 23-04-18

SGB V § 101 I 1 Nr. 3; SGG § 86b I 1 Nr. 1

Für die Frage der **Anfechtungsberechtigung** einer **Sonderbedarfszulassung** kommt es auf den **Zeitpunkt der Entscheidung des Zulassungsausschusses** an. Kommt ein Konkurrenzverhältnis eines

schwerpunktmäßig hämato-onkologisch tätigen MVZ erst durch Anstellung eines weiteren Arztes nach der Sonderbedarfszulassung eines Facharztes für Innere Medizin und Pneumologie zustande, fehlt es an einer Anfechtungsberechtigung. Eine bereits zuvor bestehende Absicht der Anstellung ist unbeachtlich. Künftig zu erteilende Anstellungsgenehmigungen müssen außer Betracht bleiben. Ein „Übergang“ einer Anfechtungsberechtigung im Rahmen des Verzichts auf die Zulassung mit dem Ziel des Tätigwerdens im Rahmen einer Anstellung in einem MVZ gem. § 103 Abs. 4a S. 1 SGB V ist nicht möglich.

Der Zulassungsausschuss erteilte dem Ast. und Bg., Facharzt für Innere Medizin und Pneumologie, eine Sonderbedarfszulassung für einen hälftigen Versorgungsauftrag. Hiergegen legte die zu 8 beigel. Bf., Trägerin eines MVZ, welches schwerpunktmäßig hämato-onkologische Leistungen erbringt, erfolglos Widerspruch ein. **SG München**, Beschl. v. 22.11.2022 - S 43 KA 517/22 - ordnete die sofortige Vollziehung der Zulassungsentscheidung an, das **LSG** wies die Beschwerde der Beigel. zu 8 zurück.

b) Sonderbedarfszulassung

aa) Zumutbare Entfernung/Offene Kapazitäten bzgl. spezieller Leistungen

SG München, Urteil v. 27.09.2023 - S 20 KA 103/22
SGB V § 101 I 1 Nr. 3

RID 23-04-19

Die zumutbare **Entfernung nach dem Terminservicegesetz** für die Vermittlung eines Termins an einen Patienten und die Frage der bestehenden ausreichenden Versorgung im Zusammenhang mit der Beurteilung der **Notwendigkeit einer Sonderbedarfszulassung** sind voneinander zu trennende Fragen. Im Rahmen der Vergabe von Terminen nach dem Terminservicegesetz soll dabei erkennbar auch für Patienten, die abgelegen wohnen, eine Fahrzeit mit ÖPNV oder Pkw von 60 Minuten nicht überschritten werden. Im Rahmen der Beurteilung einer Sonderbedarfszulassung ist jedoch ausgehend vom Praxisort, für den die Zulassung begehrt wird, zu beurteilen, in welchem Umkreis ggf. Kapazitäten zur Versorgung auf diesem Fachgebiet bestehen. Für diese Frage bietet sich wie von BSG, Urt. v. 17.03.2021 - B 6 KA 2/20 R - SozR 4-2500 § 101 Nr. 21 für die spezialisierte fachärztliche Versorgung ausgeführt, die Erreichbarkeit innerhalb von 45 Minuten an.

Die offene Kapazität der niedergelassenen Ärzte kann nur bei zutreffender **Ermittlung** der Zahl des **Fachgruppendurchschnitts** korrekt ermittelt werden.

Die Kl. ist seit Januar 2020 in einer BAG mit Dr. X im Rahmen des Job-Sharing-Modells tätig. Die Kl. begehrt die Zulassung als Fachärztin für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie zur vertragsärztlichen Tätigkeit im Rahmen eines Sonderbedarfs mit einem hälftigen Versorgungsauftrag. Das **SG** verpflichtete den Bekl. zur Neubescheidung.

bb) Wechsel des Versorgungsbereichs unabhängig von Versorgungslage im bisherigen Fachgebiet

SG Berlin, Urteil v. 27.09.2023 - S 83 KA 203/21

RID 23-04-20

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 101 I 1 Nr. 3; BedarfspIRL §§ 36, 37, 38

Leitsatz: Bei der Entscheidung, ob ein Versorgungsbedarf für einen **Fachgruppenwechsel** nach § 38 i.V.m. §§ 36 und 37 BedarfspIRL besteht, ist es nicht entscheidungserheblich, wie die **Versorgungslage** in der Fachgruppe ist, aus welcher der Antragsteller heraus wechselt.

Der Kl. zu 2) hat die Facharztanerkennung Innere Medizin und die Facharztanerkennung Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie. Er ist seit Juli 2019 mit einem vollen Versorgungsauftrag als Facharzt für Innere Medizin - hausärztliche Versorgung - zugelassen und in einer örtlichen BAG tätig. Die weiteren zwei Partner der BAG sind als Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Hämatologie und Onkologie zugelassen (im Umfang von jeweils 0,5). Der Kl. zu 2) nimmt nicht an der Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten „Onkologie-Vereinbarung“ (Anl. 7 zum MMV-Ä) teil. Der Zulassungsausschuss lehnte den Antrag des Kl. zu 2) auf Fachgruppenwechsel in die fachärztlich-internistische Versorgung ab. Der Bekl. wies die Widersprüche der Kl. zurück. Das **SG** verpflichtete den Bekl., den Wechsel des Kl. zu 2) von der hausärztlichen in die fachärztliche Versorgung als Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Hämatologie und Onkologie mit der Maßgabe zu genehmigen, dass nur die ärztlichen Leistungen abrechnungsfähig sind, die im Zusammenhang mit der Behandlung hämatologischer und onkologischer Erkrankungen stehen, und wies im Übrigen die Klage ab (Hauptantrag: den Wechsel von der hausärztlichen in

die fachärztliche Versorgung als Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Hämatologie und Onkologie zu genehmigen).

cc) Auswahlentscheidung: Anträge über Fachgruppenwechsel und auf Sonderbedarfszulassung

SG Berlin, Urteil v. 11.10.2023 - S 87 KA 5/22

RID 23-04-21

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 101 I 1 Nr. 3; BedarfsplRL §§ 36, 37, 38

Leitsatz: Die Entscheidungen über **Anträge auf Sonderbedarfszulassung** nach §§ 36, 37 BedarfsplRL und auf **Anträge über Fachgruppenwechsel** nach § 38 BedarfsplRL sind **gleichrangig**. Daher ist bei mehreren Anträgen vor Entscheidung der Zulassungsgremien gegebenenfalls eine **Auswahlentscheidung** zu treffen.

Der Kl. ist Facharzt für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Hämatologie und Onkologie seit Juli 2019 im Umfang eines halben Versorgungsauftrages zugelassen. Er ist in einer BAG tätig, die schwerpunktmäßig Patienten mit hämatologischen und onkologischen Krankheitsbildern versorgt. Im August 2020 stellte er einen Antrag auf Sonderbedarfszulassung im Umfang eines weiteren halben Versorgungsauftrages. Mit Beschlüssen vom Januar 2021 genehmigt der Zulassungsausschuss fünf Anträge (anderer Ärzte) auf Versorgungsbereichswechsel von der hausärztlichen Versorgung in die fachärztlich-internistische Versorgung im Schwerpunkt Hämatologie und Onkologie. Mit Beschluss vom Mai 2021 lehnte der Zulassungsausschuss den Antrag des Kl. ab, weil ein Bedarf im Hinblick auf die erteilten Genehmigungen des Fachgruppenwechsels nicht mehr bestehe. Der Widerspruch blieb erfolglos. Das **SG** verpflichtete den Bekl., dem Kl. eine Sonderbedarfszulassung zur vertragsärztlichen Versorgung als Facharzt für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Hämatologie und Onkologie im Umfang eines hälftigen Versorgungsauftrages mit der Maßgabe zu erteilen, dass nur Leistungen abrechnungsfähig sind, die im Zusammenhang mit der Behandlung hämatologischer und onkologischer Erkrankungen stehen, und wies im Übrigen die Klage ab.

Zum Verfahren des Kl. betreffend den Fachgruppenwechsel s. SG Berlin, Ur. v. 27.09.2023- S 83 KA 203/21 - RID 23-04-20.

c) Auswahlentscheidung nach Entsperrung: Keine Tätigkeit in einem Schwerpunkt nach Geburt

SG München, Urteil v. 09.11.2023 - S 20 KA 9/23

RID 23-04-22

SGB V § 103 III; Ärzte-ZV § 32 II 2 Nr. 2; BedarfsplRL § 26 IV Nr. 3

Auch im Bereich von § 26 Abs. 4 Nr. 3 BedarfsplRL besteht **kein Vorrang** einzelner zu berücksichtigender **Kriterien** (vgl. für den Bereich des § 103 Abs. 4 S. 5 SGB V: BSG, Ur. v. 20.03.2013 - B 6 KA 19/12 R - SozR 4-2500 § 103 Nr. 12 Rn. 47).

Nimmt eine bereits mit einem halben Versorgungsauftrag zugelassene Vertragsärztin ihre ärztliche **Tätigkeit in einem Schwerpunkt** (hier: Hämatologie und Onkologie einer Kinder- und Jugendärztin) vorübergehend zurück (hier: seit Mitte 2017), so ist dies im Rahmen einer Auswahlentscheidung nicht zu berücksichtigen, wenn diese Neuorientierung im Zusammenhang mit Geburt von Zwillingen geschieht. § 32 Abs. 2 S. 2 Nr. 2 Ärzte-ZV, der Vertragsärzten während der Zeiten der Erziehung von Kindern bis zu einer Dauer von 36 Monaten, wobei dieser Zeitraum nicht zusammenhängen muss, die Beschäftigung von Assistenten zubilligt, verdeutlicht eine gewisse Berücksichtigung von Unterbrechungen in der vertragsärztlichen Tätigkeit im Zusammenhang mit Kindererziehung. Bei einer Neubescheidung ist der Schwerpunkt ohne Verweis auf Tätigkeitsunterbrechungen zu berücksichtigen und sodann ggf. durch weitere Sachverhaltsaufklärung zu prüfen, welche Rolle dieser Schwerpunktbereich in der ambulanten Versorgung im Planungsbereich einnimmt.

Allein ein **intensiver Zuspruch zu einer Praxis** kann nicht die Vorzugswürdigkeit dieser Praxis bei der Vergabe eines weiteren Versorgungsauftrags nach Entsperrung auslösen. Dies ergibt sich schon daraus, dass es für die Beurteilung des räumlichen Versorgungsbedarfs „nicht auf die Patientenschaft einer Praxis ankommt, sondern abstrakt auf die im Einzugsbereich der Praxis lebenden Versicherten. Die Zulassungsgremien können die jeweilige Versorgungssituation an den Praxisstandorten im Hinblick auf Einwohnerzahl der Orte und Anzahl der vorhandenen Vertragsarztsitze miteinander vergleichen.

Nach partieller Entsperrung des Planungsbereichs für die Arztgruppe der Kinder- und Jugendärzte für 0,5 Sitze gab der Zulassungsausschuss dem Antrag der Beigel. zu 1 bzgl. Aufstockung ihrer Zulassung auf eine

ganze Zulassung statt und lehnte den Antrag der Kl. auf Anstellung der Beigel. zu 2 im Tätigkeitsumfang von 20 Wochenstunden ab. Der Bekl. wies den Widerspruch der Kl. zurück. Das **SG** Verpflichtete zur Neubescheidung.

2. Nachbesetzung einer Arztstelle nur innerhalb eines Jahres

SG München, Urteil v. 24.10.2023 - S 38 KA 261/21

RID 23-04-23

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 95 VI 3, 103 IVa 5

Leitsatz: 1. Eine **Frist** für die **Nachbesetzung einer Arztstelle** nach § 103 Abs. 4a S. 5 SGB V ist gesetzlich nicht geregelt.

2. Aus dem Gesichtspunkt der Bedarfsplanung, der Verpflichtung der Zulassungsgremien zum Abbau der Überversorgung und aus Sinn und Zweck der Vorschrift des § 103 Abs. 4a S. 5 SGB V ergibt sich, dass die Nachbesetzung grundsätzlich **zeitnah** nach dem Freiwerden der Arztstelle erfolgen soll und nicht für eine unbegrenzte Zeit, insbesondere zur Sicherung der Arztstelle und des Versorgungsauftrages möglich ist.

3. In **Analogie** zu § 95 Abs. 6 S. 3 SGB V erscheint es verhältnismäßig und zumutbar (vgl. BSG, Urt. v. 19.10.2011 - B 6 KA 23/11 R - BSGE 109, 82 = SozR 4-2500 § 103 Nr. 8), eine Nachbesetzung der Arztstelle **innerhalb von sechs Monaten** ab Freiwerden der Arztstelle zu fordern.

4. Liegen **besondere Umstände** vor, die die Einhaltung der Frist deutlich erschweren oder sogar unmöglich machen, ist diese Frist auf Antrag hin angemessen zu verlängern. Es handelt sich hierbei um eine im Ermessen stehende Härtefallregelung. Die Einräumung einer Nachbesetzung einer Arztstelle über ein Jahr ab dem Freiwerden der Arztstelle hinaus lässt sich auch unter Härtefallgesichtspunkten nicht rechtfertigen.

Die Kl. verfügte über eine Genehmigung zur Anstellung von Dr. P. D. (Angestelltenstelle mit Bedarfsplanungsfaktor 0,5, Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin). Diese Genehmigung endete zum 31.10.2019. Der Zulassungsausschuss verlängerte die Nachbesetzungsfrist bis zum 31.10.2020. Zur Begründung des weiteren Verlängerungsantrags der Nachbesetzungsfrist bis 30.04.2021 trug die Kl. vor, es sei sehr schwierig, einen entsprechenden Facharzt zu finden. Es gebe viele offene Facharztstellen. Hinzu komme, dass durch die SARS-COV-2-Pandemie die Besetzung von Arztstellen zusätzlich erschwert werde. Der Antrag blieb erfolglos. Das **SG** wies die Klage ab.

3. Ermächtigung einer psychotherapeutischen Ausbildungsambulanz: Bedarfsprüfung

SG Berlin, Urteil v. 06.09.2023 - S 87 KA 99/22

RID 23-04-24

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 117 IIIa; PsychThG § 6; BedarfsplRL §§ 25, 36, 37

Leitsatz: Im Rahmen des § 117 Abs. 3a S. 2 Nr. 1 SGB V ist eine **Bedarfsprüfung** durchzuführen. Entscheidend ist die Sicherstellung der ausreichenden Versorgung der Versicherten, Aspekte des **Ausbildungsbedarfs** sind nicht relevant. Die Bedarfsprüfung ist nicht auf den Maßstab des § 25 Bedarfsplanungsrichtlinie begrenzt, sondern entsprechend der Prüfung eines **Sonderbedarfs** nach §§ 36 ff. Bedarfsplanungsrichtlinie durchzuführen.

Die Beteiligten streiten um die Ermächtigung als Ausbildungsambulanz. Die Kl. wurde mit Wirkung zum 13.12.2019 als staatlich anerkannte Ausbildungsstätte für die mindestens 5-jährige Teilzeitausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten und zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Vertiefungsgebiet Psychoanalytische Verfahren inkl. Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (im Folgenden AP) und Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (im Folgenden TP) anerkannt. Den Widerspruch gegen den Ablehnungsbescheid wies der Bekl. zurück. Dies begründete er im Wesentlichen damit, dass sich aus der Gesetzesbegründung ergebe, dass Anträge in etablierten Therapieverfahren in der Regel abzulehnen seien. Die verklammerte Ausbildung in den psychoanalytischen Verfahren und der Tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie sei etabliert. Aus den Zahlen der KV Berlin ergebe sich, dass 849 Psychotherapeuten die Abrechnungsgenehmigung für beide Verfahren hätten. In dieser Zahl seien noch keine Ermächtigten, Jobsharer und 32b Vertreter enthalten. Daher sei davon auszugehen, dass es sich um etablierte Verfahren handele. Etwas Anderes ergebe sich auch nicht aus der Verklammerung der Ausbildung. Eine Ermächtigung komme daher nur in Ausnahmefällen in Betracht. Darüber hinaus sollte die Versorgung der von der Kl. genannten Hochrisikopatienten durch die Hochschulambulanzen nach § 117 Abs. 2 SGB V abgedeckt sein. Das **SG** verpflichtete den Bekl., über den Antrag der Kl. auf Erteilung einer Ermächtigung als Ausbildungsambulanz v. 09.12.2020 u. 28.09.2021 und den Widerspruch der Kl. v. 11.02.2022 gegen den Beschluss des

Zulassungsausschusses für Ärzte und Psychotherapeuten v. 13.10.2021 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts erneut zu entscheiden, und wies im Übrigen die Klage ab..

Aus den Gründen:

„(...) 46 Die Bedarfsprüfung ist entsprechend der Bedarfsprüfung bei der Zulassung aufgrund eines lokalen oder qualitativen Sonderbedarfs nach § 36 BPIRL an der realen Versorgungslage auszurichten.

47 Die Kammer **folgt nicht der Ansicht des SG Magdeburg** (Urteil vom 18. Januar 2023, S 1 KA 244/21, derzeit **anhängig beim BSG zum Aktenzeichen B 6 KA 3/23 R**), dass für die Bedarfsprüfung nach § 117 Abs. 3a S. 2 Nr. 1 SGB V allein der sich aus § 25 BPIRL ergebende Maßstab entscheidend sein soll. § 25 BPIRL regelt die Feststellung einer Überversorgung nach § 101 Abs. 4 SGB V durch den Landesausschuss für die psychotherapeutische Versorgung. Bei Feststellung einer Überversorgung gelten die Zulassungsbeschränkungen nach § 103 SGB V. Sollte im Rahmen des § 117 Abs. 3a S. 2 Nr. 1 SGB V allein der nach § 25 BPIRL festgestellte Versorgungsgrad entscheidend sein, wäre danach eine Ermächtigung für Ausbildungsambulanzen in gesperrten Planungsbereichen nicht möglich. Hätte der Gesetzgeber dieses Ziel gehabt, hätte er das ausdrücklich so geregelt. Der Wortlaut des § 117 Abs. 3a S. 2 Nr. 1 SGB V entspricht dem jedoch nicht. Nach dem Wortlaut ist die Ermächtigung zu erteilen, soweit sie notwendig ist, „um eine ausreichende Versorgung der Versicherten [...] sicherzustellen“. Dieser Wortlaut verweist auf die Prüfung, die auch § 01 Abs. 1 Nr. 3, § 36 Abs. 1 BPIRL vorsieht: „[...] um die vertragsärztliche Versorgung in einem Versorgungsbereich zu gewährleisten“. Die Annahme, dass ein entsprechender Bedarf insbesondere bei neuen Psychotherapieverfahren anzunehmen ist, entspricht einem qualifikationsgebundenem Sonderbedarf nach § 36 BPIRL.

48 Der Wortlaut ist auch nicht so eng gefasst wie bei der Ermächtigung von Krankenhausärzten nach § 116 SGB V, die nach Satz 2 der Vorschrift zu erteilen ist, „soweit und solange eine ausreichende ärztliche Versorgung der Versicherten ohne die besonderen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von hierfür geeigneten Ärzten der in Satz 1 genannten Einrichtungen nicht sichergestellt wird“. Dass im Rahmen der Bedarfsprüfung nach § 116 SGB V i.V.m. § 31 Abs. 1 SGB V für den quantitativ-allgemeinen Bedarf allein auf die Angaben des Bedarfsplans nach § 99 SGB V abzustellen ist (Geiger in Hauck/Noftz SGB V § 116 SGB V, Rn 29) ergibt sich aus § 31 Abs. 1 S. 1 Ärzte-ZV, der auf eine bestehende oder unmittelbare Unterversorgung nach § 101 Abs. 1 SGB V abstellt. Dieser ist im Rahmen der Prüfung nach § 117 Abs. 3a S. 2 Nr. 1 SGB V jedoch nicht anwendbar (a.A. Rademacker in Hauck/Noftz SGB V § 117 SGB V Rn 25, danach sei hinsichtlich der Voraussetzungen der Ermächtigung auf die Voraussetzungen nach § 116 SGB V, 31 Ärzte-ZV abzustellen).

49 Die Prüfung der Notwendigkeit für die Sicherstellung der Versorgung der Versicherten nach § 117 Abs. 3a S. 2 Nr. 1 SGBV richtet sich demnach nach den von der Rechtsprechung entwickelten Anforderungen für die Prüfung eines lokalen oder qualifikationsgebundenen Sonderbedarfs. (...)

52 Der Beklagte wird die **tatsächliche Versorgung zu prüfen** haben. Soweit die Zulassungsgremien dem Umfang der Leistungserbringung durch die bereits zugelassenen Ärzte oder ihrer Kapazität entscheidende Bedeutung beimessen, muss ihr Beurteilungsergebnis auf ausreichend fundierte Ermittlungen gegründet sein (LSG BB, Urteil vom 18. Mai 2022, L 7 KA 12/20 Rn 62). Es genügt daher nicht, allein auf die Zahl der zugelassenen Psychotherapeuten und Abrechnungsgenehmigungen abzustellen. Es wird zu prüfen sein, ob die Psychotherapeuten für Erwachsene und Kinder- und Jugendliche in den Richtlinienverfahren AP und TP Kapazitäten zur Versorgung haben. Dabei sind **nur die Therapeuten einzubeziehen, die Abrechnungsgenehmigungen in beiden Richtlinienverfahren haben**. Denn die Klägerin hat sowohl schriftlich als auch in der mündlichen Verhandlung schlüssig begründet, dass die **Verklammerung beider Richtlinienverfahren zur Behandlung bestimmter Patienten, insbesondere Hochrisikopatienten, erforderlich ist**. Zwar kommt in der Therapie wie vom Beklagten angenommen nur ein Verfahren zur Anwendung. Jedoch kann ein Therapeut, der beide Verfahren beherrscht, **während der Probatorik entscheiden, welches Verfahren für die Behandlung des jeweiligen Patienten erforderlich ist**. Außerdem ist auch während der Therapie gegebenenfalls eine **Umstellung der Therapie möglich**. Die Klägerin hat weiterhin substantiiert vorgetragen, dass sie aufgrund der verklammerten Ausbildung die Versorgung von **suizidgefährdeten oder selbstverletzend agierenden Hochrisikopatienten** sicherstellen kann und dass diese durch die zugelassenen Vertragspsychotherapeuten nicht ausreichend versorgt werden können. Die Klägerin hat anhand von katamnestischen Studien dargelegt, dass die Hochrisikopatienten ohne ambulante Behandlung wiederholt stationär aufgenommen werden müssen und dass die stationäre Behandlung allein nicht ausreichend ist. Der Beklagte hat insoweit allein die Vermutung geäußert, dass die ambulante Versorgung durch Hochschulambulanzen sichergestellt sein dürfte. (...)

VI. Angelegenheiten der KBV und des GKV-Spitzenverbands

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

1. Kündigung der Teilnahme an hausarztzentrierter Versorgung: Einstweiliger Rechtsschutz

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 16.03.2023 - L 11 KA 13/22 B ER

RID 23-04-25

www.juris.de

SGB V § 71b; SGG § 86b II

Eine **Krankenkasse** ist **nicht passiv legitimiert**, wenn die Kündigungserklärung weder durch sie noch namens und in ihrer Vollmacht erfolgt ist.

Der Ast. ist seit März 1991 als praktischer Arzt zugelassen und nimmt als Hausarzt an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Er ist seit August 2020 zur Teilnahme am Vertrag zur Durchführung einer hausarztzentrierten Versorgung u.a. zwischen der Ag. und dem Hausärzteverband Westfalen-Lippe e.V. (HzV-Vertrag) berechtigt. Er wandte sich im Verfahren auf einstweiligen Rechtsschutz gegen die Kündigung seiner Teilnahme an den Hausarztverträgen der Ag. zum 30.06.2022. Mit Schreiben vom Februar 2022 wurde die Ag. von Seiten der A. Rechenzentrum GmbH auf Unstimmigkeiten bezüglich der Anzahl der in den HzV-Verträgen eingeschriebenen Patienten und deren Abrechnungen sowie hinsichtlich der Vorlage einer Qualifikation zur psychosomatischen Grundversorgung hingewiesen. Der Ast. wurde - erfolglos - aufgefordert, entsprechend angeforderte Nachweise vorzulegen. Im Anschluss kündigte die A. Rechenzentrum GmbH gegenüber Ast. (offenbar) unter Beifügung einer Kündigungsvollmacht mit Schreiben vom April 2022 im Namen und im Auftrag des Hausärzteverbandes Westfalen-Lippe die Teilnahme des Ast. an den verschiedenen HzV-Verträgen mit Wirkung zum 30.06.2022. **SG Dortmund**, Beschl. v. 02.08.2022 - S 52 KA 43/22 ER - lehnte den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

VII. Bundessozialgericht (BSG)

1. Anerkennung von Vertrauensschutz (Heilmittelkostenregress)

BSG, Beschluss v. 19.07.2023 - B 6 KA 36/22 B

RID 23-04-26

www.juris.de

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen **LSG Niedersachsen-Bremen**, Urt. v. 28.09.2022 - L 3 KA 2/18 - wird zurückgewiesen.

In der Senats-Rspr. ist geklärt, dass die Anerkennung von **Vertrauensschutz** es erfordert, dass ein anderer Beteiligter insoweit einen besonderen Vertrauenstatbestand gesetzt hat (vgl. nur BSG, Urt. v. 06.05.2009 - B 6 KA 2/08 R - SozR 4-2500 § 106 Nr. 24 Rn. 17 ff. zu fehlerhaften SSB- und Arzneimittel-Verordnungen). Bei umstrittenen ärztlichen Verordnungen kann ein Vertrauenstatbestand zwar auch von der Krankenkasse gesetzt werden (vgl. BSG, aaO.). Hierfür ist es aber erforderlich, dass zuständige Entscheidungs- bzw. Kostenträger explizit die für von den betroffenen Ärzten praktizierte oder beabsichtigte Ordnungsweise gebilligt und die Ärzte in Kenntnis dieser Auskunft ihre Ordnungsweise fortgesetzt bzw. aufgenommen haben (BSG, aaO., Rn. 17). Als erforderlich wurde eine auf eine verbindliche Festlegung zielende behördliche Äußerung der Entscheidungs- bzw. Kostenträger erachtet (vgl. BSG, aaO. Rn. 19, 21; BSG, Urt. v. 20.03.2013 - B 6 KA 27/12 R - BSGE 113, 123 = SozR 4-2500 § 106 Nr. 40 Rn. 18).

Im Streit standen Heilmittelkostenregresse wegen Verordnungen von Kohlensäurebädern und Phototherapie (Quartale I/04 bis I/05) gegen den Kl., der als Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen war.

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: Apherese-Behandlung

a) Begrenzung auf LDL-Apheresen bei bestimmten Krankheiten

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 29.06.2023 - L 1 KR 447/20

RID 23-04-27

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 2 Ia, 13 III, 27, 135

Apheresen können zwar als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung zu Lasten der Krankenkasse erbracht werden, aber nur LDL-Apheresen bei Patienten mit in den in Anl. 1 Nr. 2 der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung **genannten Krankheiten**.

Im Streit stehen primär Ansprüche auf Erstattung der Kosten für durchgeführte Apherese-Behandlungen sowie auf Übernahme der Kosten für eine künftige derartige Therapie. *SG Berlin*, Urt. v. 26.10.2020 - S 91 KR 597/16 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

b) Apherese zur Behandlung der Folgen einer Intoxikation

LSG Hessen, Urteil v. 19.01.2023 - L 1 KR 315/21

RID 23-04-28

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 27 I, 135 I

Die Kosten von **Apheresebehandlungen** und Nahrungsergänzungsmitteln **zur Behandlung der Folgen einer Intoxikation** sind unter Verweis auf die Vorinstanz nicht zu übernehmen. Danach, geht man von einem psychischen Krankheitsbild aus, stellt die Behandlung mittels therapeutischer Apherese bereits keinen sinnvollen Behandlungsansatz dar. Die Krankenbehandlung mittels therapeutischer Apherese wäre dann nicht notwendig, um diese Krankheit zu erkennen, zu heilen oder ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Psychische bzw. psychiatrische Krankheitsbilder seien grundsätzlich mit den Mitteln der Psychotherapie bzw. Psychiatrie zu behandeln. Gehe man von einem Krankheitsbild basierend auf einer TCP-Intoxikation aus, ergebe sich aus § 27 Abs. 1 SGB V ebenso wenig ein Anspruch. Denn bei der therapeutischen Apherese handele es sich um eine neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode, für die keine positive Bewertung des GBA vorliege. Dieser habe in Anlage I zur Richtlinie Methoden vertragsärztlicher Versorgung eine positive Empfehlung für LDL-Apheresen bei Hypercholesterinämie sowie für Immunapheresen bei aktiver rheumatoider Arthritis bei Vorliegen der dort genannten Indikationen bzw. weiteren Voraussetzungen ausgesprochen. Um eine der zuvor genannten Apheresen mit den dazugehörigen Indikationen handele es sich vorliegend nicht.

SG Gießen, Urt. v. 31.03.2021 - S 11 KR 506/17 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück. *BSG*, Beschl. v. 04.09.2023 - B 1 KR 15/23 B - juris verwarf die Nichtzulassungsbeschwerde der Kl. als unzulässig

2. Kein Anspruch auf Kryokonservierung der Eizellen vor Inkrafttreten der Kryo-RL

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 02.08.2022 - L 11 KR 3078/20

RID 23-04-29

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 21/23 R
www.juris.de
SGB V §§ 2, 19 I, 27a IV

Gem. § 19 Abs. 1 SGB V erlischt ein Anspruch auf Leistungen mit dem **Ende der Mitgliedschaft**, soweit in diesem Gesetzbuch nichts Abweichendes bestimmt ist. Das führt generell dazu, dass die Leistungspflicht der Krankenkasse für eine konkrete Behandlungsmaßnahme nicht von der Mitgliedschaft im Zeitpunkt des Versicherungsfalles, sondern von der im Zeitpunkt der tatsächlichen Leistungserbringung abhängt.

Auf Leistungen zur **Kryokonservierung** der Eizellen **vor Inkrafttreten der Kryo-RL** am 20.02.2021 besteht kein Sachleistungsanspruch.

Die Beteiligten streiten um die Frage, ob die bekl. Krankenkasse die mit der <noindex> Kryokonservierung der Eizellen der Klägerin zusammenhängenden und bereits angefallenen Kosten i.H.v. insgesamt 3.701,04 € zu erstatten und die Kosten für die noch laufende Lagerung zu übernehmen hat. **SG Heilbronn**, Gerichtsbb. v. 24.08.2020 - S 9 KR 3335/19 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

3. Mann-zu-Frau-Transsexualität: Erforderlichkeit einer stimmerhöhenden Operation

SG Augsburg, Beschluss v. 16.03.2023 - S 12 KR 462/21

RID 23-04-30

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 27 I 1, 39 I, 116b I 2 Nr. 2 Buchst. i

Leitsatz: Bei **Mann-zu-Frau-Transsexualität** kann im Einzelfall eine **stimmerhöhende Operation** medizinisch erforderlich sein, um eine deutliche Annäherung an das Erscheinungsbild des weiblichen Geschlechts zu erreichen.

Das **SG** verurteilte die Bekl., die Kosten für eine stimmerhöhende Operation in einer Vertragsklinik zu übernehmen.

II. Stationäre Behandlung

Nach BSG, Urt. v. 19.10.2023 - B 1 KR 16/22 R - ist die **Mastektomie zur Behandlung eines durch eine Geschlechtsinkongruenz** verursachten Leidensdrucks Bestandteil einer **neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethode i.S.d. § 135 Abs. 1 S. 1 SGB V**. Es fehlt an einer Anerkennung des therapeutischen Nutzens der neuen Methode durch den **GBA**. Die **bisherige Senatsrspr. zu sog. Transsexuellen** beruhte auf der Angleichung an klar abgrenzbare weibliche und männliche (binäre) Erscheinungsbilder, bei denen das Behandlungsziel anhand eines im Transsexuellengesetz normativ vorgegebenen, objektiven Maßstabs bewertet werden konnte. Der in der aktuellen S3-Leitlinie wiedergegebene medizinische Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse umfasst demgegenüber ausdrücklich auch non-binäre Geschlechtsinkongruenzen. Auch das BVerfG hat geschlechtliche Identitäten, die weder dem weiblichen, noch dem männlichen Geschlecht zugeordnet sind, anerkannt. Das **Behandlungsziel kann hier nicht anhand eines objektiven Maßstabs bestimmt werden**. Die Feststellung der Diskrepanz zwischen der Geschlechtsidentität und dem körperlichen Erscheinungsbild erfolgt nach der Leitlinie zunächst durch die Trans-Personen selbst, die dann gemeinsam mit den Behandelnden die Entscheidungen über Notwendigkeit und Reihenfolge der Behandlungsschritte treffen (partizipative Entscheidungsfindung). Hiervon sind neben der Diagnosestellung auch die einzelnen Bestandteile der Behandlung erfasst, wie etwa Hormonbehandlung, Epilation, Hilfsmittelversorgung oder Operationen, wie hier die Mastektomie. Dieser therapeutische Prozess weicht methodisch von anderen Behandlungsverfahren ab. Es ist Aufgabe des GBA, zum Schutz der betroffenen Personen vor irreversiblen Fehlentscheidungen die sachgerechte Anwendung der neuen Methode sowie ihre Wirksamkeit und Qualität zu beurteilen. Der Anwendbarkeit des § 135 Abs. 1 SGB V steht nicht entgegen, dass vorliegend um die Kostenerstattung für einen stationären Eingriff gestritten wird. Die hier durchzuführende vertragsärztliche Diagnostik und ihre über den ambulanten Bereich hinausweisende Behandlungsplanung sind untrennbar mit den angedachten stationären Behandlungsmaßnahmen verbunden. Soweit Behandlungen von bisher als transsexuell bezeichneten Personen bereits begonnen haben, liegt es nahe, dass die Krankenkassen die Kosten bis zum Vorliegen einer Empfehlung des GBA aus Gründen des **Vertrauensschutzes** wie bisher weiterhin zu übernehmen haben.

1. Chirurgische Korrektur einer Kielbrust

LSG Bayern, Urteil v. 09.08.2023 - L 4 KR 319/22

RID 23-04-31

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 2, 12, 27, 39 I

Leitsatz: 1. Zum Anspruch auf Erstattung der Kosten für die **chirurgische Korrektur einer Kielbrust** bei chronischer **Schmerzsymptomatik** im Bereich des Brustkorbs.

2. Zur einheitlichen Maßnahme einer Kielbrust-Korrektur nach der **reversed-NUSS-Methode** und eines weiteren späteren Eingriffs zur Entfernung des Metallbügels.

SG Landshut, Urt. v. 17.06.2022 - S 16 KR 83/21 - wies die Klage ab, das **LSG** verurteilte die Bekl., dem Kl. die angefallenen Kosten für die Operation der Kielbrust in Höhe von 7.960,21 € zu erstatten und die Kosten für die anstehende Operation zur Entfernung des Bügels zu übernehmen.

2. Vergrößerte männliche Brust

SG Darmstadt, Gerichtsbescheid v. 21.07.2023 - S 13 KR 211/21

RID 23-04-32

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 27; SGG §§ 65a, 66, 67, 87, 90

- Leitsatz:** 1. Eine mittels **EGVP-Nachricht** erhobene **Klage** ist unzulässig.
2. Für eine vollständige **Rechtsmittelbelehrung** im Widerspruchsbescheid genügt der vollständige Hinweis auf die zulässigen Übermittlungswege und der Verweis auf frei verfügbare Internetangebote im Übrigen.
3. Eine Rechtsmittelbelehrung, der der Hinweis auf die Möglichkeit, die Klage mittels **De-Mail** zu erheben, fehlt, ist unzulässig.
4. **Klageerhebung** ist das unbedingt erklärte, ernsthafte Begehren, gerichtlichen Rechtsschutz zu erlangen.
5. Das Gericht ist nicht gehindert zum Zwecke der **Auslegung** eines späteren, formwirksamen **Klageschriftsatzes** auch weitere Umstände - hier insbesondere eine frühere nicht formgerechte Klageerhebung - heranzuziehen.
6. Eine **vergrößerte männliche Brust** wirkt grundsätzlich **nicht entstehend**.
Das **SG** wies die Klage ab.

3. Postbariatrische Hautstraffung der Oberschenkel

SG Potsdam, Urteil v. 10.10.2023 - S 7 KR 349/21

RID 23-04-33

www.juris.de
SGB V § 27 I 1

Es besteht ein Anspruch auf Übernahme der Kosten für eine **postbariatrische Hautstraffung** der Oberschenkel, wenn eine **Funktionsbeeinträchtigung** durch die erschlaffte Haut nachgewiesen ist, die darin liegt, dass die Haut bei Bewegungen wie Gehen, Sport oder ähnlichem aneinander reibt, und dies zu Schmerzen bei den Bewegungen und zu Hautreizungen führt.

Eine **Hauterschlaffung** als solche hat keinen behandlungsbedürftigen Krankheitswert.

Das **SG** verurteilte die Bekl., der Kl. eine postbariatrische Operation der Oberschenkel als Sachleistung zu gewähren, und wies im Übrigen (bzgl. der Körperregionen der Brüste, der Oberarme und des Thorax/Flanken) die Klage ab.

4. Beseitigung der Hautüberschüsse im Bereich des Bauches und der Oberschenkel

SG Regensburg, Urteil v. 03.05.2023 - S 14 KR 167/22

RID 23-04-34

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 11 I Nr. 4, 27, 39, 108

Kommt es nach exzessivem **Gewichtsverlust** zu einem massiven **Hautüberschuss** insb. am Abdomen und den Oberschenkelregion mit einer chronischen **Hautproblematik** bei den Kontaktzonen Haut-zu-Haut, die trotz Pflege und dermatologischer Behandlung zu Dauereckzemen führt, kann eine medizinische Notwendigkeit der Rekonstruktion der Körperform in diesen Bereichen indiziert sein.

Das **SG** verurteilte die Bekl., der Kl. zwei postbariatrische Wiederherstellungsoperationen an Bauch und Oberschenkeln als Sachleistung zu gewähren.

III. Kostenerstattung

Nach BSG, Urt. v. 24.01.2023 - **B I 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. Einhaltung des Beschaffungswegs (Minimalinvasive perkutane Nierensteinentfernung)

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 25.04.2023 - L 11 KR 3741/21

RID 23-04-35

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 13 III

Wird der **Beschaffungsweg** nicht eingehalten, ist eine Kostenbelastung nicht auf eine vorherige Leistungsablehnung durch die Krankenkasse zurückzuführen. Eine **perkutane Nephrostomie** bedingt nicht per se eine Unaufschiebbarkeit im Sinne einer zeitnahen Behandlung.

Zwischen den Beteiligten ist die Erstattung der Kosten anlässlich einer stationären Krankenhausbehandlung in der Privatklinik ab dem 07.04.2020 i.H.v. 6.461,81 € streitig. **SG Karlsruhe**, Urt. v. 18.10.2021 - S 14 KR 2286/20 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

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 Schmerzzerkrankung 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 solchen 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 erkennt 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 Ausnahmentscheidungen. 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. BVerfG: Off-Label-Therapie/Keine Maßgeblichkeit der Einschätzung des behandelnden Arztes

BVerfG, 1. Sen. 3. Ka., Beschluss v. 25.09.2023 - 1 BvR 1790/23

RID 23-04-36

www.bundesverfassungsgericht.de = www.juris.de
SGB V §§ 2, 135; GG Art. 2

Die Verfassungsbeschwerde gegen *LSG Niedersachsen-Bremen*, Beschl. v. 16.08.2023 - L 16 KR 333/23 B ER RG - und *LSG Niedersachsen-Bremen*, Beschl. v. 12.07.2023 - L 16 KR 274/23 B ER - wird nicht zur Entscheidung angenommen.

1. Aus Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG folgt regelmäßig kein verfassungsrechtlicher Anspruch gegen die Krankenkassen auf Bereitstellung bestimmter und insb. spezieller Gesundheitsleistungen. In besonders gelagerten Fällen können die Gerichte zu einer **grundrechtsorientierten Auslegung** der maßgeblichen Vorschriften des Krankenversicherungsrechts verpflichtet sein. Dies gilt insb. in Fällen der Behandlung einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlichen Erkrankung. Dabei muss allerdings die vom Versicherten gewählte andere Behandlungsmethode eine auf Indizien gestützte, nicht ganz fernliegende Aussicht auf Heilung oder wenigstens auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf versprechen. Rein experimentelle Behandlungsmethoden, die nicht durch hinreichende Indizien gestützt sind, unterfallen hingegen nicht der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung.

2. Der Bf. hat weder substantiiert dargelegt, dass das LSG diese verfassungsrechtlichen Anforderungen missachtet hätte, noch hat er hinreichend dargetan, dass die konkrete Subsumtion unter diese Anforderungen verfassungsrechtlich zu beanstanden wäre.

a) Der Bf. stellt darauf ab, das LSG habe die Anforderungen an die Annahme nicht ganz fernliegender Aussicht auf Heilung oder wenigstens auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf überspannt, indem es annehme, die Einschätzung des behandelnden Arztes sei hierfür nicht ausreichend. Dabei beachtet der Bf. indes nicht, dass das BVerfG **nicht die Einschätzung des behandelnden Arztes** als generell ausreichend angesehen hat, sondern eine durch die Fachgerichte anzustellende **Prüfung im Einzelfall** für erforderlich hält, ob **ernsthafte Hinweise auf eine maßgebliche Wirksamkeit** vorliegen. Hierbei hat das BVerfG verschiedene Anhaltspunkte aufgezählt, aus denen sich solche Hinweise ergeben können. Dass einzelnen Aspekten hierbei Bedeutung zukommt, bedeutet nicht, dass ihr Vorliegen für sich genommen zur Annahme der Tatbestandsvoraussetzung ausreichend ist.

Es ist verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden, dass das LSG für die Annahme der nicht ganz fernliegenden Aussicht auf eine maßgebliche Wirksamkeit ein **Mindestmaß an wissenschaftlicher Datenlage zu den Erfolgsaussichten des Therapieansatzes** fordert. Dieses Kriterium erscheint grundsätzlich geeignet, die verfassungsrechtlich gebotene Abgrenzung zwischen hinreichenden Indizien für eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auch nur auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf einerseits und rein experimentellen Behandlungen andererseits vorzunehmen. Dies schließt die Behandlung von Erkrankungen, für die aufgrund ihrer Seltenheit keine Studiendaten vorliegen, nicht von vornherein von einem Leistungsanspruch aus. Denn ein Mindestmaß an wissenschaftlicher Datenlage kann sich **auch aus anderen Erkenntnisquellen als Studien** ergeben.

b) Die Feststellung des LSG, es fehle an einer nicht ganz entfernt liegenden Aussicht auf eine spürbar positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf, ist verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden.

Der Bf. hat nicht hinreichend dargetan, dass die Feststellung und Würdigung des Sachverhalts, die grundsätzlich Sache der Fachgerichte ist, schlechterdings unvertretbar wäre oder auch nur deutliche Fehler enthalten würde. Im Wesentlichen setzt er der Würdigung des LSG die eigene Würdigung entgegen. Solche Fehler sind auch sonst nicht ersichtlich.

Im vorliegenden Fall wurden nach der Anwendung von Miglustat Entwicklungsfortschritte beobachtet und zudem lag eine privatärztliche Empfehlung eines Experten vor. Zudem liegt eine Datenlage vor, die der Annahme einer Wirksamkeit nicht entgegensteht.

Dennoch ist die Annahme des LSG, die tatsächlichen Grundlagen reichten für die Annahme einer nicht ganz fernliegenden Aussicht auf eine maßgebliche Wirksamkeit nicht aus, nicht unvertretbar. So ist es vorliegend nicht zu beanstanden, dass das LSG die Verweise auf Veröffentlichungen oder den nicht näher dargelegten Einsatz des Arzneimittels bei anderen Patienten angesichts der detaillierten Darstellung der Datenlage durch den Medizinischen Dienst als nicht ausreichend erachtet hat. Ebf. ist

verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden, dass das LSG die Schilderung einer gesundheitlichen Stabilisierung seit Beginn der Therapie im Mai 2023 nicht als ausreichend angesehen hat. Etwas anderes drängte sich auch deshalb nicht auf, weil die diesbezüglichen Berichte sich nicht mit dem Umstand auseinandersetzen, dass schon im Oktober 2022 unter der Therapie mit Tanganil das Ausbleiben von Entwicklungsrückschritten sowie motorische Fortschritte berichtet worden waren. Insofern wäre in Abgrenzung zu dieser Therapie zu differenzieren gewesen, aufgrund welcher Anhaltspunkte die beobachtete Stabilisierung des Krankheitsverlaufs gerade auf die Therapie mit Miglustat zurückzuführen sei.

Bei dem 2020 geborenen Bf. wurde 2022 die Krankheit GM2-Gangliosidose/Morbus Tay-Sachs (infantiler bis spät-infantiler Phänotyp) diagnostiziert. Hierbei handelt es sich um eine seltene angeborene Stoffwechselerkrankung, die durch eine progrediente Neurodegeneration mit zunehmendem Verlust erworbener kognitiver und motorischer Fähigkeiten, schwersten Behinderungen und dramatisch verkürzter Lebenserwartung gekennzeichnet ist. Eine anerkannte kausale Therapie steht nicht zur Verfügung. Seit dem Frühjahr 2022 erhält der Beschwerdeführer eine Off-Label-Therapie mit dem Arzneimittel N-Acetyl-L-Leucin (Tanganil®). Im November 2022 beantragte der Bf. bei seiner Krankenkasse die Kostenübernahme für eine Therapie mit dem Arzneistoff Miglustat. In der beigefügten Stellungnahme der behandelnden Kinderärztin hieß es unter anderem, Miglustat führe bei der Behandlung anderer neurodegenerativer Erkrankungen zu einer Stabilisierung des Krankheitszustands. Dies erhoffe man sich ebenfalls bei Patienten mit GM2-Gangliosidose. Die Krankenkasse lehnte den Antrag nach Einholung eines Gutachtens des Medizinischen Dienstes ab. Im anschließenden Widerspruchsverfahren legte der Bf. Stellungnahmen des Spezialisten Dr. (...) vor. Dieser verwies unter anderem auf Grundlagenforschung mit Versuchen an Mäusen, die gezeigt habe, dass Miglustat die GM2-Akkumulation senke. Bei genauer Betrachtung vorliegender Publikationen finde man zudem Indizien, dass Miglustat einen positiven Effekt haben könne. Wissenschaftliche Studien der Phasen II und III lägen aufgrund der Seltenheit von GM2-Gangliosidosen nicht vor. Die Krankenkasse wies den Widerspruch nach Einholung weiterer Gutachten des Medizinischen Dienstes zurück, da sich keine Daten höherer Evidenz zeigten, die einen positiven klinisch relevanten Effekt von Miglustat auf den Erkrankungsverlauf der infantilen Tay-Sachs-Erkrankung nahelegen würden. Insb. sei zu berücksichtigen, dass beim Bf. im Oktober 2022 langsame motorische Fortschritte und keine Entwicklungsrückschritte berichtet worden seien und dies auf die Tanganil-Medikation zurückgeführt worden sei. Im Wege des einstweiligen Rechtsschutzes hatte der Bf. die vorläufige Versorgung mit Miglustat erwirkt. Den stattgebenden Beschluss des **SG**, auf dessen Grundlage im Mai 2023 die Therapie mit Miglustat eingeleitet wurde, hob das **LSG** auf und lehnte den Eilantrag des Beschwerdeführers ab. Jedenfalls seien die Voraussetzungen einer grundrechtsorientierten Auslegung der sozialrechtlichen Leistungsvorschriften nicht hinreichend glaubhaft gemacht. Auch bei sehr schweren Erkrankungen benötigten Behandlungsversuche ein Mindestmaß an wissenschaftlicher Datengrundlage, die über den Tierversuch hinausgingen. Der Medizinische Dienst habe nachvollziehbar und detailliert ausgeführt, dass überhaupt keine Studien vorlägen, die einen positiven klinisch relevanten Effekt von Miglustat auf den Erkrankungsverlauf der infantilen Tay-Sachs-Erkrankung nahelegen könnten.

Vgl. Pressemitteilung Nr. 85/2023 des BVerfG v. 04.10.2023

2. Festbetrag: Arzneimittel Atacand® Plus (Wirkstoffe Candesartan, Hydrochlorothiazid)

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 22.02.2022 - L 11 KR 3580/20

RID 23-04-37

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 12 I, 13 III, 35

Das objektivierbar gesicherte **Hinzutreten einer neuen Krankheit** oder die **Verschlimmerung einer bestehenden Krankheit** nach Verabreichung eines **Festbetragsarzneimittels** in einem Behandlungsbedürftigkeit begründenden Ausmaß muss i.S. des **Vollbeweises** nach den Regeln der ärztlichen Kunst gesichert sein. Allein das subjektive Empfinden einer Versicherten vermag die Regelwidrigkeit und die daraus abgeleitete (zusätzliche) Behandlungsbedürftigkeit ihres Zustandes nicht zu bestimmen. Maßgeblich sind objektive Kriterien, nämlich der allgemein anerkannte Stand der medizinischen Erkenntnisse und die danach zur Verfügung stehenden Methoden, um Beschwerden zu objektivieren.

SG Ulm, Gerichtsbb. v. 28.10.2020 - S 2 KR 3949/18 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung 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. Zweitversorgung mit einem Therapiestuhl im Kindergarten

SG Detmold, Urteil v. 05.09.2023 - S 16 KR 78/23

RID 23-04-38

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 27 I 2 Nr. 3, 33 I; SGB IX §§ 14, 16

Bei einer **Zweitversorgung** mit einem **Therapiestuhl** im Kindergarten handelt es sich nicht um eine Leistung zur Teilhabe an Bildung, sondern um eine krankenversicherungsrechtliche Versorgung des Grundbedürfnisses der **Sicherung der Schulfähigkeit**. In einer Kindertageseinrichtung steht die Betreuung eines Kindes nicht mehr im Vordergrund, sondern Bildung und Erziehung der Kinder sind vorrangig, wobei beide Ziele zwangsläufig mit der Betreuung verbunden sind und diese voraussetzen. Ein Therapiestuhl dient auch der **Integration** in den Kreis der gleichaltrigen Kinder durch den Besuch des Kindergartens. Nur mit dem Therapiestuhl wird das Kind in die Lage versetzt, an den gemeinsamen Mahlzeiten teilzunehmen und Altersgenossen im Spiel zu folgen.

Nach der BSG-Rspr. kommt eine Zweitversorgung auf Kosten der GKV **bei vorhandener Erstversorgung** dann in Betracht, wenn das zur Verfügung gestellte Hilfsmittel aufgrund seiner fehlenden oder nur unter unzumutbaren Bedingungen herzustellenden Transportfähigkeit nur im häuslichen Bereich und nicht auch - nach täglich erfolgtem Transport - anderswo verwendet werden kann, wobei die Eignung eines kompletten Therapiestuhls zum regelmäßigen Transport insb. von seiner Größe und seinem Gewicht, der einfach zu handhabenden Montage und Demontage sowie von den Sicherungsmöglichkeiten während des Transports abhängt (BSG, Urt. v. 03.11.2011 - B 3 KR 8/11 R - BSGE 109, 199 = SozR 4-2500 § 33 Nr. 37).

Das **SG** verurteilte die bekl. Krankenkasse, an den kl. Rehabilitationsträger 4.110,03 € für die von ihm als zweitangegangenen Rehabilitationsträger übernommene Versorgung von B L mit dem Therapiestuhl Madita-Fun Größe 1b für die Nutzung im Kindergarten sowie die Verwaltungskostenpauschale in Höhe von 5% der Leistungsaufwendungen zu erstatten.

2. Therapiedreirad mit Elektrounterstützung

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 23.08.2022 - L 4 KR 170/20

RID 23-04-39

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 3 KR 7/23 R

www.juris.de

SGB V § 33 I

Ein **Therapiedreirad** mit Elektrounterstützung dient **keiner kurativen Krankenbehandlung** und damit nicht i.S.d. § 33 Abs. 1 S. 1 Var. 1 SGB V der Sicherung des Erfolgs der Krankenbehandlung. Es wird nicht spezifisch eingesetzt zur positiven kurativ-therapeutischen Einwirkung auf eine Krankheit, d.h. auf den regelwidrigen Körper- oder Geisteszustand als solchen, im Rahmen ärztlich verordneter Krankenbehandlung bzw. als Teil eines verordneten Therapiekonzepts. Jedenfalls die Unterstützung mit einem Elektromotor spricht gegen einen kurativen Behandlungszweck.

Die Versorgung mit dem Therapierad HP Velotechnik Scorpion plus 20 Zoll ist als **Optimalversorgung** anzusehen, die das Maß des Notwendigen deutlich überschreitet. Maßgebend sind dafür die Produktinformation und die im Kostenvoranschlag aufgeführten Ausstattungsmerkmale des selbst angeschafften Therapierades.

SG Hannover, Urt. v. 10.03.2020 - S 67 KR 1507/19 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

3. Therapeutische Zwecke: Neuromodulationsanzug zur Aktivierung der Muskulatur bei Multipler Sklerose

SG Augsburg, Urteil v. 18.09.2023 - S 10 KR 160/23

RID 23-04-40

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 33 I, 139 IV, 135 I

Leitsatz: Ein **Neuromodulationsanzug** ist in der Regel als Hilfsmittel, das vorrangig **therapeutischen Zwecken** dient, zu werten und daher zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erst nach Durchführung des Prüfverfahrens und positiver Bewertung zu gewähren, § 139 Abs. 4 i.V.m. § 135 Abs. 1 SGB V.

Das **SG** wies die Klage ab.

4. Hörgerät: Unterschied von 5%-Punkten bei Störschall unwesentlich

LSG Niedersachsen-Bremen, Beschluss v. 18.01.2023 - L 4 KR 219/22

RID 23-04-41

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 3 KR 13/23 R
www.juris.de
SGB V § 33 I

Selbst ein **Unterschied von 5%-Punkten bei Störschall** wird nicht als wesentlich eingestuft, denn im Freiburger Sprachtest hat ein Wort bei der Austestung eine Wertigkeit von 5%. Ein Unterschied von 5% bzw. einem Wort kann jedoch auch von Zufälligkeiten und der jeweiligen Tagesform abhängen (vgl. LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 30.11.2021 - L 11 R 3540/20 - juris, RID 22-03-61; LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 02.02.2021 - L 11 KR 2192/19 - juris Rn. 29, RID 21-02-88). Der **Freiburger Sprachtest** ist ein geeignetes Mittel, um die Güte eines Hörsystems bewerten zu können.

SG Bremen, Urt. v. 14.04.2022 - S 62 KR 403/18 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

5. Haarersatz bei vorübergehendem Haarverlust durch Chemotherapie

LSG Schleswig-Holstein, Urteil v. 25.07.2023 - L 10 KR 44/21

RID 23-04-42

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

Leitsatz: 1. Die **Auftragsvergabe** an einen **Leistungserbringer für Hilfsmittel** ist ein **Verwaltungsakt**, der bei Bekanntgabe über den Leistungserbringer durch den **Versicherten angefochten** werden kann, wenn die Krankenkasse den Versicherten nicht gesondert bescheidet.
2. Es gibt keinen allgemein anerkannten Stand medizinischer Erkenntnisse, dass bei vorübergehendem Haarverlust durch Chemotherapie nur **Haarersatz aus Echthaar** zu verwenden ist.
3. Ein Versorgungsvertrag i.S.d. § 127 SGB V darf vorsehen, dass bei vorübergehendem **Haarverlust durch Chemotherapie** kein regelhafter Anspruch auf Haarersatz aus Echthaar besteht, sondern ein solcher nur mit ärztlicher Begründung geltend gemacht werden kann.

SG Lübeck, Gerichtsbb. v. 14.12.2020 - S 8 KR 474/18 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

6. Ende des Ruhens des Anspruchs auf Krankenversicherungsleistungen

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 19.04.2023 - L 5 KR 3490/22

RID 23-04-43

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 33 I

Das **Ruhen des Anspruchs auf Krankenversicherungsleistungen endet** nach § 16 Abs. 3a S. 5 SGB V nur, wenn Versicherte **hilfebedürftig** im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches Sozialgesetzbuch sind oder werden.

SG Freiburg, Gerichtsbb. v. 11.11.2022 - S 1 KR 1956/22 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

VI. Häusliche Krankenpflege/Zuzahlungen

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

1. Häusliche Krankenpflege

a) Persönliches Budget für Behandlungspflege: Nachweis zum Bedarf und zur Qualitätssicherung

SG München, Beschluss v. 23.12.2022 - S 29 KR 1606/22 ER

RID 23-04-44

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 37 II 1; SGB IX §§ 19, 29

Leitsatz: Im Rahmen der im einstweiligen Rechtsschutz anzuwendenden kursorischen Prüfung bestehen erhebliche Zweifel dagegen, dass die **konkrete Benennung der zu beschäftigenden Pflegekräfte** oder die **Vorlage von Arbeitsverträgen** sowie von **Qualifikationsnachweisen** als Voraussetzung für die Bewilligung eines persönlichen Budgets verlangt werden kann.

Gegenstand des Antragsverfahrens ist ein Anspruch auf 24-Stunden-Pflege zur Sicherstellung der Beatmung in Form eines persönlichen Budgets. Das **SG** verpflichtete die Ag. im Wege der einstweiligen Anordnung vorläufig, dem Ast. im Zeitraum vom 01.01.2023 bis zum 30.06.2023 ein persönliches Budget in Höhe von 17.045,86 € monatlich für Behandlungspflege zur Verfügung zu stellen.

b) Kein Fortsetzungsfeststellungsinteresse nach Tod des Versicherten

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 16.02.2022 - L 10 KR 28/21

RID 23-04-45

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 37; SGG § 131 I 3

Für die **Versagung häuslicher Krankenpflege** für den verstorbenen Vater des Kl. besteht kein **Fortsetzungsfeststellungsinteresse**, insbes. besteht wegen des **Todes** keine **Wiederholungsgefahr**. Die **Unzufriedenheit** eines Antragstellers mit einer für ihn negativen Entscheidung der Behörde ist einer ablehnenden Entscheidung jedoch immanent und kann allein nicht zu der Annahme des hier erforderlichen berechtigten Interesses an der nachträglichen Feststellung führen.

SG Münster, Urt. v. 28.10.2020 - S 9 KR 712/18 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück. **BSG**, Beschl. v. 05.12.2022 - B 3 KR 20/22 B - juris verwarf die Nichtzulassungsbeschwerde als unzulässig.

2. BVerfG: Überhöhte Belastungsgrenze für Zuzahlungen zu Krankenkassenleistungen

BVerfG, 1. Sen. 3. Ka., Beschluss v. 22.09.2023 - 1 BvR 422/23

RID 23-04-46

www.juris.de

SGB V § 62 II 5

SG Osnabrück, Gerichtsbb. v. 22.06.2022 - S 46 KR 59/22 - verletzt die Bf. in ihrem Recht aus Art. 3 Abs. 1 GG. Der Gerichtsbescheid wird aufgehoben. Damit wird LSG Niedersachsen-Bremen, Beschl. v. 31.01.2023 - L 16 KR 333/22 NZB - gegenstandslos. Die Sache wird an das SG Osnabrück zurückverwiesen.

Die Annahme des Sozialgerichts, eine **Kostenübernahme für die Unterbringung in einem Heim** im Sinne des § 62 Abs. 2 S. 5 Nr. 2 SGB V setze die Kostenübernahme für Unterkunft und Verpflegung voraus, die nach dem 3. Kapitel des SGB XII erfolge (§§ 27 ff. SGB XII), entbehrt jeder nachvollziehbaren Grundlage. Eine Begründung dieser Annahme enthält die Entscheidung nicht. Es fehlt sowohl an einer Definition des Begriffs „Kosten der Unterbringung in einem Heim“ anhand der juristischen Auslegungsmethoden als auch an einer anschließenden Subsumtion.

Die Vorgaben von § 62 Abs. 2 S. 5 Nr. 2 SGB V ergeben sich unmittelbar aus Wortlaut und Systematik der Regelung. Nach dem Wortlaut der Regelung ist Tatbestandsvoraussetzung die Kostentragung der Unterbringung des Versicherten in einem Heim oder einer anderen Einrichtung durch den Sozialhilfeträger. Der Wortlaut der Vorschrift bietet keine Anhaltspunkte dafür, dass zur Erfüllung der Tatbestandsvoraussetzungen darüber hinaus erforderlich ist, dass der Sozialhilfeträger **Leistungen für Unterkunft und Verpflegung** nach dem 3. Kapitel des SGB XII gewährt.

Die Regelung des § 62 Abs. 2 S. 5 Nr. 2 SGB V nur dann anzuwenden, wenn die im Heim untergebrachten Versicherten auch **Hilfe zum Lebensunterhalt** nach dem 3. Kapitel des SGB XII bezögen, hätte zur Folge, dass der Regelung keine eigenständige Bedeutung zukommen würde. Denn ein Versicherter, der Hilfen zum Lebensunterhalt nach §§ 27 ff. SGB XII erhält, wird bereits von § 62 Abs. 2 S. 5 Nr. 1 SGB V erfasst. Nach der Gesetzessystematik stellt sich § 62 Abs. 2 S. 5 Nr. 2 SGB V vielmehr als Sonderregelung für Versicherte dar, die nicht von Nr. 1 der Regelung erfasst werden, weil sie keine Leistungen nach dem 3. und 4. Kapitel des SGB XII beziehen, gleichwohl jedoch wegen der Heimunterbringung bedürftig sind und deshalb Anspruch auf Leistungen des Sozialhilfeträgers wie Hilfe zur Pflege haben.

Die vom Sozialgericht vorgenommene - nicht weiter begründete - Einengung der Tatbestandsvoraussetzungen widerspricht auch offensichtlich der **gesetzgeberischen Konzeption**, neben der Personengruppe der Bezieher von Hilfe zum Lebensunterhalt oder Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem SGB XII einen eigenständigen Ausnahmetatbestand für die gleichfalls einkommensschwache Personengruppe der Bewohner insbesondere von Alten- und Pflegeheimen zu schaffen.

Vgl. <https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/2023/bvg23-095.html>

VII. Beziehungen zu Krankenhäusern

Nach BSG, Urt. v. 19.10.2023 - **B I KR 8/23 R** - knüpft das Tatbestandsmerkmal „**ab dem Jahr 2022**“ in § 275c Abs. 3 S. 1 SGB V für die **Festsetzung einer Aufschlagszahlung** nicht an das Datum der leistungsrechtlichen Entscheidung der Krankenkasse an, sondern an den **Zeitpunkt der Einleitung der Rechnungsprüfung**, der sich nach außen durch die Beauftragung des Medizinischen Dienstes manifestiert.

Nach BSG, Urt. v. 29.08.2023 - **B I 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 scheidet 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 I 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 I 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 zeitnaher 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 I 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 I KR 10/22 R** - steht einer Kürzung der Vergütung unter Zugrundelegung der aus dem Wirtschaftlichkeitsgebot entwickelten Grundsätze des fiktiven wirtschaftlichen Alternativverhaltens (**Fallzusammenführung**) seit dem 01.01.2019 § 8 Abs. 5 S. 3 KHEntgG entgegen. Die Konkretisierung des Wirtschaftlichkeitsgebots im Zusammenhang mit Entlassungen und Wiederaufnahmen in dasselbe Krankenhaus ist seither abschließend den **Vertragsparteien der Fallpauschalenvereinbarung** zugewiesen. Diesen steht ein weiter Gestaltungsspielraum zu, bei dem sie die Grundsätze des Wirtschaftlichkeitsgebots beachten müssen (§ 17b Abs. 2 S. 2 KHG). Sie dürfen dabei auch aus Gründen der Vereinfachung und Praktikabilität Verallgemeinerungen in Form von Generalisierungen, Pauschalierungen oder Standardisierungen vornehmen. Die **gerichtliche Prüfung** beschränkt sich darauf, ob die Zuständigkeits- und Verfahrensbestimmungen sowie die gesetzlichen Vorgaben nachvollziehbar und widerspruchsfrei Beachtung gefunden haben, um den Gestaltungsspielraum auszufüllen. Im vorliegenden Fall haben die Parteien der Fallpauschalenvereinbarung 2019 Ausnahmen vorgesehen, die hier einer Fallzusammenführung entgegenstehen. Unter Berücksichtigung des weiten Gestaltungsspielraums der Vertragsparteien begegnet dies keinen durchgreifenden rechtlichen Bedenken. Eine Ausnahme vom Grundsatz, dass die Wirtschaftlichkeit einer Entlassung und Wiederaufnahme im Einzelfall nicht zu überprüfen ist, gilt für **Missbrauchsfälle**. Ein solcher liegt vor, wenn für die Entlassung im konkreten Einzelfall überhaupt kein nachvollziehbarer sachlicher Grund ersichtlich ist und diese offensichtlich allein dazu dient, eine weitere Fallpauschale zu generieren. Ein solcher Missbrauchsfall lag nach den vom LSG getroffenen Feststellungen hier nicht vor. 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 Krankenhausträgers 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 4/22 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 Vergütungsabschlüsse 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 1 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 1 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 Senatsrpr. 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 1 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 trichterlich 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) Ambulant mögliche Diagnostik und Behandlung

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 19.04.2023 - L 5 KR 3335/22

RID 23-04-47

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 39 I 2, 109 IV 3

Eine **vollstationäre Behandlung** ist medizinisch **nicht erforderlich**, wenn von Beginn an eine ambulante Behandlung ausgereicht hätte, die durchgeführte Diagnostik und Behandlung auch **ambulant möglich** ist.

SG Ulm, Gerichtsbb. v. 20.10.2022 - S 1 KR 854/18 - verurteilte die Bekl., der Kl. 70 € nebst Zinsen zu zahlen, und wies im Übrigen die Klage mit dem Antrag auf Zahlung i.H.v. 2.377,63 € ab. Das **LSG** wies die Berufung der Kl. zurück.

b) Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit bei einer psychiatrischen Erkrankung

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 25.04.2023 - L 11 KR 3494/20

RID 23-04-48

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 39 I 2, 109 IV 3

Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit bei einer **psychiatrischen Erkrankung** kann vorliegen, wenn die stationäre Aufnahme der Versicherten nicht zur Krisenintervention, die womöglich zeitlich hätte stärker befristet werden können, sondern zur Durchführung einer **multimodalen hochfrequenten und intensivpsychotherapeutischen Behandlung** mit dem Ziel eines Zuwachses an persönlicher Autonomie und Bewältigungsstrategien erfolgt, wobei sich die Behandlungsdauer aufgrund des therapeutischen Bogens der stationären Psychotherapie ergibt. Die Notwendigkeit dieser

erneuten stationären Psychotherapie ergibt sich daraus, dass die bislang durchgeführte ambulante Psychotherapie und fachpsychiatrische Behandlung nicht (mehr) ausreichend bzw. tragfähig sind.

SG Heilbronn, Gerichtsb. v. 12.10.2020 - S 15 KR 3094/18 - verurteilte die Bekl., an die Kl. 9.017,37 € nebst Zinsen zu bezahlen, und wies die Klage im Übrigen (Klageantrag: Zahlung der in Rechnung gestellten Kosten des stationären Aufenthalts der Versicherten in Höhe von 19.082,74 € sowie einer Aufwandspauschale in Höhe von 300 €) ab. Das **LSG** verurteilte die Bekl., insgesamt 14.929,01 € zzgl. Zinsen an die Kl. zu bezahlen, und wies im Übrigen die Berufung der Kl. und die Anschlussberufung der Bekl. zurück.

c) Bariatrische Operation: Fehlendes Prüfverfahren/Beschränkte Ermittlungspflicht des Gerichts

LSG Hessen, Urteil v. 24.08.2023 - L 8 KR 453/21

RID 23-04-49

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

Verzichtet die Krankenkasse auf die Durchführung eines **Prüfverfahrens** unter Einbeziehung des MDK, kann sie dennoch die fehlende **Erforderlichkeit der Krankenhausbehandlung** dem Vergütungsanspruch entgegenhalten und darauf gestützt die Vergütung verweigern. In diesem Fall besteht eine auf die Einwände der Krankenkasse **beschränkte Ermittlungspflicht des Gerichts**, an der das Krankenhaus nicht mitwirken muss. Die Erhebung und Verwertung derjenigen Daten, die nur im Rahmen des Prüfverfahrens durch den MDK beim Krankenhaus hätten erhoben werden können, ist dem Gericht dann allerdings verwehrt (BSG, Ur. v. 22.06.2022 - B 1 KR 19/21 R - BSGE 134, 172 = SozR 4-2500 § 275 Nr. 39). Lässt sich nach einem MDK-Gutachten die Notwendigkeit einer **bariatrischen Operation** nicht generell ausschließen, sondern wäre eventuell beim Vorliegen erheblicher Begleiterkrankungen nach Ausschöpfung konservativer Behandlungsmöglichkeiten im Sinne eines multimodalen Therapiekonzeptes zu bejahen, so scheidet aber eine **Beweisaufnahme** mittels Auswertung der Patientenakte bzw. einer Befragung der für die Durchführung der stationären Behandlung verantwortlichen Ärzte im Krankenhaus aus.

SG Kassel, Ur. v. 22.09.2021 - S 12 KR 224/20 - verurteilte die Bekl., der Kl. 6.519,95 € nebst Zinsen zu zahlen, das **LSG** wies die Berufung zurück.

d) AOP-Katalog in der Kategorie I: Notwendigkeit einer Vollnarkose

SG Braunschweig, Gerichtsbescheid v. 27.04.2023 - S 59 KR 1277/21

RID 23-04-50

www.juris.de
SGB V §§ 109 VI, 275c I; KHG § 17c II 1

Der **Aufrechnung** steht nicht die Regelung in § 109 Abs. 6 SGB V entgegen. Die Vertragsparteien haben mit Art. 1 „Übergangsvereinbarung zur Vereinbarung über das Nähere zum Prüfverfahren nach § 275 Abs. 1c SGB V gemäß § 17c Abs. 2 KHG“ v. 10.12.2019 eine Vereinbarung nach § 17c Abs. 2 S. 1 KHG mit abweichenden Regelungen vorgesehen. Die Eröffnungsklausel über § 17c KHG beschränkt sich gerade nicht auf solche Fälle, in denen ein Prüfverfahren eröffnet wurde. Ansonsten würde die Möglichkeit, Ausnahmen für vergleichbare Fälle wie unbestrittene Vergütungsforderungen zu regeln, leerlaufen.

Die von der Kl. an der Versicherten vorgenommenen Operation (hier: Hauptdiagnose chronische apikale Parodontitis <K04.5> und OPS <5-131.00> Operative Zahnentfernung: Tiefzerstörter Zahn) ist vom **AOP-Katalog** in der **Kategorie I** umfasst. Weder aus diesem noch aus den G-AEP-Kriterien folgt, dass die **Notwendigkeit einer Vollnarkose** ein Kriterium bei der Beurteilung der Notwendigkeit einer stationären Behandlung ist. Kriterien wären schwere Erkrankungen, Intensität der Behandlung oder intensive Betreuung, die im Zusammenhang mit einer Vollnarkose stehen können, hier von der Kl. aber nicht vorgetragen wurden und auch nicht aus der Patientenakte ersichtlich sind.

Das **SG** wies die Klage ab.

Zum Aufrechnungsverbot s. zuletzt RID 23-03-B VII 1 k.

e) Notfallversorgung Teil der kassenärztlichen Versorgung in Bayern

SG München, Urteil v. 11.10.2023 - S 39 KR 1723/22

RID 23-04-51

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 75 Ib 1, 115a I 1 Nr. 1

§ 75b Abs. 1b S. 1 SGB V enthält eine Öffnungsklausel für **abweichende landesrechtliche Regelungen**. Von dieser Möglichkeit hat der Freistaat Bayern Gebrauch gemacht. Gem. Art. 14 Abs. 1 BayRDG ist geregelt, dass, soweit Notfallpatienten nach § 27 Abs. 1 S. 2 Nr. 1 SGB V Anspruch auf ärztliche Behandlung haben, diese Gegenstand der vertragsärztlichen Versorgung ist und von der KV Bayern sicherzustellen ist. Ausnahme war zum damaligen Zeitpunkt nur die Luftrettung. In Bayern ist damit die **Notfallversorgung** nicht Aufgabe des Bundeslandes, sondern der **kassenärztlichen Versorgung**. Daraus folgt, dass die Notärzte, die am von der KV Bayern organisierten Notarztdienst mitwirken, an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen.

Erfolgt die **Einweisung**, um die **Erforderlichkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung**, nämlich für den Fall, dass andere Verletzungen der Bänder oder Knochen vorliegen, welche typischerweise nicht „von außen“ zu erkennen sind, **zu überprüfen**, dann wird mit der Einweisung der originäre Zweck des § 115a Abs. 1 S. 1 Nr. 1 1. Fall SGB V verfolgt.

Das **SG** verurteilte die Bekl., an die Kl. 178,44 € nebst zu bezahlen.

f) Unzulässige Aushebelung des gesetzl. Aufrechnungsverbots in Übergangsvereinbarung

SG Nürnberg, Urteil v. 29.03.2023 - S 2 KR 326/22

RID 23-04-52

Sprungrevision anhängig: B 1 KR 18/23 R
www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 109 VI, 275 Ic

Im Zeitpunkt einer Aufrechnungserklärung am 01.12.2021 existierte das gesetzliche **Aufrechnungsverbot** des § 109 Abs. 6 SGB V, wenn die Forderung nicht unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist. Nicht mit § 109 Abs. 6 Satz 1 SGB V vereinbar ist eine vertragliche Vereinbarung, die das ab dem 01.01.2020 bestehende gesetzliche Aufrechnungsverbot generell aushebelt. Für die Beurteilung der vorliegenden Sachlage ist mithin unbeachtlich, dass nach dem eindeutigen Wortlaut der **Übergangs-PrüfvV** vom 10.12.2019 eine generelle Aufrechnung weiterhin über den 01.01.2020 hinaus zulässig sein soll.

Das **SG** verurteilte die Bekl., an die Kl. 1.048,04 € zzgl. Zinsen zu zahlen.

2. Prüfvereinbarung: Inhaltliche Anforderungen an Leistungsentscheidung nach § 8 PrüfvV

SG Kassel, Urteil v. 21.09.2023 - S 14 KR 818/21

RID 23-04-53

Berufung zugelassen
www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
PrüfvV § 8

Leitsatz: Eine **Leistungsentscheidung nach § 8 PrüfvV** hat regelmäßig den Erstattungsbetrag, die nach Auffassung der Krankenkasse maßgebliche Fallpauschale mit Bewertungsrelation, die Beanstandungen und ihre medizinische Begründung zu nennen. Die Beanstandungen und ihre Begründung können durch Verweis auf das medizinische Gutachten mitgeteilt werden.

Das **SG** verurteilte die Bekl., an die Kl. 513 € zzgl. Zinsen zu zahlen.

3. Fallpauschalen

a) Abschlag wegen Nichterreichens der unteren Grenzverweildauer

SG Hannover, Urteil v. 06.10.2022 - S 12 KR 4076/19

RID 23-04-54

www.juris.de

SGB V §§ 39 I, 109 IV; KHEntgG §§ 7, 8 I; KHG § 17b; FPV 2018 § 1 III

Bei der **Abrechnung einer Verlegungsfallpauschale** erfolgt **keine Minderung** nach Maßgabe des § 3 FPV 2018. § 3 Abs. 2 FPV 2018 ist nach dem eindeutigen Wortlaut des § 1 Abs. 1 S. 3 2. HS FPV 2018 nicht anwendbar. Dem Wortlaut des § 1 Abs. 1 S. 3 3. HS. FPV 2018 ist zudem eindeutig zu entnehmen, dass für entsprechende Verlegungsfälle lediglich „beim verlegenden Krankenhaus“ die Regelungen des § 1 Abs. 3 FPV 2018 anwendbar sind, nicht aber beim aufnehmenden Krankenhaus.

Das **SG** verurteilte die Bekl., an die Kl. 3.624,90 € nebst zu zahlen.

b) Untere Grenzverweildauer: Kein Abschlag bei Abrechnung einer Verlegungsfallpauschale

SG Hamburg, Urteil v. 06.10.2022 - S 18 KR 4076/19

RID 23-04-55

www.juris.de

SGB V §§ 39 I 2, 109 IV 3; KHEntgG § 7 I 1 Nr. 1; KHG § 17b I; FPV 2018 §§ 1 I, III, 3 II

Ist bei der DRG A13B im Fallpauschalen-Katalog 2018 als erster Tag mit Abschlag der 6. Tage ausgewiesen, beträgt die **untere Grenzverweildauer** 7 Tage.

Wird eine **Verlegungsfallpauschale** (hier: Fallpauschale A13B) **abgerechnet**, erfolgt kein Abschlag bei Nichterreichens der unteren Grenzverweildauer. Gem. § 1 Abs. 1 S. 3 2 HS FPV 2018 erfolgt für diese gerade keine Minderung nach Maßgabe des § 3 FPV 2018. § 3 Abs. 2 FPV 2018 ist damit nach dem eindeutigen Wortlaut des § 1 Abs. 1 S. 3 2. HS FPV 2018 nicht anwendbar. Dem Wortlaut des § 1 Abs. 1 S. 3 3. HS. FPV 2018 ist zudem eindeutig zu entnehmen, dass für entsprechende Verlegungsfälle lediglich „beim verlegenden Krankenhaus“ die Regelungen des § 1 Abs. 3 FPV 2018 anwendbar sind, nicht aber beim aufnehmenden Krankenhaus.

Das **SG** verurteilte die Bekl., an die Kl. 3.624,90 € nebst Zinsen zu zahlen.

c) Mindestmengenvereinbarung Knie-TEP-Behandlungen im Jahr 2011

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 10.11.2022 - L 16 KR 140/20

RID 23-04-56

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V a.F. § 137

Für **Knie-TEP-Behandlungen** bestand ein Leistungserbringungsverbot, wenn das Krankenhaus nicht die im Zeitraum vom 05.01.2011 bis 28.09.2011 geltende jährliche **Mindestmenge** von 50 Eingriffen pro Krankenhaus nach Anl. 1 Nr. 6 der Mindestmengenvereinbarung erreichte. Die Mindestmengenregelung für Knie-TEP wurde seinerzeit nur für solche Krankenhausbehandlungen außer Vollzug gesetzt, die nach dem Inkrafttreten der Außervollzugssatzungsbestimmung begonnen hatten.

SG Gelsenkirchen, Urt. v. 06.12.2019 - S 43 KR 289/16 - verurteilte die bekl. Krankenhausträgerin, an die kl. Krankenkasse 38.196,51 € nebst zu zahlen, das **LSG** wies die Berufung zurück.

d) Intensivmedizinische Komplexbehandlung - Behandlungsleitung durch Intensivmediziner

LSG Sachsen, Urteil v. 14.06.2023 - L 1 KR 539/20

RID 23-04-57

Revision anhängig: B 1 KR 20/23 R

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 109 IV 3; OPS Nr. 8-980

Leitsatz: Die von OPS (2015) 8-980 verlangte **Behandlungsleitung** liegt nur vor, wenn ein **Facharzt** mit Zusatzweiterbildung „Intensivmedizin“ auch an **Wochenenden** und Feiertagen täglich persönlich im Krankenhaus anwesend ist.

SG Dresden, Urt. v. 04.11.2020 - S 18 KR 531/18 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

e) Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung: Verfügbarkeit eines Nierenersatzverfahrens

LSG Thüringen, Urteil v. 17.08.2023 - L 2 KR 8/22

RID 23-04-58

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 39 I 2, 109 IV 3; KHEntgG § 7 I 1 Nr. 1; KHG § 17b I

Leitsatz: 1. Die Kodierung des OPS-Kodes 8-98f für eine **aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung** setzte bis einschließlich 31. Dezember 2020 u.a. voraus, dass das Krankenhaus die Voraussetzung einer 24-stündigen Verfügbarkeit kontinuierlicher und (von vornherein als solcher erforderlicher) intermittierender **Nierenersatzverfahren** „im eigenen Klinikum“ im Sinne einer rechtlichen Trägerschaft und damit Verantwortung sowie Möglichkeit der Einflussnahme auf die insoweit tätigen Ärzte erfüllte.

2. Die vom DIMDI mit Wirkung vom 1. Januar 2021 vorgenommene **Änderung** des Wortlautes „im eigenen Klinikum“ zu „am Standort des Krankenhauses“ entfaltet **keine Rückwirkung**, weil es sich dabei nicht um eine Klarstellung im Sinne von § 301 Abs. 2 Satz 4 SGB V in der bis zum 31. Dezember 2019 geltenden Fassung handelt, obwohl eine solche rechtlich zulässig gewesen wäre.

SG Meiningen, Urt. v. 07.07.2021 - S 22 KR 1154/19 - verurteilte die Bekl., an die Kl. den Differenzbetrag nebst Zinsen zu zahlen. Das *LSG* wies die Klage ab.

f) Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Eigene Fachabteilung

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 15.08.2023 - L 16 KR 346/21

RID 23-04-59

Revision anhängig: B 1 KR 22/23 R

www.juris.de

SGB V §§ 39 I 2, 109 IV 3; KHEntgG § 7 I 1 Nr. 1; KHG § 17b I

Die Prüfung einer strukturellen Mindestvoraussetzung einer Komplexbehandlung (hier: Vorhandensein einer bestimmten Abteilung im Krankenhaus) unterfällt dann nicht der **Ausschlussfrist** des § 275 Abs. 1c SGB V in der ab 01.01.2016 geltenden Fassung, wenn diese Mindestvoraussetzung keine auch im Einzelfall patientenbezogene Mindestvoraussetzung ist, sondern unabhängig von der konkreten Behandlung Beachtung finden muss.

Im OPS 8-981 (**Neurologische Komplexbehandlung** des akuten Schlaganfalls) ist das Merkmal „**unmittelbarer Zugang**“ ausdrücklich weiter legaldefiniert mit „Es gibt jeweils eine eigene Abteilung im Hause oder einen Kooperationspartner in höchstens halbstündiger Transportentfernung (Zeit zwischen Rettungstransportbeginn und Rettungstransportende).“ Insofern reicht es für die Erfüllung des Tatbestandsmerkmals nicht aus, dass im Notfall neurochirurgisch, gefäßchirurgisch bzw interventionell-radiologisch eingegriffen werden kann. Es ist angesichts des Wortlauts des OPS eine Fachabteilung erforderlich.

SG Stade, Urt. v. 24.06.2021 - S 1 KR 347/18 - wies die Klage der Krankenkasse ab, das *LSG* verurteilte die bekl. Krankenhausträgerin, an die Kl. 19.032,68 € nebst Zinsen zu zahlen.

g) Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Unzureichende Dokumentation

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 08.12.2022 - L 16 KR 86/21 KH

RID 23-04-60

Revision zugelassen

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

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

Die Kodierung einer „Geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung“ nach OPS 8-550.1 verlangt eine **Dokumentation** (BSG, Urt. v. 19.12.2017 - B 1 KR 19/17 R - BSGE 125, 91 = SozR 4-1500 § 120 Nr. 3 Rn. 35). Diese ist **unzureichend**, wenn aus ihr weder hervorgeht, dass eine den Anforderungen entsprechende wöchentliche Teambesprechung stattfand, noch, dass der Versicherte wochenbezogen eine „Komplexbehandlung“ erhielt, und es an Angaben dazu mangelt, wer außer dem leitenden Arzt jeweils an der wöchentlichen Teambesprechung teilnahm und zudem nicht alle Berufsgruppen aufgeführt werden, ferner durchgängig der Therapiebereich „Logopädie“ fehlt. Auch

im Licht der Klarstellung des **DIMDI** zum OPS-Kode 8-550 vom 03.12.2018 ist diese Dokumentation nicht ausreichend.

SG Gelsenkirchen, Gerichtsbb. v. 22.12.2020 verurteilte die Bekl. antragsgemäß zur Zahlung von 3.249,94 € nebst Zinsen und wies die Widerklage ab, das **LSG** wies die Klage ab.

h) Neugeboreneninfektion von Geburt an

SG Stade, Urteil v. 06.09.2023 - S 1 KR 303/20

RID 23-04-61

www.juris.de

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

Leitsatz: 1. Eine **infektiöse oder parasitäre Erkrankung** ist „angeboren“ im Sinne des ICD-Kodes P37.9, wenn sie nachweislich bei Vollendung der Geburt bereits vorhanden war. Auf den Zeitpunkt der erstmaligen Manifestation der Infektion ist nicht abzustellen.

2. Aus dem Auftreten einer Neugeboreneninfektion **binnen der ersten 72 Lebensstunden** folgt nicht zwingend, dass die Infektion „angeboren“ im Sinne des ICD-Kodes P37.9 war. Lässt sich der Infektionszeitpunkt eines nicht identifizierten Erregers bei Neugeboreneninfektion nicht abschließend aufklären, erfolgt die Kodierung mit dem ICD-Kode P39.9.

Das **SG** wies die Klage ab.

i) Mehrfachkodierung im Kreuz-Stern-System

LSG Sachsen, Urteil v. 14.06.2023 - L 1 KR 146/19

RID 23-04-62

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 109 IV 3

Leitsatz: 1. Wenn eine **Mehrfachkodierung** im Kreuz-Stern-System nur gemäß DKR (2011) D012i Nummer 1 Buchstabe d über den Sekundär-Kode (Stern-Kode) möglich ist, setzt dies voraus, dass der Stern-Kode überhaupt als **Diagnose** - also nach DKR (2011) entweder als Hauptdiagnose gemäß D002f oder als Nebendiagnose gemäß D003i - verschlüsselt werden kann.

2. Da in DKR (2011) D012i Nummer 1 Buchstabe d der Begriff der Diagnose nicht unabhängig von DKR (2011) D002f und D003i zu bestimmen ist, besteht für die Verschlüsselung eines Stern-Kodes als **Nebendiagnose** kein Raum, wenn für diesen kein **zusätzlicher Ressourcenverbrauch** belegt ist.

SG Dresden, Ur. v. 14.03.2019 - S 30 KR 967/14 - verurteilte die Bekl., an die Kl. einen Betrag i.H.v. 2.335,34 € nebst Zinsen zu erstatten. Das **LSG** wies die Berufung zurück.

j) Verabreichung von Thrombozytenkonzentraten

SG Detmold, Urteil v. 27.07.2023 - S 23 KR 86/19

RID 23-04-63

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

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

In Anbetracht der wissenschaftlichen Datenlage kann sich die Kammer der Auffassung, Apherese-Thrombozytenkonzentrate (ATK) stellen den Goldstandard in der Thrombozytentransfusion dar, bzw. der daraus gezogenen Schlussfolgerung, dass die Gabe von ATK derjenigen von Pool-Thrombozytenkonzentraten regelhaft überlegen sei, nicht anschließen. Unter Berücksichtigung der **konkret-individuellen Umstände des Einzelfalles** stellt sich die Gabe von ATK hier aber als medizinisch erforderlich und damit wirtschaftlich dar.

Das **SG** verurteilte die Bekl., an die Kl. einen Betrag in Höhe von 1.056,22 € nebst Zinsen zu zahlen.

k) Kompression der Nervenwurzeln der Cauda equina

LSG Sachsen, Urteil v. 12.07.2023 - L 1 KR 10/20

RID 23-04-64

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 109 IV 3

Leitsatz: 1. Der Kode ICD-10-GM (2013) **G82.03** setzt eine **Querschnittlähmung** voraus, wobei Querschnittlähmungen den Bereich des Rückenmarks umfassen, nicht aber eine Kompression der Nervenwurzeln der Cauda equina.

2. Der Kode ICD-10-GM (2013) **G82.09** ist auf Paraparesen und Paraplegien zerebraler Ursache beschränkt und findet auf **periphere Paresen**, wie z.B. eine Kompression der Nervenwurzeln der Cauda equina, keine Anwendung.

3. Satz 2 des Hinweises in ICD-10-GM (2013) G82.- bringt nur zum Ausdruck, dass (im Rahmen einer Mehrfachkodierung) die Ursache der Gehirn- und Rückenmarkschädigung beliebig sein kann; nicht beliebig ist aber das Erfordernis einer **zentralen Ursache der Krankheitszustände**.

SG Dresden, Urt. v. 19.09.2019 - S 15 KR 1024/17- wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

4. Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik (PPP-RL des GBA)

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 14.03.2023 - L 4 KR 154/20 KL

RID 23-04-65

Revision anhängig: B 1 KR 16/23 R

www.juris.de

SGB V §§ 91, 92, 136a II, 137 I, 275d; GG Art. 3 I, 12 I, 14 I

Unter Berücksichtigung des bei der Kontrolle untergesetzlichen Rechts eingeschränkten gerichtlichen Prüfungsmaßstabs verstößt die „**Richtlinie über die Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal gemäß § 136a Absatz 2 Satz 1 SGB V**“ (PPP-RL) des GBA weder in formeller noch in materieller Hinsicht gegen höherrangiges Recht; sie ist insb. auch unter verfassungsrechtlichen Gesichtspunkten nicht zu beanstanden.

Der GBA hat den ihm durch § 136a Abs. 2 S. 1 und 2 i.V.m. § 137 Abs. 1 SGB V **gesetzten Rahmen** weder durch § 2 Abs. 2 PPP-RL noch durch die Einbeziehung von Pflegepersonal in die Mindestvorgaben noch durch ein Absehen von einem gestuften System von Rechtsfolgen noch durch eine Missachtung des Verhältnismäßigkeitsgebots nach § 137 Abs. 1 S. 4 SGB V überschritten.

§ 2 Abs. 2 PPP-RL enthält **kein Leistungserbringungsverbot**. Das Verfehlen der Mindestvorgaben der PPP-RL führt als einzige Rechtsfolge nur zu einem (partiellen) Vergütungsverlust. Für eine **Differenzierung zwischen therapeutischem und Pflegefachpersonal** findet sich in der Gesetzesbegründung zur Neuregelung von § 136a SGB V (BT-Drs. 18/9528) kein Anhaltspunkt. Es besteht keine Verpflichtung des GBA, bei einem Verfehlen der Mindestvorgaben zunächst **andere Folgen** als einen (partiellen) Wegfall des Vergütungsanspruchs vorzusehen. Der GBA hat die gesetzlichen Vorgaben zur **wissenschaftlichen Ermittlung** der Mindestvorgaben zur Personalausstattung beachtet. Evidenzbasierte Festlegungen waren im Rahmen der PPP-RL nicht möglich.

Das *LSG* wies die Klage ab.

Parallelverfahren:

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 14.03.2023 - L 4 KR 436/21 KL

RID 23-04-66

Revision anhängig: B 3 KR 19/23 R

www.juris.de

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 14.03.2023 - L 4 KR 3/21 KL

RID 23-04-67

Revision anhängig: B 1 KR 17/23 R

www.juris.de

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 14.03.2023 - L 4 KR 1/21 KL

RID 23-04-68

Revision anhängig: B 1 KR 14/23 R

www.juris.de

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 14.04.2023 - L 4 KR 2/21 KL

RID 23-04-69

Revision anhängig: B 1 KR 15/23 R

www.juris.de

5. Aufwandspauschale: Feststehen einer Abrechnungsminderung

LSG Rheinland-Pfalz, Urteil v. 24.08.2023 - L 5 KR 49/23

RID 23-04-70

Revision anhängig: B 1 KR 24/23 R

www.juris.de

SGB V § 275c I

Soweit eine im gerichtlichen Verfahren umstrittene **Abrechnungsminderung** im Ergebnis nicht durch die MD(K)-Prüfung der vom Krankenhaus auf Anforderung zur Verfügung gestellten Behandlungsdaten im Sinne des § 275c Abs. 1, § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V verursacht („mitbedungen“, vgl. BSG, Urt. v. 23.06.2015 - B 1 KR 24/14 R - NZS 2015, 745, Rn. 10) ist, sondern auf **anderen Gesichtspunkten** wie dem Fehlen von Strukturmerkmalen (§ 275d SGB V) beruht, so entsteht der

Anspruch auf die Aufwandspauschale auch dann erst, sobald die fehlende Ursächlichkeit der Prüfung für die Minderung **verbindlich feststeht**. Ferner ist es für die Entstehung des Anspruchs auf die Aufwandspauschale nicht zwingend notwendig, ein gerichtliches Verfahren über die Höhe der Vergütungsforderung zu führen. Die tatbestandlichen Voraussetzungen des Anspruchs sind erfüllt, wenn feststeht, dass eine Minderung des Abrechnungsbetrages nicht mehr eintreten wird.

SG Speyer, Urt. v. 22.03.2023 verurteilte die Bekl., an die Kl. 300 € nebst Zinsen zu zahlen. Das *LSG* wies die Berufung der Bekl. unter Klarstellung des Zinsauspruchs zurück.

Parallelverfahren:

LSG Rheinland-Pfalz, Urteil v. 24.08.2023 - L 5 KR 179/22

RID 23-04-71

Revision anhängig: B 1 KR 23/23 R

www.juris.de

6. Übermittlung der Ergebnisse der Ermittlung pflegesensitiver Bereiche

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 19.04.2023 - L 5 KR 1586/21

RID 23-04-72

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 137i

Bei der Mitteilung des Auswertungsergebnisses der Ermittlungen auf Grundlage der von dem Krankenhaus gemeldeten Daten handelt es sich um einen **Verwaltungsakt** nach § 31 SGB X. Das **Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus** ist eine juristische Person des Privatrechts, das hinsichtlich der Ermittlung der pflegesensitiven Bereiche und der Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen für die pflegesensitiven Bereiche in den Krankenhäusern aufgrund gesetzlicher Ermächtigung in § 137i SGB V als **Beliehener** befugt ist, in den genannten Fällen Verwaltungsakte gegenüber Krankenhäusern bzw. dem jeweiligen Krankenhausträger zu erlassen.

Es besteht für die Klage kein **Rechtsschutzbedürfnis**, nachdem die hier alleine streitgegenständliche Übermittlung der Ergebnisse der Ermittlung pflegesensitiver Bereiche mit ausschließlicher Wirkung für das Jahr 2020 **keine unmittelbaren Rechtswirkungen** mehr entfaltet. Dies ist der Fall, wenn in der im Verfahren alleine maßgeblichen Fachabteilung Nephrologie die sich aus der Einstufung dieser Abteilung als pflegesensitiver Bereich gem. § 6 PpUGV ergebenden Personaluntergrenzen tatsächlich eingehalten wurden. Eine Sanktion aufgrund einer möglichen Nichtbeachtung der Pflegepersonaluntergrenzen scheidet demnach schon a priori aus. Zudem war nach § 8 Abs. 1 PpUGV vorgesehen, dass bis zum 31.03.2020 Vergütungsabschläge gemäß § 137i Abs. 5 SGB V für die in § 6 Abs. 1 Nr. 5 bis 8 PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen - also auch für den hier einschlägigen Bereich Kardiologie - nicht erhoben werden. Zudem war nach § 10 PpUGV i.d.F. vom 16.07.2020 geregelt, dass die §§ 1 bis 9 PpUGV mit Wirkung vom 01.03.2020 bis einschl. 31.07.2020 sowie die §§ 6 bis 9 PpUGV zudem für die pflegesensitiven Bereiche nach § 6 Abs. 1 Nr. 3 bis 8 PpUGV vom 01.08.2020 bis einschließlich 31.12.2020 nicht anzuwenden sind.

Eine **Auswirkung** auf die **Folgejahre** hat die Übermittlung der Ergebnisse der Ermittlung pflegesensitiver Bereiche für das Jahr 2020 nicht, da eine jeweils **jahresweise** auf das jeweilige Jahr begrenzte Ermittlung und Übermittlung erfolgt.

Die Kl. begehrt die Aufhebung des von der Bekl. mitgeteilten Auswertungsergebnisses zur Ermittlung der pflegesensitiven Bereiche des Krankenhauses der Kl. nach § 3 der Verordnung des Bundesministeriums für Gesundheit zur Festlegung von Personaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern - Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung - in der hier maßgeblichen Fassung vom 28.10.2019 (PpUGV) für das Jahr 2020. *SG Stuttgart*, Urt. v. 14.04.2021 - S 9 KR 6256/19 - hob den angefochtenen Bescheid auf, das *LSG* wies die Klage ab.

7. Rechtsweg für Ausnahmegenehmigung nach Mindestmengenregelung

VG Greifswald, Beschluss v. 12.10.2023 - 3 A 120/23 HGW

RID 23-04-73

www.juris.de

SGB V § 136; GVG §§ 17a, 17b; VwGO § 173; SGG § 51 I Nr. 2 Hs. 1

Leitsatz: Für die gerichtliche Überprüfung einer abgelehnten **Ausnahmegenehmigung** von der **Mindestmengenfestlegung** gemäß § 136b Abs. 5a Satz 1 und 2 SGB V ist der **Rechtsweg** zu den Sozialgerichten eröffnet, da es sich hierbei um eine Angelegenheit der gesetzlichen Krankenversicherung im Sinne des § 51 Abs. 1 Nr. 2 Halbsatz 1 SGG handelt.

Das *VG* erklärte den Verwaltungsrechtsweg als unzulässig und verwies den Rechtsstreit an das Sozialgericht.

VIII. Beziehung zu Leistungserbringern: Apotheken

Nach BSG, Urt. v. 21.09.2023 - **B 3 KR 4/22 R** - und - **B 3 KR 6/22 R** - stehen dem **Vergütungsanspruch eines pharmazeutischen Großhändler**, der vertragsärztlich als **Sprechstundenbedarf** verordneten **Kontrastmittel** radiologischen Vertragsarztpraxen geliefert hat, die von der Krankenkasse mit anderen Kontrastmittel-Lieferanten geschlossenen Exklusivlieferverträge über Kontrastmittel nicht entgegen. Die Sprechstundenbedarfsvereinbarungen begründen einen unmittelbaren eigenen öffentlich-rechtlichen Vergütungsanspruch. Dieser Anspruch ist in den einschlägigen Regelungen der Sprechstundenbedarfsvereinbarungen teils angelegt und teils vorausgesetzt, und er steht in Übereinstimmung mit den Strukturen des Leistungserbringungsrechts in der gesetzlichen Krankenversicherung: Pharmazeutische Großhändler als sonstige nichtärztliche Leistungserbringer im Sinne des § 69 Abs. 1 S. 1 SGB V geben Kontrastmittel als Sprechstundenbedarf an verordnende Vertragsärzte im Direktvertriebsweg ab und werden hierfür von den Krankenkassen vergütet; Verordnung durch Vertragsärzte wie Leistungserbringung durch Großhändler und deren Vergütung durch die Krankenkassen stützen sich auf die **Sprechstundenbedarfsvereinbarungen** als **untergesetzliches Kollektivvertragsrecht** der Gesamtvertragspartner nach § 83 S. 1 SGB V. Mit dieser Vergütungsübernahme durch die Krankenkassen wird nicht zuletzt die Belieferung der Vertragsarztpraxen mit den verordneten Kontrastmitteln als Sprechstundenbedarf und somit die Versorgung der gesetzlich Krankenversicherten sichergestellt. Diesem Vergütungsanspruch der Klägerin stehen die von der Bekl. mit anderen Kontrastmittel-Lieferanten nach einer europaweiten Ausschreibung geschlossenen **Rahmenverträge nicht entgegen**. Diesen kommt eine Ausschlusswirkung gegenüber nicht bezuschlagten Lieferanten wie der Kl. nicht zu. Dabei kann letztlich offen bleiben, ob mit den Rahmenverträgen überhaupt eine entsprechende Exklusivität vereinbart worden ist. Jedenfalls fehlt es für eine solche Ausschlusswirkung gegenüber auf vertragsärztliche Verordnung Kontrastmittel als Sprechstundenbedarf liefernde Großhändler, die nicht Rahmenvertragspartner sind, an einer hinreichenden **normativen Grundlage**. Diese vermag sich **nicht bereits aus dem allgemeinen Wirtschaftlichkeitsgebot** in der gesetzlichen Krankenversicherung zu ergeben. Dieses legitimiert nicht den Ausschluss nicht bezuschlagter Lieferanten von der Lieferung vertragsärztlich verordneter Kontrastmittel als Sprechstundenbedarf und deren Vergütung hierfür durch die Krankenkassen auf der Grundlage der Sprechstundenbedarfsvereinbarungen. Für einen Ausschluss nicht bezuschlagter Lieferanten von der Leistungserbringung und damit faktisch für einen entsprechenden Verordnungs Ausschluss gegenüber Vertragsärzten in Abweichung von den Sprechstundenbedarfsvereinbarungen bedürfte es im Rahmen des hoch ausdifferenzierten Regelungssystem der Versorgung und Leistungserbringung in der gesetzlichen Krankenversicherung einer dahin gehenden **näheren normativen Konkretisierung des abstrakt formulierten Wirtschaftlichkeitsgebots**. Ohne eine solche bleibt es dabei, dass von Vertragsärzten als Sprechstundenbedarf verordnete und von Großhändlern gelieferte Kontrastmittel diesen von den Krankenkassen zu vergüten sind. Der Senat kann **offen lassen**, ob und gegebenenfalls **welche Folgen es für Vertragsärzte haben kann**, wenn diese als Sprechstundenbedarf Kontrastmittel verordnen, ohne dabei von Krankenkassen geschlossene Rahmenverträge über Kontrastmittellieferungen zu beachten, über die sie als wirtschaftlichen Bezugsweg informiert worden sind, und wenn Krankenkassen, anders als vorliegend, die Kontrastmittellieferungen gegenüber dem nicht bezuschlagten Lieferanten vergüten. Dies kann **nur Gegenstand einer nachgelagerten vertragsarztrechtlichen Wirtschaftlichkeitsprüfung sein**, der indes keine rechtlichen Vorwirkungen mit Blick auf die Lieferberechtigung und den Vergütungsanspruch nicht bezuschlagter Lieferanten zuzukommen vermögen.

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 nicht 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. Ungeachtet 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 Senatsrspr. 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 heranziehbareren 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. Retaxierung bei verschiedenen Regelungen zur Ermittlung des Abgabepreises

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 23.11.2022 - L 5 KR 3774/19

RID 23-04-74

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 3 KR 11/23 R

www.juris.de

SGB V § 129

Für die Abrechnung des **Arzneimittels Kogenate** ist die Anlage 2.1 zu § 10 ALV maßgeblich. Die AMPPreisV fand demgegenüber gemäß § 1 Abs. 3 S. 1 Nr. 6 AMPPreisV (in der bis 14.08.2020 geltenden Fassung; im Folgenden: a.F.) keine Anwendung, denn bei Kogenate handelt es sich um ein „Blutkonzentrat (...) zur Anwendung bei der Bluterkrankheit“.

Die Anlage 2.1 enthält **zwei eigenständige, alternativ anzuwendende Regelungen** für die Ermittlung des maßgeblichen Abrechnungspreises, wobei der Apotheker jeweils diejenige Berechnung zugrunde zu legen hat, die im konkreten Einzelfall zum **niedrigeren Preis** führt.

SG Karlsruhe, Urt. v. 16.05.2019 - S 3 KR 262/17 - verurteilte auf Klage der Krankenkasse den bekl. Apotheker, an die Kl. 620.495,38 € nebst Zinsen zu zahlen, und wies die Widerklage des Bekl. ab. Das **LSG** wies die Berufung des Bekl. zurück und die weitergehende Widerklage ab sowie die im Berufungsverfahren erhobene Feststellungsklage ab.

IX. Krankenkassen

Nach BSG, Urt. v. 19.10.2023 - B 1 KR 22/22 R - ergeben sich die Ermächtigung und die Zuständigkeit des Verwaltungsrates für die durch Verwaltungsakt erfolgte **Amtsenthebung eines Geschäftsführers des vormaligen MDK** aus § 280 Abs. 1 S. 1 Nr. 6 SGB V a.F. i.V.m. § 279 Abs. 6 SGB V a.F. i.V.m. § 59 Abs. 3 S. 1 SGB IV. Danach hat der Verwaltungsrat den Geschäftsführer durch Beschluss seines Amtes zu entheben, wenn er in grober Weise gegen seine Amtspflichten verstößt. Der Kl. hat unter Zugrundelegung der bindenden Feststellungen des LSG unter Missachtung der beamtenrechtlichen Regelungen die **Gewährung von zu vielen und teils überhöhten Leistungsprämien an Beamte mitverantwortet** und dadurch einen erheblichen finanziellen Schaden verursacht. Dieser **Amtspflichtverstoß** ist für sich genommen bereits als **grob** zu werten und begründet verpflichtend die Amtsenthebung des Kl. Weder ein **Entlastungsbeschluss des Kontrollorgans** noch das **bloße (passive) Nichteinschreiten der Aufsichtsbehörde** führen zu einem abweichenden Ergebnis. Eine grobe Pflichtverletzung entfällt auch nicht deshalb, weil andere Beteiligte

möglicherweise selbst grobe Pflichtverstöße begangen haben. Die Amtsenthebung ist eine **gebundene Entscheidung**. Der Verwaltungsrat hatte insofern kein Ermessen.

Nach BSG, Urt. v. 29.06.2023 - **B I 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 I 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.

X. Verfahrensrecht: Keine erneute Entscheidung im Eilverfahren

LSG Bayern, Beschluss v. 04.09.2023 - L 5 KR 361/23 B ER

RID 23-04-

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGG §§ 172 I, 173, 175 S. 3, 199 II

Die Annahme der Vorinstanz, der Antrag sei schon unzulässig, weil der Bf. bereits zuvor mehrfach Antrag auf einstweiligen Rechtsschutz gestellt habe mit dem Ziel, die Bg. zu verpflichten, ihn mit dem Medikament Exjade zu versorgen, so dass dem erneuten Antrag auf Anordnung einer einstweiligen Anordnung die **Rechtskraft der vorangegangenen Entscheidungen** entgegenstehe, ist zutreffend

SG München, Beschl. v. 06.03.2023 - S 18 KR 946/22 ER - lehnte den Antrag des Kl., die Bekl. im Wege der einstweiligen Anordnung zu verpflichten, ihn mit dem Arzneimittel Exjade zu versorgen, ab. Das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

XI. Bundessozialgericht (BSG)

1. Prophylaktische Anwendung zum Schutz des Ungeborenen (Cytotect CP Biotest)

BSG, Urteil v. 24.01.2023 - B 1 KR 7/22 R

RID 23-04-75

BSGE = SozR 4-2500 § 2 Nr. 21 = PharmR 2023, 294 = KrV 2023, 109 = GesR 2023, 532 = SGB 2023, 517 = NJW 2023,

Leitsatz: 1. Dem **Erkrankungsrisiko** kommt immer dann ein **Krankheitswert** zu, wenn Versicherten im Wege einer wertenden Gesamtbetrachtung unter Einbeziehung des potentiellen Schadens, seiner Eintrittswahrscheinlichkeit sowie der mit der Behandlung verbundenen Chancen, Risiken und Beeinträchtigungen nicht zuzumuten ist, dem Geschehen seinen Lauf zu lassen.

2. Anspruch auf nicht für die Erkrankung zugelassene Arzneimittel wegen Vorliegens einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlichen oder wertungsmäßig vergleichbaren Erkrankung können auch **Schwangere** haben, um das **ungeborene Kind** vor einer **Infektion** und ihren Folgen zu schützen.

3. Im Falle einer für das ungeborene Kind gefährlichen Infektion der Schwangeren liegt jedenfalls dann **keine notstandsähnliche Lage** vor, wenn die Wahrscheinlichkeit der Geburt eines gesunden Kindes deutlich überwiegt.

2. Cannabis: Schwerwiegende Erkrankung/Begründete Einschätzung

BSG, Urteil v. 10.11.2022 - B 1 KR 28/21 R

RID 23-04-76

BSGE = SozR 4-2500 § 31 Nr. 31 = Die Leistungen Beilage 2023, 47 = KrV 2023, 27 = SGB 2023, 252 = NZS 2023, 336 =

GuP 2023, 65 = NJW 2023, 2217

Leitsatz: 1. Mit dem **Antrag** auf Genehmigung der ersten Verordnung von Cannabis ist der Krankenkasse der Inhalt der geplanten Verordnung mitzuteilen.

2. Eine aufgrund der dauerhaften und nachhaltigen Beeinträchtigung der Lebensqualität **schwerwiegende Erkrankung** ergibt sich aus den durch die Erkrankung ausgelösten

Funktionsstörungen und -verlusten, Schmerzen, Schwächen oder Hilfebedarfen bei den Verrichtungen des täglichen Lebens, nicht bereits aus einer ärztlich gestellten Diagnose.

3. Eine **begründete Einschätzung des behandelnden Vertragsarztes** erfordert insbesondere die Darlegung der bestehenden und der mit Cannabis zu behandelnden Erkrankungen und zu lindernden Symptome (Behandlungsziel), der bisher angewandten Behandlungskonzepte und der noch verfügbaren Standardtherapien sowie der Gründe, weshalb diese nach der vertragsärztlichen Abwägung aller Gesichtspunkte im konkreten Fall nicht zur Anwendung kommen können.

4. Die begründete Einschätzung unterliegt der **Überprüfung** nur hinsichtlich der Vollständigkeit und Richtigkeit der erforderlichen Angaben als Grundlagen der Abwägung sowie hinsichtlich völliger Unplausibilität des Abwägungsergebnisses.

Parallelverfahren:

BSG, Urteil v. 10.11.2022 - B 1 KR 9/22 R

RID 23-04-77

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

BSG, Urteil v. 10.11.2022 - B 1 KR 19/22 R

RID 23-04-78

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

BSG, Urteil v. 10.11.2022 - B 1 KR 21/21 R

RID 23-04-79

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

3. Häusliche Krankenpflege in einer Einrichtung: Beiladung

BSG, Urteil v. 19.04.2023 - B 3 KR 7/22 R

RID 23-04-80

BSGE = SozR 4-1500 § 75 Nr. 38

Leitsatz: Soweit krankenversicherungsrechtlich die vertraglich zwischen dem **Sozialhilfeträger** und einer **Einrichtung** ausgestaltete Leistungspflicht 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 häusliche Krankenpflegeleistungen nicht ohne deren notwendige Beiladung entschieden werden.

Parallelverfahren:

BSG, Urteil v. 19.04.2023 - B 3 KR 5/22 R

RID 23-04-81

juris

4. Beziehungen zu Krankenhäusern

a) Sachliche Gründe für eine Verlegung

BSG, Urteil v. 07.03.2023 - B 1 KR 4/22 R

RID 23-04-82

BSGE = SozR 4-2500 § 69 Nr. 12 = KrV 2023, 125 = GesR 2023, 427 = KRS 2023, 276 = SGB 2023, 572

Leitsatz: 1. Für die **Verlegung** eines Versicherten bedarf es eines **sachlichen Grundes**, den das Krankenhaus im Streitfall darzulegen und gegebenenfalls zu **beweisen** hat, es sei denn, die Verlegung verursacht für die Krankenkasse keine Mehrkosten.

2. 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 in Betracht.

3. Ein **übergeordneter Grund der Sicherstellung** ist die Verlegung aus einem Krankenhaus einer höheren in ein Krankenhaus einer niedrigeren Versorgungsstufe, wenn und soweit es der besonderen Mittel des Krankenhauses der höheren Versorgungsstufe nicht (mehr) bedarf und die dortigen Versorgungskapazitäten für andere Patienten benötigt werden.

b) Kodierung von Prozeduren und Komponenten einer Prozedur

BSG, Urteil v. 24.01.2023 - B 1 KR 6/22 R

RID 23-04-83

SozR 4-5562 § 9 Nr. 22 = KRS 2023, 200

Leitsatz: 1. Die **Kodierung von Prozeduren** knüpft nach den Deutschen Kodierrichtlinien an den vom jeweiligen OPS-Code definierten **Eingriff** an und nicht an das mit der Behandlung verfolgte **Ziel**.

2. Nach den Deutschen Kodierrichtlinien für 2016 ist eine Behandlungsmaßnahme **Komponente einer Prozedur** und nicht eigenständig zu kodieren, wenn sie nach den Regeln der ärztlichen Kunst **regelmäßiger Bestandteil** der Prozedur ist und Sonderregelungen nicht eingreifen.

c) Übermittlung falscher Daten an Vergabestelle für Organtransplantationen

BSG, Urteil v. 07.03.2023 - B 1 KR 3/22 R

RID 23-04-84

BSGE = SozR 4-2500 § 109 Nr. 90 = WzS 2023, 188 = KrV 2023, 119 = medstra 2023, 250 = GesR 2023, 433 = KRS 2023, 241 = KH 2023, 737 = ZMGR 2023, 220-

Leitsatz: Der **Vergütungsanspruch** des Krankenhauses für die medizinisch erforderliche Transplantation eines im vorgesehenen Verfahren zugeteilten Organs entfällt nicht dadurch, dass das Krankenhaus **falsche Angaben zur Dringlichkeit der Transplantation** an die Vermittlungsstelle gemeldet hat.

d) Aufwandspauschale: Keine medizinische Begründung für längere Behandlungsdauer

BSG, Urteil v. 07.03.2023 - B 1 KR 11/22 R

RID 23-04-85

SozR 4-2500 § 275c = KrV 2023, 122 = KRS 2023, 259

Leitsatz: Der Anspruch auf Zahlung einer **Aufwandspauschale** scheidet aus, wenn das Krankenhaus seine Pflicht verletzt, auf Verlangen der Krankenkasse eine **medizinische Begründung für die Dauer der Krankenhausbehandlung** zu geben, und es dadurch das Prüfverfahren veranlasst hat.

5. Apotheker: Abrechenbarkeit von Verwürfen zytostatikahaltiger Zubereitungen

BSG, Urteil v. 22.02.2023 - B 3 KR 7/21 R

RID 23-04-86

BSGE = SozR 4 = A&R 2023, 153 = ZMGR 2023, 155 = GesR 2023, 460 = NZS 2023, 776

Leitsatz: Bei den Festlegungen zur Abrechnungsfähigkeit des **Verwurfs von Arzneimittelzubereitungen** in der Hilfstaxe handelt es sich um vertragliche Vergütungsbestimmungen, die schon nach den allgemeinen Grundsätzen dem gerichtlich nur begrenzt überprüfbar **Gestaltungsspielraum** der Vertragspartner obliegen.

6. AMNOG-Verfahren: Vergleichstherapie/Methodenbewertung/Solistenstatus

BSG, Urteil v. 22.02.2023 - B 3 KR 14/21 R

RID 23-04-87

BSGE = SozR 4-2500 § 35a Nr. 8 = A&R 2023, 102 = Die Leistungen Beilage 2023, 170 = PharmR 2023, 346 = KrV 2023, 114 = ZMGR 2023, 150 = MedR 2023, 662

Leitsatz: 1. Die **Nutzenbewertung** ist allein eine Bewertung des medizinischen Zusatznutzens im Verhältnis zur vom Gemeinsamen Bundesausschuss bestimmten zweckmäßigen Vergleichstherapie.
2. Kann eine **zweckmäßige Vergleichstherapie nicht bestimmt** werden, ist über eine Nutzenbewertung nicht zu beschließen und ein begonnenes Nutzenbewertungsverfahren zu beenden.
3. Der **zulassungsüberschreitende Einsatz** von Arzneimitteln ist keine zweckmäßige Vergleichstherapie gegenüber einem zulassungsrechtlichen Solisten.

7. Erstattung: Stationäre Behandlung eines Gefangenen nach Verlegung aus Justizkrankenhaus

BSG, Urteil v. 29.06.2023 - B 1 KR 12/22 R

RID 23-04-88

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

Erstattungsansprüche sind nach **Ablauf der Jahresfrist** nach § 111 SGB X ausgeschlossen. 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**. 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.

C. ENTSCHEIDUNGEN ANDERER GERICHTE

I. Ärztliches Berufsrecht

1. Approbation/Berufserlaubnis

a) Approbationserteilung

aa) Feststellungsbescheid über Ungleichwertigkeit ärztlicher Ausbildung obligatorisch

VG Weimar, Urteil v. 16.02.2023 - 8 K 1446/20 We

RID 23-04-89

www.juris.de
BÄO § 3 II, III 3

Leitsatz: Eine ohne **vorherigen Bescheid** über die **Ungleichwertigkeit** des Ausbildungsstandes durchgeführte Kenntnisprüfung ist rechtswidrig.

bb) Nichtbestehen der ärztlichen Kenntnisprüfung

VG Arnsberg, Urteil v. 31.08.2023 - 7 K 785/22

RID 23-04-90

www.juris.de
BÄO § 3

Leitsatz: 1. Die **Kenntnisprüfung** nach § 3 Abs. 3 Satz 3 BÄO ist nach dem Wortlaut und dem Sinn und Zweck der Regelung eine ärztliche Prüfung i.S.v. § 3 Abs. 1 Satz 7 BÄO.

2. Wenn die nach dem Gesetz vorgesehene Kenntnisprüfung **endgültig nicht bestanden** wurde, ist die Erteilung der ärztlichen Approbation in der Regel ausgeschlossen.

3. Es kann dahinstehen, ob § 3 Abs. 1 Satz 7 BÄO ausnahmsweise dann nicht anzuwenden ist, wenn die Kenntnisprüfung vom Antragsteller zu Unrecht verlangt worden ist, insbesondere wenn die Kenntnisprüfung abgelegt wurde, obwohl zuvor keine **Gleichwertigkeitsprüfung** durchgeführt worden war und auch kein Ausnahmefall nach § 3 Abs. 3 Satz 4 BÄO vorlag.

cc) Vorrang der Gleichwertigkeitsprüfung vor einer Kenntnisprüfung

OVG Sachsen, Urteil v. 29.08.2023 - 2 A 370/22

RID 23-04-91

www.juris.de
BÄO § 3; ÄApprO § 37

Es besteht weder eine Wahlmöglichkeit zwischen **Gleichwertigkeitsprüfung** und Kenntnisprüfung noch kann auf die Gleichwertigkeitsprüfung verzichtet werden. Die Gleichwertigkeitsprüfung ist vorrangig.

Es verstößt gegen § 37 Abs. 1 S. 1 und 2 ÄApprO, in einer **Kenntnisprüfung** neben den Fächern Innere Medizin und Chirurgie zusätzlich im Fach Gynäkologie zu prüfen, aus dem der Vorsitzende der Prüfungskommission stammt.

b) Widerruf der Approbation

aa) Verurteilung wegen sexuellen Missbrauchs unter Ausnutzung eines Behandlungsverhältnisses

VG Würzburg, Beschluss v. 11.09.2023 - W 7 S 23.1028

RID 23-04-92

www.juris.de
BÄO §§ 3 I 1 Nr. 2, 5 II 1; VwGO § 80 V; StGB §§ 174c I, 201 I Nr. 1

Unzuverlässigkeit i.S.d. § 6 Abs. 1 Nr. 1 BÄO ist gegeben, wenn ein Arzt die medizinische Behandlungssituation ausnutzt, um Bild- und Videoaufnahmen von (teilweise) unbedeckten Frauen herzustellen und Patientinnen ohne medizinische Indikation an schambehafteten Körperteilen zu berühren. Dies stellt einen massiven Vertrauensbruch dar. Von einem Arzt ist aber zu erwarten, dass er das Persönlichkeitsrecht und das sexuelle Selbstbestimmungsrecht seiner Angestellten und Patienten

respektiert und diesbezüglich alles unterlässt, was strafrechtliche Relevanz hat (vgl. § 7 Abs. 1 Satz 1 der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns).

Bei Vorliegen einer **Straftat nach § 174c StGB** kann grundsätzlich ohne Weiteres von einer **Unwürdigkeit zur Ausübung des ärztlichen Berufes** ausgegangen werden (vgl. VG Köln, Beschl. v. 16.01.2014 - 7 L 2009/13 - juris Rn. 26, RID 14-01-165; OVG Schleswig-Holstein, Urt. v. 15.07.2003 - 8 ME 96/03 - juris Rn. 12). Gerade **Orthopäden** müssen Untersuchungen vornehmen, die einen engen Kontakt zum Patienten erfordern, wie das manuelle Untersuchen von Körperteilen, Muskeln oder Gelenken oder auch Untersuchungen mit dem Ultraschallgerät. Patienten erwarten deshalb von dem behandelnden Arzt, dass dieser sie allein aus medizinischer Erforderlichkeit heraus untersucht, ohne dabei sexuelle Absichten zu verfolgen. Wenn ein Arzt mehrfach gegenüber Patientinnen und (weiblichen) Angestellten den höchstpersönlichen Lebensbereich verletzt bzw. sexuell übergriffig wird, so ist dies ein Umstand, der die Unwürdigkeit des Arztes begründet.

bb) Verurteilung wegen Volksverhetzung

VG Hannover, Urteil v. 07.11.2022 - 5 A 184/21

RID 23-04-93

www.juris.de

BÄO § 3 I 1 Nr. 2; StGB § 130

Leitsatz: Eine Verurteilung wegen Volksverhetzung ist grundsätzlich **approbationsschädlich**.

cc) Fortgeschrittenes Lebensalter des Arztes unerheblich

VGH Bayern, Beschluss v. 26.10.2023 - 21 ZB 20.2575

RID 23-04-94

www.juris.de

BÄO §§ 3 I 1 Nr. 2, 5 II 1

Der Widerruf der Approbation ist nicht deshalb unverhältnismäßig, weil der Widerruf im Hinblick auf das **fortgeschrittene Lebensalter des Arztes** möglicherweise einem endgültigen **Berufsverbot** gleichkommt und eine Abmilderung der Folgen des Eingriffs in die Berufsfreiheit durch eine spätere Wiedererteilung der Approbation faktisch nicht mehr in Betracht kommt. Bei der Beurteilung der Unwürdigkeit eines Arztes für die weitere Berufsausübung kann bei älteren Ärzten kein anderer Maßstab angelegt werden als bei jüngeren Kollegen (vgl. VGH Baden-Württemberg, Urt. v. 01.12.2003 - 9 S 1138/03 - RID 04-02-249, juris Rn. 9). Liegt Berufsunwürdigkeit vor, so lässt das Gesetz für die zusätzliche Berücksichtigung individueller Umstände wie eines relativ hohen Lebensalters keinen Raum.

Sind die Voraussetzungen der **Berufsunwürdigkeit** im maßgeblichen Beurteilungszeitpunkt des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens erfüllt, ist der mit dem Widerruf der Approbation verbundene Eingriff in die Berufsfreiheit gerechtfertigt, **ohne** dass es einer **zusätzlichen Abwägung** mit den persönlichen Lebensumständen des Betroffenen und den Vollzugsfolgen des Approbationswiderrufs bedarf (vgl. BVerwG, Beschl. v. 31.7.2019 - 3 B 7/18 - juris Rn. 11 f. m.w.N., RID 19-04-127).

Mit seit Juni 2016 rechtskräftig gewordenem Strafbefehl verhängte das Amtsgericht gegen den Kl. eine zur Bewährung ausgesetzte Freiheitsstrafe von elf Monaten wegen gefährlicher Körperverletzung in Tateinheit mit versuchtem Schwangerschaftsabbruch, jeweils in mittelbarer Täterschaft begangen. Der Verurteilung lag folgender **Sachverhalt** zugrunde: Anfang 2014 begab sich Frau K. (Geschädigte) aufgrund eines von ihr vermuteten Burnouts in die Allgemeinarztpraxis des Kl. Im Laufe der Behandlung, die eine Hypnosetherapie einschloss, entwickelte sich zwischen Frau K. und dem Kl. eine Liebesbeziehung. Zu einem nicht mehr genau feststellbaren Zeitpunkt im Mai 2016 teilte Frau K. dem Kl. mit, dass ihre Monatsblutung ausgeblieben sei und sie vermutlich von ihm schwanger sei. Im Rahmen eines privaten Treffens in der Wohnung der Frau K. gab der Kl. dieser gegenüber bewusst wahrheitswidrig vor, er sei auf einer Fortbildung in London auf ein Magnesiumpulver gestoßen, welches Verspannungen löse, und bat Frau K. dieses unter Hypnose mit heißem Wasser einzunehmen. Dem kam Frau K. im Vertrauen auf die Richtigkeit dieser Angaben nach. Tatsächlich handelte es sich bei dem Pulver – wie der Kl. wusste – um das Abtreibungsmittel Cytotec. Im Anschluss an die Einnahme des Medikaments durch die ahnungslose Frau K. stellten sich bei dieser starke, wehenartige Unterleibsschmerzen ein, die in einer Blutung mündeten. Ob Frau K. tatsächlich schwanger war ließ sich nicht klären. Der Kl. handelte jedoch in der Absicht, bei Frau K. einen Schwangerschaftsabbruch herbeizuführen, wobei ihm bewusst war, gegen den Willen von Frau K. zu handeln. Die Regierung von Oberbayern widerrief im September 2019 die Approbation des Kl. als Arzt wegen Unwürdigkeit zur Ausübung des ärztlichen Berufs. **VG**

München, Urt. v. 07.09.2020 - M 16 K 19.5386 - RID 20-04-134 wies die Klage ab. Der *VGH* lehnte den Antrag auf Zulassung der Berufung ab.

c) Berufsausübungserlaubnis

aa) Verlängerung der Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des ärztl. Berufes

VG Augsburg, Beschluss v. 19.06.2023 - Au 8 E 23.922

RID 23-04-95

www.juris.de

BÄO § 10; GG Art. 2 II, 12 I; VwGO § 123 I 2

Im Rahmen der **Interessenabwägung** über eine vorläufige Verlängerung der Berufserlaubnis kann nicht unberücksichtigt bleiben, dass aufgrund der Ergebnisse der bislang erfolgten **Kenntnisprüfungen** nach medizinisch-fachlicher Beurteilung aufgrund möglicher Patientengefährdung eine weitere Verlängerung nicht befürwortet werden kann. Hinsichtlich der **Folgenabwägung** ist darüber hinaus zu berücksichtigen, dass auch bei Nichterteilung der Berufserlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des ärztlichen Berufs der Ausgang des Approbationsverfahrens weiterhin anhängig und offen ist. Im Gegensatz zu diesen weiter offenen Verfahren können die Folgen, die durch eine mögliche Patientengefährdung verursacht werden würden, im Einzelfall irreversibel sein.

bb) Widerruf einer Berufsausübungserlaubnis: Verwertung einer Kenntnisprüfung

VG Augsburg, Beschluss v. 01.08.2023 - Au 8 S 23.1160

RID 23-04-96

www.juris.de

BÄO §§ 3 III, 10; VwGO § 80 V

Unabhängig von der Frage, ob vorrangig eine Gleichwertigkeitsprüfung zwingend durchgeführt werden muss, bevor der Antragsteller auf eine Kenntnisprüfung verwiesen werden kann bzw. dieser freiwillig auf eine Gleichwertigkeitsprüfung verzichten kann, spricht nichts dagegen, die aus der **Kenntnisprüfung** gewonnenen **Erkenntnisse** im Rahmen einer umfänglicheren Prüfung der Entscheidung über den **Widerruf der ärztlichen Berufserlaubnis** zu verwerten.

2. Weiterbildungsbefugnis: Auslaufen der WBO

VG Karlsruhe, Urteil v. 09.03.2023 - 10 K 1287/21

RID 23-04-97

www.juris.de

HeilBKG Baden-Württemberg § 35

Leitsatz: Die Rechtsgrundlage für die Erteilung einer **Weiterbildungsbefugnis** nach der **Weiterbildungsordnung** der Landesärztekammer Baden-Württemberg vom 15.03.2006 i.d.F. vom 12.03.2018 ist mit Ablauf des 30.06.2020 entfallen.

3. Strafrecht

a) Rettungsarzt: Verdacht auf ein Hochrasanztrauma

LG Meiningen, Urteil v. - 3 Ns 375 Js 2491/17

RID 23-04-98

www.juris.de

StGB § 222

Ein Notarzt muss einen Patienten, bei dem der **Verdacht auf ein Hochrasanztrauma** besteht, in ein **Akutkrankenhaus mit Schockraum** verbringen lassen. Dies ist erforderlich, damit ein durch den möglichen Sturz entstandenes Polytrauma ausgeschlossen bzw. eine evtl. vorhandene Beckenfraktur versorgt werden kann.

Das **LG** stellte fest, dass der Angekl. der fahrlässigen Tötung schuldig ist, und verurteilte ihn deshalb zu einer Geldstrafe in Höhe von 150 Tagessätzen zu je 80 €.

b) Unterlassen eines Anästhesisten/Strafzumessung

OLG Hamm, Beschluss v. 09.11.2023 - 3 ORs 60/23

RID 23-04-99

www.juris.de

StGB §§ 13 II, 46, 222; StPO § 267 III 1

Leitsatz: 1. § 13 Abs. 2 StGB ist auch auf Fahrlässigkeitsdelikte anwendbar.

2. Es ist jedenfalls dann nicht rechtsfehlerhaft, einen möglichen **zukünftigen Widerruf der ärztlichen Approbation** in der **Strafzumessung** des trichterlichen Urteils unerörtert zu lassen, wenn ein solcher Widerruf nach den Umständen des konkreten Einzelfalles nicht wahrscheinlich erscheint.

c) Nicht dem ärztlichen Standard entsprechende Bestrahlungsserien

AG Duisburg, Urteil v. 29.09.2021 - 93 Ls 84/20

RID 23-04-100

www.juris.de

StGB § 223

Ein **Facharzt für Radiologie**, der seine Patienten nicht darüber **aufklärt**, dass die von ihm durchgeführte Anzahl an **Bestrahlungsserien** nicht mehr dem **ärztlichen Standard** entsprechen, es sich vielmehr um **individuelle Heilversuche** handelt, handelt ohne Einwilligung und begeht eine strafbare vorsätzliche Körperverletzung.

4. Berufspflichten

a) Probatorische Sitzungen ohne Einwilligung des ebf. sorgeberechtigten Vaters

VG Gießen, Urteil v. 16.11.2022 - 21 K 2830/20 G1.B

RID 23-04-101

BO Psychotherapeutenkammer Hessen §§ 12 I 1, 14 III 2; BGB § 1687 I 2

Eine Psychotherapeutin, die **probatorische Sitzungen ohne Einwilligung** des ebf. sorgeberechtigten - und getrennt lebenden - **Vaters** durchführt, verstößt nicht gegen die Berufsordnung. Probatorische Sitzungen sind nicht Teil der „Behandlung“, sondern dieser vorgelagert. Zudem reicht die **Einwilligung der Mutter** aus, weil es sich um eine Angelegenheit des täglichen Lebens handelt (§ 1687 Abs. 1 S. 2 BGB).

b) Keine Sanktionierung religionswissenschaftlich haltloser Äußerungen

VG Köln, Beschluss v. 26.11.2021 - 35 K 2758/21.T

RID 23-04-102

www.juris.de

HeilBerG NRW § 60; GG Art. 5

Im berufsgerichtlichen Verfahren sind die Ast. als Trägerin mittelbarer Staatsverwaltung und auch das Berufsgericht gem. Art. 1 Abs. 3 GG an die **Grundrechte des GG** gebunden. Berührt eine berufsgerichtliche Sanktion nach § 60 HeilBerG den Beschuldigten in einem berufsgerichtlichen Verfahren in seiner Meinungsfreiheit aus Art. 5 Abs. 1 GG, muss das Berufsgericht die für berufsgerichtliche Verurteilung maßgeblichen berufsrechtlichen Bestimmungen verfassungskonform unter Beachtung der in der BVerfG-Rspr. für Art. 5 Abs. 1 GG entwickelten verfassungsrechtlichen Maßstäbe auslegen und anwenden.

Die Veröffentlichung „Bezugsquelle wurde entfernt“, mit der in einer Art Gerichtsverfahren Kritik an den „Offenbarungsreligionen“ namentlich dem „judaistischen Weltbild“ geübt und vermeintliche Parallelen zwischen Judaismus, Christentum und Nationalsozialismus aufgezeigt werden sollen, unterfällt als mit Tatsachenbehauptungen vermisches Werturteil dem Schutzbereich des Grundrechts der **Meinungsfreiheit**. Die antisemitischen Inhalte der Veröffentlichung sind nicht darauf angelegt, die Friedlichkeit des öffentlichen Meinungsstreits zu verlassen. Die Veröffentlichung des Beschuldigten billigt oder leugnet die an den Juden begangenen Verbrechen des Nationalsozialismus nicht. Soweit sie die Gewalttaten des NS-Regimes durch eine einseitige religionskritische Betrachtung relativiert und verharmlost, ist die Grenze der Meinungsfreiheit dadurch noch nicht überschritten. Der Schutz des Ansehens der Berufsgruppe der Ärzte rechtfertigt nicht, anstößige oder

religionswissenschaftlich haltlose Äußerungen ihrer Mitglieder durch berufsrechtliche Maßnahmen zu sanktionieren.

5. Manipulation von Blutwerten auf Veranlassung des Chefarztes einer Universitätsklinik

OVG Niedersachsen, Urteil v. 20.09.2023 - 3 LD 6/22

RID 23-04-103

www.juris.de

BeamtStG § 34 I; BG Niedersachsen §§ 34 II, 48 I 2, 62 III

Leitsatz: 1. **Zuständig** für die Erhebung einer **Disziplinaranzeige** gegenüber beamteten Professoren der Universität Göttingen ist deren Präsident. § 63h Abs. 6 Nr. 2 NHG stellt insoweit eine Spezialregelung zu der allgemeinen Regelung des § 34 Abs. 2 NDiszG dar.

2. Die Erhebung einer Disziplinaranzeige durch eine **unzuständige Stelle** kann dadurch geheilt werden, dass die zuständige Disziplinaranzeigebehörde die Erhebung der Disziplinaranzeige genehmigt und sich die Ausführungen der ursprünglichen Klageschrift zu eigen macht.

3. Zu den Anforderungen an die **Bestimmtheit der Disziplinaranzeigeschrift** bei einer auf Indizien gestützten Beweisführung.

4. Ein **beamteter Chefarzt** an einer Universitätsklinik verstößt in schwerwiegender Weise gegen die Wohlverhaltenspflicht, wenn er einen ihm untergebenen **Assistenzarzt auffordert**, die Blutproben auch nur eines Patienten zu manipulieren, damit dieser eine **höhere Chance auf Zuteilung eines Spenderorgans** erhält.

6. Arzthaftung: Fingierte Rezepte einer Arzthelferin

OLG Rostock, Urteil v. 13.10.2023 - 4 U 186/21

RID 23-04-104

www.juris.de

BGB §§ 214 I, 421, 426, 823, 831 I 1, 840 II; StGB § 263

Leitsatz: 1. Einem **Apotheker** entsteht kein **Vermögensschaden** im Sinne von § 263 StGB, wenn eine bei ihm beschäftigte **Mitarbeiterin** mit fingierten Verordnungen Krankenkassen betrügt. Ihm stehen deshalb keine eigenen deliktischen Ansprüche gegen seine Mitarbeiterin zu.

2. Der Apotheker kann als Gesamtschuldner von den weiteren an dem Betrug Beteiligten einen **Ausgleich im Innenverhältnis** verlangen, wenn er an die Geschädigten Schadensersatz leistet. Dabei besteht die in § 840 Abs. 2 BGB normierte Haftungsfreistellung des nach § 831 BGB verantwortlichen Geschäftsherrn nur im Verhältnis zum jeweiligen Mitarbeiter. Bei der Höhe der jeweiligen Haftungsanteile sind die Haftungseinheiten zu berücksichtigen.

3. Nach einem **Geständnis im Strafverfahren** trifft den Anspruchsgegner eine gesteigerte **Erwiderungslast**, in deren Rahmen er konkrete Umstände für die von ihm behauptete Unwahrheit seines im Strafverfahren abgelegten Geständnisses darlegen muss (Anschluss an: BGH, Urteil vom 26. August 2021 - III ZR 189/19, juris).

4. Der Geschäftsherr hat auch für **vorsätzliche unerlaubte Handlungen seiner Gehilfen** einzustehen, wenn diese noch im engen objektiven Zusammenhang mit den zugewiesenen Verrichtungen stehen, insbesondere dann, wenn die Gehilfen gerade die übertragenen Pflichten verletzen.

Der kl. Apotheker macht gegen die Bekl. Schadensersatzansprüche im Zusammenhang mit der Abrechnung fingierter ärztlicher Verordnungen geltend. Der Bekl. zu 3) ist Endokrinologe. Die Bekl. zu 2) war beim Bekl. zu 3) als Arzthelferin beschäftigt. Die ehemalige, jetzt gesondert in Anspruch genommene Bekl. zu 1) war als Apothekenhelferin beim Kl. beschäftigt. Die ehemalige Bekl. zu 1) bestellte im Zeitraum vom 13.09.2012 bis zum 16.08.2013 mithilfe fingierter Verordnungen, die den Bekl. zu 3) als Aussteller auswiesen, im Namen des Kl. die in den Verordnungen genannten Medikamente und rechnete sie für die Apotheke ab. Sie übergab einen Teil der gelieferten Medikamente an die Bekl. zu 2), welche diese ebenso wie die ehemalige Bekl. zu 1) an unbekannte Dritte gewinnbringend weiterverkaufte. Die ehemalige Bekl. zu 1) und die Bekl. zu 2) wurden durch LG Schwerin, Urt. v. 06.11.2018 - 32 Kls 12/14 - u.a. rechtskräftig wegen gemeinschaftlich begangenen Betrugs zu Gesamtfreiheitsstrafen von einem Jahr und acht Monaten bzw. zwei Jahren verurteilt. Die Krankenkassen B und C machten gegenüber dem Kl. Rückforderungsansprüche geltend, sog. Retaxierungen, in Höhe von 66.238,58 € und 12.369,24 €. Gegen die Retaxierungsbescheide erhob der Kl. vor dem SG Schwerin Klage. Die Krankenkassen D, E und F reichten ihrerseits wegen der fingierten Verordnungen gegen den Kl. Klage auf Rückzahlung in Höhe von insgesamt 111.126,37 € ein (SG Schwerin - S 8 KR 203/16). Der Kl. forderte die

Bekl. zu 2) erfolglos zur Zahlung von 189.734,21 € und außergerichtlicher Rechtsverfolgungskosten in Höhe von 3.152,19 € auf. Die Bekl. zu 2) habe die fingierten Verordnungen an die ehemalige Bekl. zu 1) übergeben, damit diese die Bestellung der Medikamente auslösen könne. Die ehemalige Bekl. zu 1) und die Bekl. zu 2) würden ihm daher auf Ersatz seines wegen der Betrugshandlungen entstandenen Schadens haften. Der Bekl. zu 3) hafte wegen Verletzung seiner Aufsichtspflichten und betrieblicher Organisationspflichten. LG Schwerin, Beschl. v. 20.07.2021 - 5 O 62/21 - verwies das - abgetrennte - Verfahren hinsichtlich der Bekl. zu 1) an das Arbeitsgericht Schwerin. **LG Schwerin**, Urt. v. 13.09.2021 verurteilte die Bekl. zu 2) - unter Abweisung der gegen sie gerichteten weitergehenden Klage - als Gesamtschuldnerin neben der gesondert in Anspruch genommenen ehemaligen Bekl. zu 1), den Kl. von Ansprüchen der B, C und D freizustellen. Gegen das Urteil haben der Kl. Berufung und die Bekl. zu 2) Anschlussberufung eingelegt. Der Kl. erklärte den Rechtsstreit Höhe eines Teilbetrages von 94.867,12 € für erledigt, da er sich mit den Krankenkassen auf 50 % der Regresssummen geeinigt habe. Das **OLG** verurteilte die Bekl. zu 2) und 3) als Gesamtschuldner neben der gesondert in Anspruch genommenen Bekl. zu 1), an den Kl. 47.433,55 € (nebst Zinsen) zu zahlen, und die Bekl. zu 2) neben der gesondert in Anspruch genommenen Bekl. zu 1), an den Kl. weitere 23.716,77 € nebst Zinsen zu zahlen. Es stellte fest, dass der Rechtsstreit in der Hauptsache betreffend den Bekl. zu 3) in Höhe eines Teilbetrages von 47.433,56 € und betreffend die Bekl. zu 2) in Höhe eines Teilbetrages von 71.150,34 € erledigt ist. Die weitergehende Klage wies es ab.

Aus den Gründen:

„76 c) Der **Beklagte zu 3) haftet den Krankenkassen** gemäß § 831 BGB i.V.m. §§ 823 Abs. 2 BGB, 263 StGB auf Ersatz der durch die Betrugshandlungen seiner Mitarbeiterin, der Beklagten zu 2), entstandenen Schäden.

77 aa) § 831 BGB ist ein **eigenständiger Haftungstatbestand**. Der Geschäftsherr haftet, wenn sein Verrichtungsgehilfe den objektiven Tatbestand einer unerlaubten Handlung erfüllt und einem Dritten in Ausführung der Verrichtung rechtswidrig einen Schaden verursacht hat (vgl. Grüneberg/Sprau, a.a.O., § 831 Rn. 1, 8). Diese Voraussetzungen liegen hier vor. Die Beklagte zu 2) war Mitarbeiterin des Beklagten zu 3) und in ihrer Funktion als Arzthelferin auch für die Ausstellung von Verordnungen über Medikamente zuständig.

78 Zu Recht ist das Landgericht davon ausgegangen, dass ein vorsätzlich verbotswidriges und kriminelles Handeln ein Handeln in Ausführung der Verrichtung nicht ausschließt und dass der **Geschäftsherr auch für vorsätzliche unerlaubte Handlungen seiner Gehilfen einzustehen hat**, wenn diese noch im engen objektiven Zusammenhang mit den zugewiesenen Verrichtungen stehen, insbesondere dann, wenn die Gehilfen gerade die übertragenen Pflichten verletzen (vgl. BGH, Urteil vom 12.06.1997 - I ZR 36/95, juris Rn. 31; Grüneberg/Sprau, a.a.O., Rn. 9). Das war hier der Fall. Bei dem **Ausstellen von Verordnungen** über Medikamente handelte die Beklagte zu 2) **innerhalb der ihr vom Beklagten zu 3) übertragenen Aufgaben**.

79 bb) Der Beklagte zu 3) hat den ihm nach § 831 Abs. 1 Satz 2 BGB möglichen **Entlastungsbeweis**, wonach die Ersatzpflicht für den Verrichtungsgehilfen nicht eintritt, wenn der Geschäftsherr bei der Auswahl der bestellten Person und - sofern er die Ausführung der Verrichtung zu leiten hat - bei der Leitung die im Verkehr erforderliche Sorgfalt beachtet oder wenn der Schaden auch bei Anwendung dieser Sorgfalt entstanden sein würde, nicht geführt.

80 (1) Das Landgericht hätte es nicht dahinstehen lassen dürfen, ob der Beklagte zu 3) für die Betrugshandlungen seiner Mitarbeiterin, der Beklagten zu 2), haftet. Denn wegen der unterschiedlichen Haftungseinheiten kommt es hier - worauf nachfolgend noch einzugehen ist - entscheidend darauf an, ob sich der Beklagte zu 3) nach § 831 Abs. 1 Satz 2 BGB entlasten kann.

81 (2) Der Beklagte zu 3) hat den ihm obliegenden Entlastungsbeweis nicht geführt.

82 Er hat hierzu vorgetragen, dass die Beklagte zu 2) bereits seit mehreren Jahren in der Arztpraxis tätig gewesen und auch bislang nicht negativ aufgefallen sei. Ferner hat er dargelegt, dass und wie die Überwachung der Arzthelferinnen durch die elektronisch angelegten Karteikarten sowie durch die automatische Erstellung sog. Tageslisten gewährleistet sei. Diese Tageslisten, die pro Tag etwa 70 - 100 Patienten umfassen und die einen direkten Zugriff auf die Karteikarte des jeweiligen Patienten ermöglichen, sichte er jeden Tag nach Beendigung der Sprechstunde und bei Auffälligkeiten überprüfe er unverzüglich die entsprechende Patientenkarteikarte. So könne er auf Auffälligkeiten im Rahmen der Rezeptausstellung sofort reagieren. Sofern es dennoch zu einer Fälschung seiner Unterschrift gekommen sei, könne ihm dies nicht angelastet werden.

83 Ob diese Maßnahmen ausreichten, was der Kläger im Hinblick auf eine standardgemäße Arbeitserleichterung in Arztpraxen durch die elektronische Bearbeitung und Speicherung von Patientendaten verneint, bedarf hier keiner abschließenden Entscheidung. Denn der Kläger hat unter Bezugnahme auf das Strafurteil darauf verwiesen, dass der **Beklagte zu 3) unterzeichnete Blankoverordnungen vorgehalten** habe, wodurch die Beklagte zu 2) die fingierten Rezepte problemlos habe ausstellen können. Diesen Vorwurf konnte der Beklagte zu 3) nicht entkräften.

84 Mit seinem Einwand, die Formulierung im Strafurteil, „... druckte das Rezept aus und versah die Rezepte mit der leicht zu fälschenden Unterschrift des Arztes N., sofern sie nicht bereits von Herrn N. unterzeichnete Blankorezepte für den Ausdruck verwendet hatte“, beruhe darauf, dass die im Strafverfahren vorliegenden Originalrezepte aus tatsächlichen Gründen nicht mehr auf Fingerabdrücke hätten geprüft werden können und das Strafgericht davon abgesehen habe, ein Sachverständigengutachten einzuholen, um auch eine Urkundenfälschung der Beklagten zu 2) durch Hinzusetzen der gefälschten Unterschrift des Beklagten zu 3) nachzuweisen, dringt der Beklagte zu 3) nicht durch. Denn im vorliegenden Verfahren muss er gemäß § 831 Abs. 1 Satz 2 BGB **zu seiner Entlastung beweisen, dass die Beklagte zu 2) keinen Zugang zu von ihm bereits unterzeichneten Blankoverordnungen** hatte. Diesen Beweis hat er nicht geführt.

85 Auch die von ihm als Anlagen zum Schriftsatz vom 28.08.2023 zur Akte gereichten Abschriften der rechtskräftigen Urteile des Sozialgerichts Schwerin vom 14.06.2023 in den Verfahren S 6 KA 14/20 (E ./ Gem. Beschwerdeausschuss) bzw. S 6 KA 15/20 (D ./ Gem. Beschwerdeausschuss), sind dem Beklagten zu 3) nicht behilflich. Das Sozialgericht hat jeweils ausgeführt, dass die Ausstellung von Blankorezepten, d.h. nur vom Arzt unterschriebenen, aber ansonsten nicht ausgefüllten Rezeptvordrucken und deren unkontrollierte Aufbewahrung in den Praxisräumen einen gröblichen Pflichtverstoß des

Vertragsarztes darstelle. Im vorliegenden Fall sei aber nicht feststellbar, dass die streitigen Verordnungen, auf die die Klägerin ihren Schadensersatzanspruch stützt, als Blankorezepte ausgestellt worden waren, was zu Lasten der beweisbelasteten Klägerin gehe. Im Hinblick auf den Vorwurf der schadensverursachenden Vorratshaltung von Blankorezepten liege eine non-liquet-Situation vor. Es sei trotz Ausschöpfung aller Erkenntnisquellen bei teilweise widerstreitenden Angaben der am Strafverfahren Beteiligten nicht aufzuklären, ob und in welchem Umfang in der Praxis des Beigeladenen zu 2 - hier der Beklagte zu 3) - Blankorezeptformulare zirkulierten und bevorratet wurden. Im vorliegenden Verfahren geht diese non-liquet-Situation zu Lasten des Beklagten zu 3).

86 Der Beklagte zu 3) kann auch nicht mit Erfolg einwenden, dass der Schaden selbst bei Anwendung der erforderlichen Sorgfalt entstanden wäre, weil die Beklagte zu 2) seine Sicherheitsmaßnahmen systematisch umgangen habe. Zwar ist ihm zuzustimmen, dass eine lückenlose Überwachung von Mitarbeitern weder möglich noch gewollt ist. Allerdings steht der vom Beklagten zu 3) nicht zu entkräftende Vorwurf des Vorhaltens unterzeichneter Blankorezepte im Raum, die die Betrugshandlungen der Beklagten zu 2) mindestens ermöglicht haben. (...)

7. EuGH: Kostenfreie Zurverfügungstellung der Patientenakte

EuGH, Urteil v. 26.10.2023 - C-307/22

RID 23-04-105

www.juris.de

BGB § 630g II 2; EUV 2016/679

Auf die Vorlagefragen (BGH, Beschl. v. 29.03.2022 - VI ZR 1352/20 - RID 22-02-153; hierzu EuGH, Generalanwalt, Schlussantrag v. 20.04.2023 - C-307/22 - RID 23-03-150) hat der Gerichtshof (Erste Kammer) für Recht erkannt:

1. Art. 12 Abs. 5 sowie Art. 15 Abs. 1 und 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 die Verpflichtung des Verantwortlichen, der betroffenen Person **unentgeltlich eine erste Kopie** ihrer personenbezogenen Daten, die Gegenstand einer Verarbeitung sind, zur Verfügung zu stellen, auch dann gilt, wenn der betreffende Antrag mit einem anderen als den in Satz 1 des 63. Erwägungsgrundes der Verordnung genannten Zwecken begründet wird.

2. Art. 23 Abs. 1 Buchst. i der Verordnung 2016/679 ist dahin auszulegen, dass eine **nationale Regelung**, die **vor dem Inkrafttreten dieser Verordnung erlassen** wurde, in den Anwendungsbereich dieser Bestimmung fallen kann. Eine solche Möglichkeit erlaubt es jedoch nicht, eine nationale Regelung zu erlassen, die der betroffenen Person zum Schutz der wirtschaftlichen Interessen des Verantwortlichen die Kosten für eine erste Kopie ihrer personenbezogenen Daten, die Gegenstand der Verarbeitung durch den Verantwortlichen sind, auferlegt.

3. Art. 15 Abs. 3 Satz 1 der Verordnung 2016/679 ist dahin auszulegen, dass im Rahmen eines **Arzt-Patienten-Verhältnisses** das Recht auf Erhalt einer Kopie der personenbezogenen Daten, die Gegenstand einer Verarbeitung sind, umfasst, dass der betroffenen Person eine **originalgetreue und verständliche Reproduktion aller dieser Daten** überlassen wird. Dieses Recht setzt voraus, eine vollständige Kopie der Dokumente zu erhalten, die sich in der **Patientenakte** befinden und unter anderem diese Daten enthalten, wenn die Zurverfügungstellung einer solchen Kopie erforderlich ist, um der betroffenen Person die Überprüfung der Richtigkeit und Vollständigkeit der Daten zu ermöglichen und die Verständlichkeit der Daten zu gewährleisten. In Bezug auf die Gesundheitsdaten der betroffenen Person schließt dieses Recht jedenfalls das Recht ein, eine Kopie der Daten aus ihrer Patientenakte zu erhalten, die Informationen wie beispielsweise Diagnosen, Untersuchungsergebnisse, Befunde der behandelnden Ärzte und Angaben zu an ihr vorgenommenen Behandlungen oder Eingriffen umfasst.

8. Landarztprämie

VG München, Urteil v. 28.11.2022 - M 31 K 21.5475

RID 23-04-106

www.juris.de

GG Art. 3 I; BayVerf Art. 118 I

Auf Grundlage der bayerischen Richtlinie über die Gewährung einer Landarztprämie (Landarztprämienrichtlinie – LAPR) werden in einem sog. Landarztprämiengebiet jeweils einmalig Prämien für die vertragsärztliche Niederlassung als Hausarzt gewährt (Ziff. 3 und 3.1 LAPR). Nach Ziff. 2 Satz 1 LAPR ist ein **Landarztprämiengebiet** im Wesentlichen jeder Planungsbereich des

Bedarfsplans der KV Bayerns (Planungsbereich), für den vom Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in Bayern keine Zulassungsbeschränkungen nach § 103 Abs. 1 SGB V angeordnet sind. Zusätzlich ist Voraussetzung, dass die Niederlassung in einer bayerischen Gemeinde mit höchstens – für den Fall einer Niederlassung als Hausarzt – **20.000 Einwohnern** erfolgt (Ziff. 4.1 LAPR). Soweit im Zusammenhang einer dergestalt zu fördernden Niederlassung ein anderer Vertragsarztsitz aufgegeben wird, gewährt der Beklagte in seiner ständigen Zuwendungspraxis auf der Grundlage der Ziff. 3.3 Satz 3 LAPR nur dann eine Landarztprämie, wenn sich der bisherige **Vertragsarztsitz außerhalb des Landarztprämiegebietes** und der andere (zu fördernde) Vertragsarztsitz im Landarztprämiegebiet befindet. Diese Zuwendungspraxis ist als solche sowie in ihrer Anwendung im konkreten Fall ist nicht zu beanstanden.

Es begegnet keinen Bedenken, wenn der Zuwendungsgeber eine Landarztprämie nur dann gewährt, wenn die ambulante ärztliche Versorgung in Regionen mit aktuell entsprechendem Bedarf **verstärkt** wird, nicht aber dann, wenn dies **gleichzeitig auf Kosten anderer Regionen** geht, in denen nach den vorgenannten Kriterien ebf. ein Förderungsbedarf besteht. Es erscheint nachvollziehbar und sachgerecht, wenn der Zuwendungsgeber sich nicht lediglich auf die Förderung einzelner Regionen beschränkt, in denen entsprechender Bedarf besteht, sondern eine landesweite Betrachtung anstellt und insgesamt und mit Blick auf alle gegebenenfalls unterversorgten Regionen eine entsprechende Steuerungswirkung erzielen will. Ausgehend von diesem Förderansatz ist es konsequent, Konstellationen nicht zu fördern, in denen die gewünschte Verbesserung der ambulanten ärztlichen Versorgung in einer Region auf Kosten einer ebf. nach den Kriterien der Richtlinie unterversorgten Region geht.

Parallelverfahren:

VG München, Urteil v. 28.11.2022 - M 31 K 21.5478

RID 23-04-107

www.juris.de

II. Arzthaftung

1. BGH: Nichtberücksichtigung eines Beweisangebots (Hinzuziehen eines Arztes durch Hebamme)

BGH, Beschluss v. 12.09.2023 - VI ZR 371/21

RID 23-04-108

www.juris.de

ZPO § 544 IX; GG Art. 103 I

Leitsatz: Die Nichtberücksichtigung eines **erheblichen Beweisangebots**, die im Prozessrecht keine Stütze hat, verstößt gegen Art. 103 Abs. 1 GG (st. Rspr. vgl. nur BGH, Beschl. v. 10.04.2018 - VI ZR 378/17 - juris).

Der **BGH** hob auf die Nichtzulassungsbeschwerde der Bekl. **OLG Rostock**, Urt. v. 05.11.2021 - 5 U 119/13 - RID 22-01-182 auf und verwies die Sache zur neuen Verhandlung und Entscheidung, auch über die Kosten des Nichtzulassungsbeschwerdeverfahrens, an das Berufungsgericht zurück.

2. Behandlungsfehler

a) Übersehen eines sichtbaren Nebenbefunds durch Radiologen

OLG Dresden, Urteil v. 10.10.2023 - 4 U 634/23

RID 23-04-109

www.juris.de

BGB §§ 630a ff., 823

Leitsatz: 1. Ein **Radiologe**, dem ein Patient mit der Befundbeschreibung „Kopfschmerzen“ zum MRT überwiesen wird, darf auch von einem **sichtbaren Nebenbefund** außerhalb des Gehirnschädels nicht die Augen verschließen.

2. Ist er in medizinischer Sicht nicht selbst verpflichtet, diesen Zufallsbefund abzuklären, hat er ihm im **Arztbrief** an den überweisenden Behandler aufzunehmen.

3. Unterbleibt diese Mitteilung, weil der Radiologe einen erkennbaren Nebenbefund übersieht, stellt dies einen **Diagnosefehler** dar.

b) Geburtsschaden: Rente als Schmerzensgeld

OLG Rostock, Urteil v. 02.06.2023 - 5 U 91/17

RID 23-04-110

www.juris.de

BGB §§ 249, 253 II, 280 I, 611, 823 I

Leitsatz: 1. Bei **schwersten unter der Geburt erlittenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen**, die zu körperlichen und geistigen Beeinträchtigungen sowie erheblichen psychischen Belastungen geführt haben, kann der Verletzten neben einem Kapitalbetrag auch eine **Rente als Schmerzensgeld** zustehen.
2. Zur **Bemessung des Schmerzensgeldes** (hier: € 380.000,-) bei einer 13-Jährigen, bei der Zeit ihres Lebens keine Besserungen zu erwarten sind, die eine wesentliche Änderung des Zustandes mit sich bringen werden, sondern vielmehr kontinuierlich anhaltende Fördermaßnahmen erforderlich werden, um Verschlechterungen zu vermeiden und den erreichten Zustand zu sichern.

c) Planungs-, Aufklärungs- und Behandlungsfehler bei Zahnsanierung eines Oberkiefers

LG Karlsruhe, Urteil v. 26.07.2023 - 6 O 140/17

RID 23-04-111

www.juris.de

BGB §§ 253, 278, 280, 630e I, 823 I

Leitsatz: 1. Zur fachgerechten **prothetischen Planung** gehören verschiedene Befunderhebungen mit Überprüfung der Werthaltigkeit der zu überkronenden Zähne: Vitalitätsprüfung, Prüfung der Lockerung, Paradontalzustand (Zahnhalteapparat - Zahnfleisch, Kieferknochen, Paradontalspalt, Wurzelhaut, Faserapparat der Zahnbefestigung), Röntgenbefunde und weitere Indizes.
2. Ist die prothetische **Planung** im Hinblick auf die gewählte Behandlung **nicht ausreichend**, so kann der Patient durch den behandelnden Zahnarzt grundsätzlich auch nicht ordnungsgemäß **aufgeklärt** werden.
3. Zur Bemessung des **Schmerzensgeldes** bei wegen fehlerhafter Aufklärung rechtswidriger Implantatbehandlung des Oberkiefers, dem Verlust von 2 Zähnen durch Behandlungsfehler und der Verlängerung der Leidenszeit durch notwendige Nachbehandlungen.

3. Aufklärung

a) Eingriffsaufklärung: Beweislast für Schaden

OLG Dresden, Beschluss v. 14.08.2023 - 4 U 245/23

RID 23-04-112

www.juris.de

BGB V §§ 630a ff.

Leitsatz: Auch bei der **Eingriffsaufklärung** hat der Patient darzulegen und zu **beweisen**, dass er infolge eines unterbliebenen therapeutischen Hinweises einen **Schaden** erlitten hat.

Siehe auch den Hinweisbeschluss: OLG Dresden, Beschl. v. 19.07.2023 - 4 U 245/23 - RID 23-03-167.

b) Wahl der Narkosemethode

OLG Hamm, Urteil v. 31.05.2023 - 3 U 69/22

RID 23-04-113

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: BGH - VI ZR 211/23 -

www.juris.de

BGB §§ 630h III

Die **Intubationsnarkose** ist als Anästhesiemethode zur Durchführung einer **Lipomentfernung** an der Thoraxwand auch bei Vorliegen eines schwierigen Atemweges - dann ggfs. mit entsprechenden Hilfsmitteln - indiziert.

Auch bei Vorliegen eines „normalen“, nicht schwierigen Atemwegs lässt der Umstand der eingetretenen Blutung keinen Rückschluss darauf zu, dass die **Intubation** (oder die Entfernung des Tubus bei vermuteter Fehllage) unter Verstoß gegen den fachärztlich gebotenen Standard erfolgt sein muss. Es handelt sich hierbei zwar um eine sehr seltene, aber dennoch typische Komplikation.

Die Wahl der **Narkosemethode** ist nicht dem Patienten zu überlassen, sondern der Anästhesist - ggfs. in Absprache mit dem Operateur - hat die Freiheit, die anzuwendende Narkosemethode danach auszuwählen, wie sie seiner Ausbildung, Erfahrung und Praxis entspricht. Es handelt sich mithin um den klassischen Fall der im Ermessen des Behandlers stehenden Methodenwahl und eben nicht um eine echte aufklärungspflichtige Behandlungsalternative.

c) Geburt: Geburtseinleitung/Sekundäre Sectio

OLG Saarbrücken, Urteil v. 29.03.2023 - 1 U 81/21

RID 23-04-114

www.juris.de

BGB §§ 249 II, 253 II, 278, 280 I, 328, 611, 823 I, 831, 843

Leitsatz: 1. Führt der Arzt eine Behandlungsmaßnahme infolge **unzureichender Aufklärung** ohne wirksame Einwilligung des Patienten aus, verletzt er damit zwar seine vertraglichen Pflichten und ist zugleich die durchgeführte Behandlungsmaßnahme rechtswidrig im Sinne von § 823 Abs. 1 BGB, sodass bei Vorliegen der weiteren Voraussetzungen, namentlich, wenn der Patient infolge der nicht von einer wirksamen Einwilligung gedeckten Behandlung auch einen Schaden an Körper oder Gesundheit erlitten hat, dem Patienten ein **Schadensersatz- und Schmerzensgeldanspruch** gemäß §§ 249 ff., 253 Abs. 2 BGB zustehen kann. Voraussetzung einer Haftung des Behandelnden ist jedoch stets und zwar sowohl im Bereich der deliktsrechtlichen als auch im Bereich der vertraglichen Anspruchsgrundlagen, dass die Behandlung auch nachweislich zu einer **Beeinträchtigung der Gesundheit des Patienten** geführt hat.

2. Kann ein **gesundheitlicher Primärschaden** – also die als erster Verletzungserfolg geltend gemachte Schädigung des Rechtsguts der körperlichen Integrität in seiner konkreten Ausprägung – noch nicht aus der infolge einer unzureichenden Aufklärung pflicht- und rechtswidrigen Behandlungsmaßnahme selbst abgeleitet werden, so muss der **Nachweis** eines solchen durch den Patienten (hier: das ungeborene Kind) geführt werden, wobei insoweit das Beweismaß des § 286 Abs. 1 ZPO gilt.

3. Verwirklicht sich bei einer **Geburtseinleitung mittels Misoprostol (Cytotec)** ausschließlich dasjenige spezifische Behandlungsrisiko, das mit der medikamentösen Geburtseinleitung gerade intendiert und über welches die Schwangere hinreichend aufgeklärt war, dann scheidet eine Haftung der Behandlerseite wegen etwaig unzureichender **Risikoaufklärung** im Übrigen unter Schutzzweckgesichtspunkten aus.

4. Eine Pflicht des geburtsleitenden Arztes zur vorgezogenen **Aufklärung über eine sekundäre Sectio** besteht, wenn aus medizinischer Sicht ex ante aufgrund konkreter Umstände deutliche Anzeichen dafür bestehen, dass sich der Geburtsvorgang so entwickeln kann, dass eine Schnittentbindung zu einer echten bis hin zu gebotenen Alternative zur vaginalen Entbindung werden wird. Ein solcher Fall liegt nicht vor, wenn aus medizinischer Sicht ex ante lediglich von einer leichten Erhöhung der Grundwahrscheinlichkeit für eine sekundäre Sectio auszugehen ist.

d) Versicherungsschutz für die Einlagerung der kryokonservierten Eizellen

LG Bielefeld, Urteil v. 07.07.2023 - 4 O 275/22

RID 23-04-115

www.juris.de

BGB §§ 630d I 1. 630e I

Der Betreiber einer **Kinderwunschpraxis** ist nicht verpflichtet, eine Patientin über den fehlenden **Versicherungsschutz** für die Einlagerung der kryokonservierten Eizellen aufzuklären.

e) Wiederaufgreifen einer Aufklärungspflichtverletzung im Berufungsverfahren

OLG Dresden, Beschluss v. 12.10.2023 - 4 U 466/23

RID 23-04-116

www.juris.de

ZPO §§ 286, 531, 533

Leitsatz: 1. Wird in erster Instanz der Vorwurf einer **Aufklärungspflichtverletzung** neben Behandlungsfehlern nicht mehr weiterverfolgt, stellt dessen **Wiederaufgreifen** in der Berufungsbegründung die Einführung eines **neuen Streitgegenstandes** dar.

2. Für eine **ergänzende Beweisaufnahme** in der **Berufungsinstanz** genügt es nicht, wenn die Partei der durch ein Sachverständigengutachten unteretzten Begründung des erstinstanzlichen Urteils lediglich ihre abweichende Meinung entgegenstellt (Festhaltung Senat, Beschl. v. 10.01.2023 - 4 U 750/19 -; v. 04.11.2019 - 4 U 1388/19 - RID 20-02-158).

4. Anspruch auf Auskunftserteilung gegenüber Krankenhausträgerin

OLG Frankfurt a. M., Urteil v. 07.07.2023 - 25 U 306/21

RID 23-04-117

www.juris.de = GesR 2023, 573

BGB § 630c II

Eine **Informationspflicht des Behandlers** besteht, wenn Umstände erkennbar sind, die die Annahme eines Behandlungsfehlers begründen. Der bloße Verdacht oder eine Vermutung reicht nicht aus, erforderlich sind konkrete Anhaltspunkte für eine defizitäre Behandlung. Eine Recherchepflicht des Behandelnden zur Abklärung möglicher, für ihn aber nicht erkennbarer Behandlungsfehler besteht nicht. Die Norm verfolgt auch nicht als Sekundärzweck, die Verfolgung von Schadensersatzansprüchen zu erleichtern.

Diesem Anspruch auf Auskunftserteilung kommt eine Krankenhausträgerin durch ein **Schreiben** der sie insofern vertretenen **Versicherung** nach, in dem substantiiert ausgeführt wird, dass die Behandlung in der Klinik dem ärztlichen Standard entsprochen hat und in dem der Behandlungsverlauf erläutert wird. Es besteht keine Verpflichtung der Krankenhausträgerin, „höchstpersönlich“ tätig zu werden. **Behandler** im Sinne des § 630c Abs. 2 S. 2 BGB ist nicht derjenige, der die Behandlung körperlich vollzogen hat, sondern der Vertragspartner des Patienten im Sinne der Legaldefinition in § 630a Abs. 1 BGB und damit derjenige, welcher die medizinische Behandlung eines Patienten zusagt. Bei einem totalen Krankenhausvertrag wird alleiniger Vertragspartner des Patienten der Krankenhausträger.

Anhang I: BSG - Anhängige Revisionen Vertragsarztrecht

Stand: 22.11.2023. 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 Termin: 13.12.2023	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 Termin: 13.12.2023	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 Notfalleistungen eines Klinikums im Widerspruchsverfahren um den zuvor versehentlich nicht berücksichtigten Investitionskostenabschlag (§ 120 Absatz 3 Satz 2 SGB V in der Fassung bis zum 31.12.2015) auf das Gesamthonorar gekürzt wird?	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				
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 KV-Notdienst (KV Hessen)	B 6 KA 18/22 R B 6 KA 19/22 R B 6 KA 4/23 R	Ist die Kassenärztliche Vereinigung Hessen ermächtigt, eine Beitragsheranziehung zu Lasten von Privatärzten (im Rahmen einer verpflichtenden Teilnahme am ärztlichen Bereitschaftsdienst) zu normieren?	LSG Hessen , Urtr. v. 27.07.2022 - L 4 KA 19/22 - - L 4 KA 20/22 -	23-01-16 23-01-14

			v. 25.01.2023 - L 4 KA 17/22 -	23-02-20
Sachlich-rechnerische Berichtigung				
Zeitbezogene Plausibilitätsprüfung: Fremdanamnese	B 6 KA 25/22 R		<i>LSG Baden-Württemberg</i> , 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 Termin: 13.12.2023	Kann ein Honorarverteilungsmaßstab regeln, dass die für die Abrechnung erforderlichen Erklärungen bei einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) von dessen ärztlichen Leiter zu unterschreiben sind?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , 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?	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 08.02.2023 - L 12 KA 31/22 -	23-03-22
Zulassung und Ermächtigung				
Auswahlentscheidung nach teilweiser Entsperrung: Verzicht und Erledigung	B 6 KA 11/23 R	Gilt der Grundsatz, dass sich das Zulassungsverfahren für einen unterlegenen Mitbewerber erledigt, wenn der einzige verbliebene Konkurrent im Laufe des Verfahrens seinen Verzicht auf die erteilte Zulassung erklärt, auch im Falle eines Zulassungsverfahrens nach teilweiser Entsperrung des Planungsbereichs (vergleiche Bundessozialgericht Urteil vom 15.7.2015 - B 6 KA 31/14 R = SozR 4-1500 § 131 Nummer 9)?	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 14.09.2022 - L 12 KA 36/21 -	23-03-31 NZB
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.	<i>SG Magdeburg</i> , Urt. v. 18.01.2023 - S 1 KA 244/21 -	23-03-33
Gesamtvergütung/Integrierte Versorgung/Aufsicht/GBA/KV/ Pädiatrische Spezialambulanz/Hausarztzentrierte Versorgung				
Schiedsspruch: Differenzbetrags- regelung 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.	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 26.04.2023 - L 7 KA 19/22 KL -	23-03-37
Hausarztzentrierte Versorgung: Fehlerhafte Abrechnung des Arztes	B 6 KA 1/23 R	Kann die Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz nach den in ihrem Bezirk geltenden Regelungen von der Krankenkasse die Vergütung der im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung erbrachten Leistungen verlangen, wenn diese Leistungen aufgrund eines fehlerhaften Abrechnungsverhaltens des Vertragsarztes nicht oder nicht allein innerhalb der hausarztzentrierten Versorgung gegenüber der Krankenkasse, sondern innerhalb der vertragsärztlichen Regelversorgung gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung abgerechnet wurden?	<i>SG Mainz</i> , Urt. v. 07.09.2022 - S 7 KA 36/19 -	23-02-29

Erweiterte Honorarverteilung (EHV) der KV Hessen

Sonstiges/Verfahrensrecht

Anhang II: BSG - Anhängige Revisionen Krankenversicherung

Stand: 22.11.2023. 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 NZZ
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
Kryokonservierung der Eizellen vor Inkrafttreten der Kryo-RL	B 1 KR 21/23 R	Muss die gesetzliche Krankenversicherung schon ab Inkrafttreten von § 27a Absatz 4 SGB V am 11.5.2019 die Kosten für Kryokonservierungsleistungen übernehmen oder erst für solche, die ab Inkrafttreten der „Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Kryokonservierung von Ei- oder Samenzellen oder Keimzellgewebe sowie entsprechende medizinische Maßnahmen wegen keimzellschädigender Therapie“ am 20.2.2021 erbracht wurden?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 02.08.2022 - L 11 KR 3078/20 -	23-04-29 NZZ
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 Erledigungserklärung der Beteiligten am 27.09.2023	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
Stationäre Behandlung				
	B 1 KR 10/23 R	Zur Frage, ob und unter welchen Voraussetzungen nach Erlass der Qualitätssicherungs-Richtlinie Liposuktion des Gemeinsamen Bundesausschusses eine Versicherte mit einem BMI > 44 kg/m ² einen Anspruch gemäß § 137c Absatz 3 SGB V auf Versorgung mit einer stationären Liposuktion als Potentialleistung haben kann.	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 19.01.2023 - L 5 KR 345/19 -	23-02-53
Auslandskrankenbehandlung				
Arzneimittel				
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?	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 24.03.2022 - L 4 KR 669/19 -	23-03-61

		Zum Anspruch Versicherter auf Versorgung mit Cannabis durch die Krankenkassen nach vertragsärztlicher Einschätzung.		
Hilfsmittel/Heilmittel				
Verknüpfung von Hilfsmittel und Behandlungsmethode	B 3 KR 12/23 R	Zur Verknüpfung von Hilfsmittel und Behandlungsmethode.	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urt. v. 01.06.2023 - L 4 KR 330/22 -	
Rollstuhlzuggerät	B 3 KR 13/22 R	Zur Frage der Notwendigkeit einer Hilfsmittelversorgung mit einem elektrischen Rollstuhlzuggerät.	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urt. v. 13.12.2021 - L 4 KR 526/20 -	23-02-67 NZZ
Therapiedreirad mit Elektromotor	B 3 KR 7/23 R	Zur Notwendigkeit einer Hilfsmittelversorgung für eine Erwachsene mit einem durch Elektromotor unterstützten Therapiedreirad.	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urt. v. 23.08.2022 - L 4 KR 170/20 -	23-04-39 NZZ
Dekubitus-Matratze	B 3 KR 17/22 R	Zur Frage der Hilfsmittelleigenschaft einer Dekubitus-Matratze zum Behinderungsausgleich.	<i>LSG Sachsen</i> , Urt. v. 09.09.2021 - L 9 KR 333/19 -	23-01-69
Hochbrechende Kunststoffgläser	B 3 KR 16/22 R	Besteht ein Anspruch eines Kindes auf Versorgung mit Brillengläsern auch bei Nichtvorliegen von Indikationen nach der Hilfsmittel-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA)?	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , Urt. v. 07.04.2022 - L 5 KR 174/21 -	23-01-62 NZZ
Hörgerät: Unterschied von 5%-Punkten bei Störschall	B 3 KR 13/23 R	Hörgerät: Unterschied von 5%-Punkten bei Störschall Handelt es sich unter Anwendung des sogenannten Freiburger Sprachtests im freien Schallfeld bei einem Messunterschied von 5%-Punkten und im Störschall bei einem Messunterschied von bis zu 5%-Punkten zwischen zuzahlungspflichtigen und zuzahlungsfreien Hörgeräten um einen wesentlichen Gebrauchsvorteil oder um eine Messtoleranz?	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urt. v. 18.01.2023 - L 4 KR 219/22 -	23-04-41
Häusliche Krankenpflege/Haushaltshilfe				
Fahrkosten				
Stufenweise Wiedereingliederung in Erwerbsleben	B 1 KR 4/23 R B 1 KR 7/23 R	Handelt es sich bei einer stufenweisen Wiedereingliederung Versicherter in das Erwerbsleben im Sinne des § 74 SGB V um eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation mit der Rechtsfolge, dass Krankenkassen die damit verbundenen Reisekosten gemäß § 60 Absatz 5 SGB V zu übernehmen haben?	<i>LSG Sachsen</i> , 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 einer Sectiobereitschaft	B 1 KR 37/22 R	Liegt eine stationäre Krankenhausbehandlung vor, wenn aufgrund einer Sectiobereitschaft sowohl räumliche als auch personelle Ressourcen für rund vier Stunden freigehalten werden?	<i>LSG Hamburg</i> , Urt. v. 22.09.2022 - L 1 KR 77/21-	23-01-78
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?	<i>LSG Hamburg</i> , 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	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urt. v. 18.01.2023 - L 4 KR 308/21 -	23-02-83

		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?		
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 , Ur. 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 substantiierte Einwendungen entfällt?	LSG Nordrhein-Westfalen , Ur. 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 , Ur. v. 16.02.2022 - L 16 KR 251/21 -	22-04-81
Ausschlussfrist zur Rückzahlung von geleisteten Vergütungen	B 1 KR 5/23 R	Ist die Geltendmachung von Ansprüchen einer gesetzlichen Krankenkasse auf Rückzahlung von geleisteten Vergütungen gegenüber einem Krankenhaus, welche vor dem 1.1.2017 entstanden sind und bis zum 9.11.2018 nicht gerichtlich geltend gemacht wurden, gemäß § 325 SGB V (in der vom 1.1.2019 bis 19.10.2020 geltenden Fassung vom 11.12.2018) ausgeschlossen?	LSG Nordrhein-Westfalen , Ur. v. 18.01.2023 - L 10 KR 173/22 KH -	23-02-86
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 , Ur. v. 21.12.2022 - L 4 KR 180/21 -	23-02-119
Vergütungsanspruch nach Verlegung	B 1 KR 29/22 R B 1 KR 27/23 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 , Ur. v. 25.06.2022 - L 1 KR 246/19 -	22-04-110
Verlegungsabschlag: Vollstationäre Behandlung nach teilstationärer Dialysebehandlung	B 1 KR 27/23 R	Findet § 3 Absatz 2 FPV auf die Vergütung der Behandlung eines Patienten Anwendung, der aus einer über einen längeren Zeitraum in einem Krankenhaus mehrmals wöchentlich für jeweils weniger als 24 Stunden stattfindenden teilstationären Dialysebehandlung in eine vollstationäre Krankenhausbehandlung eines anderen Krankenhauses verlegt wird?	LSG Nordrhein-Westfalen , Ur. v. 16.02.2022 - L 10 KR 208/21 KH -	22-02-100 NZB
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 , Ur. v. 16.02.2022	22-04-89

			- L 10 KR 385/21 KH -	
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
Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Eigene Fachabteilung	B 1 KR 22/23 R	Unterfällt die Prüfung einer strukturellen Mindestvoraussetzung einer Komplexbehandlung (hier: Vorhandensein einer bestimmten Abteilung im Krankenhaus) dann nicht der Ausschlussfrist des § 275 Absatz 1c SGB V in der ab 1.1.2016 geltenden Fassung, wenn diese Mindestvoraussetzung keine auch im Einzelfall patientenbezogene Mindestvoraussetzung ist, sondern unabhängig von der konkreten Behandlung Beachtung finden muss? Zum Vorliegen des Mindestmerkmals "unmittelbarer Zugang zu neurochirurgischen Notfalleingriffen sowie zu gefäßchirurgischen und interventionell-neuroradiologischen Behandlungsmaßnahmen (Es gibt jeweils eine eigene Abteilung im Hause ...)" im OPS 8-981.	LSG Niedersachsen-Bremen , Urt. v. 15.08.2023 - L 16 KR 346/21 -	23-04-59
Intensivmedizinische Komplexbehandlung - Behandlungsleitung durch Intensivmediziner	B 1 KR 20/23 R	Liegt die zur Kodierung einer intensivmedizinischen Komplexbehandlung von OPS (2015) 8-980 verlangte Behandlungsleitung nur vor, wenn ein Facharzt mit Zusatzweiterbildung "Intensivmedizin" auch an Wochenenden und Feiertagen täglich persönlich im Krankenhaus anwesend ist?	LSG Sachsen , Urt. v. 14.06.2023 - L 1 KR 539/20 -	23-04-57
Übergangsvereinbarung und Aufrechnungsbefugnis der Krankenkassen	B 1 KR 18/23 R	Sind die in der am 10.12.2019 zwischen dem GKV-Spitzenverband und der Deutschen Krankenhausgesellschaft geschlossenen Übergangsvereinbarung zur "Vereinbarung über das Nähere zum Prüfverfahren nach § 275 Absatz 1c SGB V (Prüfverfahrensvereinbarung - PrüfV) gemäß § 17c Absatz 2 KHG vom 3.2.2016" enthaltenen Regelungen zur Aufrechnungsbefugnis der Krankenkassen mit § 109 Absatz 6 Satz 1 SGB V vereinbar?	SG Nürnberg , Urt. v. 29.03.2023 - S 2 KR 326/22 -	23-04-52
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
Aufwandspauschale: Verjährungsbeginn	B 1 KR 23/23 R B 1 KR 24/23 R	Welcher Zeitpunkt ist für den Beginn der Verjährung des Anspruchs auf die Zahlung der Aufwandspauschale gemäß § 275 Absatz 1c Satz 3 SGB V in der bis 31.12.2019 geltenden Fassung beziehungsweise gemäß § 275c Absatz 1 Satz 2 SGB V in der ab dem 1.1.2020 geltenden Fassung maßgeblich?	LSG Rheinland-Pfalz , Urt. v. 24.08.2023 - L 5 KR 179/22 - - L 5 KR 49/23 -	23-04-71 23-04-70
GBA: Gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern	B 1 KR 25/23 R	Ist der Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V wirksam? Revision anhängig: B 1 KR 14/23 R	LSG Berlin-Brandenburg , Urt. v. 22.06.2022 - L 9 KR 186/19 KL -	22-04-108 NZB
Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie/PPP-RL	B 1 KR 14/23 R B 1 KR 15/23 R B 1 KR 16/23 R B 1 KR 17/23 R B 1 KR 19/23 R	Verstößt die Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie/PPP-RL gegen höherrangiges Recht?	LSG Berlin-Brandenburg , Urt. v. 14.03.2023 - L 4 KR 1/21 KL - L 4 KR 2/21 KL - - L 4 KR 154/20 KL - - L 4 KR 3/21 KL - - L 4 KR 436/21 KL -	23-04-68 23-04-69 23-04-65 23-04-67 23-04-66

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 NZB
Rezepturzuschlag für die Herstellung zytostatikahaltiger parenteraler Lösungen	B 3 KR 21/22 R	Fällt der Rezepturzuschlag für die Herstellung einer "applikationsfertigen Einheit" nach dem Vertrag über die Preisbildung für Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen (sogenannte Hilfsstaxe; Fassung vom 1.3.2012 beziehungsweise 1.9.2014) auch dann nur einmal an, wenn die verordnete Gesamtmenge des Zytostatikums an einem Tag in zwei Spritzen aufgeteilt wird?	LSG Thüringen , Urt. v. 10.03.2022 - L 6 KR 1224/18 -	23-01-124 NZB
Exklusivwirkung: Parenterale Zubereitungen	B 3 KR 8/23 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 NZB
	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 NZB
Retaxierung bei verschiedenen Regelungen zur Ermittlung des Abgabepreises	B 3 KR 11/23 R	Zur Retaxierung der Vergütung von Arzneimittelabgaben einer Apotheke durch die Krankenkasse bei verschiedenen Regelungen zur Ermittlung des Abgabepreises (tatsächlicher Einkaufspreis, Listeneinkaufspreis).	Baden-Württemberg , Urt. v. 23.11.2022 - - L 5 KR 3774/19 -	23-04-74
Nutzenbewertung von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen	B 3 KR 5/23 R	Zum Aufruf zur Nutzenbewertung von Arzneimitteln mit neuer Wirkstoffkombination nach Zulassungserweiterung.	LSG Berlin-Brandenburg , Urt. v. 26.04.2023 - L 9 KR 26/21 KL -	23-03-120
Beitritt zum Vertrag/Blutzuckermessgeräte und -teststreifen	B 3 KR 2/23 R Termin: 30.11.2023	Zum Zugang von Leistungserbringern zur Versorgung mit Blutzuckerteststreifen und zu deren Vergütung. Zum bedingten Beitritt von Leistungserbringern zu Hilfsmittelverträgen.	LSG Niedersachsen-Bremen , 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 Termin: 30.11.2023	Zur Abgabe von Blutzuckerteststreifen ohne Vertrag sowie zum Beitritt zu Verträgen über die Versorgung mit Hilfsmitteln zu gleichen Bedingungen.	LSG Sachsen , Urt. v. 26.01.2022 - L 1 KR 650/17 -	23-01-127 NZB
Verfolgung der Interessen der Anbieter digitaler medizinischer Anwendungen	B 3 KR 6/23 R	Zur Frage, ob es sich bei dem klagenden Verband um eine für die Wahrnehmung der Interessen der Anbieter digitaler medizinischer Anwendungen auf Bundesebene maßgebliche Spitzenorganisation handelt, welcher gemäß § 137f Absatz 8 Satz 2 SGB V Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben ist.	LSG Berlin-Brandenburg , Urt. v. 12.05.2023 - L 28 KR 368/20 KL -	23-03-122
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?	LSG Berlin-Brandenburg , 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?	LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 27.07.2022 - L 5 KR 522/22 -	22-04-129
Häusl. Krankenpflege: Rechtsnachfolge in Versorgungsverträge	B 3 KR 12/22 R	Zur Rechtsnachfolge in Versorgungsverträge über häusliche Krankenpflege bei gesellschaftsrechtlichen Änderungen.	LSG Niedersachsen-Bremen , Urt. v. 09.12.2021	23-02-124 NZB

			- L 4 KR 478/17 -	
Integrierte Versorgung				
Krankenkassen				
GBA				
Sonstiges				