

Rechtsprechungsinformationsdienst 24-02

REDAKTION	4
EDITORISCHE HINWEISE	4
A. VERTRAGSARZTRECHT	5
I. Honorarverteilung	5
1. Unwirksamkeit einer vorinsolvenzlichen Abtretung nach Erteilung der Restschuldbefreiung	6
II. Sachlich-rechnerische Berichtigung	6
1. Kein Auswahlermessen bei Richtigstellung hinsichtlich der Leistungserbringer	7
2. Selbstbindung der Verwaltung/Krankheitsfall (Humangenetik)	7
3. Sachkosten: Ärztliche Instrumente (Augenheilkunde)	8
4. Notfallpauschale I und II (GOP 01223 und 01224 EBM)	8
III. Notdienst	9
1. Rücknahme einer Befreiung vom (zahn)ärztlichen Notfalldienst	9
IV. Wirtschaftlichkeitsprüfung/Arzneikostenregress/Schadensersatz	9
1. Arzneikostenregress	9
a) Schriftliche Beratung aufgrund der Verordnung von Tecfidera	9
b) Verordnung von Cannabisblüten ohne Genehmigung der Krankenkasse/Differenzkostenregelung	9
c) Nicht zugelassener Therapieallergene/Differenzkostenberechnung	11
2. Aufschiebende Wirkung eines Widerspruchs gegen Zahlungsbescheid nach Richtgrößenregress	11
V. Zulassungsrecht	12
1. Zulassungsentziehung wegen Nichtausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit	12
VI. Aufsichtsrecht gegenüber Vertreterversammlung einer KV	12
1. Aufsichtsrechtlicher Verpflichtungsbescheid gegen K(Z)V	12
VII. Bundessozialgericht (BSG)	13
1. Sachlich-rechnerische Richtigstellung: Dokumentationspflichten des Vertragsarztes	13
B. KRANKENVERSICHERUNGSRECHT	14
I. Vertrags(zahn)ärztliche Behandlung	14
1. Positronen-Emissions-Therapie/Computertomographie-Untersuchung	14
2. Kryokonservierung: Anspruch vor Umsetzung der Vergütungsmodalitäten im EBM	14
3. Zahnärztl. Behandlung: Rücknahme einer Kostenzusage für kieferorthopädische Behandlung	14
II. Stationäre Behandlung	14
1. Behandlung in nicht zugelassenem Krankenhaus: Systemversagen	14
2. Liposuktion bei Lipödem	15
III. Kostenerstattung	15
1. Wahl der Kostenerstattung: Keine Erstattung von Kosten eines Einbettzimmers	15
2. Privatärztliche Untersuchung nebst Gutachtenerstellung	15
3. Kostenerstattungsanspruch setzt Versicherungsverhältnis voraus	16
4. Kostenforderung einer türkischen Privatklinik	16
IV. Arzneimittel	16
1. Arzneimittel Miglustat (Zavesca): Wirksamkeit nicht aufgrund von Tierversuchen	17
V. Hilfsmittel	17
1. Rollstuhlzuggerät	19
a) Erkrankung an Multipler Sklerose/Keine Beschränkung auf Minimalversorgung	19
b) Polyarthritiden und Rheumatismus/Zuggerät mit Handkurbel und elektrischer Unterstützung	19

2. Hörgeräteversorgung: Besseres Sprachverstehen und Messtoleranzen	19
3. Genehmigungsfiktion bezüglich Hilfsmittel: Versorgung mit Zubehör	20
4. Keine Erstattung von Kosten für Inkontinenzartikel nach Ruhen des Leistungsanspruchs	20
5. Hilfsmittel TTFelds-Optune zur Behandlung eines Glioblastoms	20
VI. Häusliche Krankenpflege/Rehabilitation/Fahrkosten	20
1. Außerklinische Intensivpflege für Kind mit Diabetes Typ I	21
2. Weiterleitung eines Rehabilitationsantrages an Krankenkasse ohne Mitgliedschaftsverhältnis	21
3. Fahrkosten	21
a) Keine Genehmigungsfiktion für Krankentransport	21
b) Transport in ein Krankenhaus durch Dienstfahrzeug der Polizei wegen Suizidabsicht	21
VII. Beziehungen zu Krankenhäusern	22
1. Vergütungsanspruch/Fälligkeit	23
a) Abgrenzung von stationärer zu ambulanter Versorgung: Aufnahme auf Stroke Unit	23
b) Stationäre Aufnahme auf Intensivstation und Versterben innerhalb weniger Minuten	23
c) Zur Abgrenzung einer stationären von einer ambulanten Entbindung	23
d) Stationäre Behandlungsbedürftigkeit	24
aa) Stationäre Behandlungsnotwendigkeit vor Verlegung	24
bb) Einsatz ambulanter Behandlungen entsprechend der Leitlinie Rückenschmerz möglich	24
e) Qualitätsförderung und Wegfall oder Minderung des Vergütungsanspruchs	25
f) Mindestmengenprognose	25
aa) Widerlegung einer Prognose im Fall konkurrierender Krankenhäuser	25
bb) Widerlegung einer Mindestmengenprognose (Früh- und Reifegeborene von < 1.250g)	25
cc) Streitgenossenschaft/Zusammengefasste Entscheidung/Widerlegung der Prognose/Anhörung	26
dd) Widerlegungsbescheid: Einstweiliger Rechtsschutz	26
g) Unzureichende Mitteilung über „intensivmedizinische Komplexbehandlung“	27
h) Zahlung der Krankenkasse unter Vorbehalt	27
2. Prüfvereinbarung	28
a) Einleitung eines Prüfungsverfahrens: Kodierte Nebendiagnosen	28
b) Ausschluss einer Nachkodierung	28
c) Nachkodierung der Zusatzentgelte und materielle Präklusionswirkung	28
d) Aufrechnung von Erstattungsansprüchen gegen Vergütungsansprüche ab 2020	28
3. Fallpauschalen	29
a) Hauptdiagnose bei anfänglich zwei Diagnosen	29
b) Einsatz von individuellen präventiven und/oder reaktiven Sicherungsmaßnahmen	29
c) Beatmung mittels Atemunterstützung eines frühgeborenen Neugeborenen	29
d) Intensivmedizinische Versorgung bei Bedrohung der Vitalfunktionen	30
e) Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Dokumentation der Teambesprechung	30
f) Bronchoskopie mit Bronchoflex Tubus	30
g) Ausrufezeichenkodes U80.4! und U80.5!	31
h) Behandlung mittels CRP-Apherese bei Herzinfarkt	31
i) CRP-Apherese bei Herzinfarkt/Keine Abdingbarkeit des gesetzlichen Aufrechnungsverbots	31
4. Entstehungszeitpunkt des Anspruchs auf Aufwandspauschale	31
5. Fehlende Prozessführungsbefugnis: Sachwalter einer Klinik im Insolvenzverfahren	32
VIII. Beziehung zu Leistungserbringern	32
1. Apotheken/Nicht verschreibungspflichtige Rezeptur Arzneimittel: Kleinste Packungsgröße	34
2. Arzneimittelhersteller	34
a) Anwendungsbegleitende Datenerhebung: Wegfall des Orphan-Drug-Status	34
b) Glaubhaftmachung der Verluste für nur einzelne Arzneimittel unzureichend	35
3. Aufnahme in Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen/Existenzgefährdung	35
4. Klage gegen Bestimmung der Schiedsperson (Häusliche Krankenpflege) ohne aufschiebende Wirkung	35
IX. Verfahrensrecht	36
1. Amtsermittlungsgrundsatz in Verfahren des einstweiligen Rechtsschutzes	36
2. Streitwert: Bescheinigung über die Einhaltung von Strukturmerkmalen/Einstweiliger Rechtsschutz	36
3. Rückforderung der Krankenkasse nach Erlass einer einstweiligen Anordnung	36
X. Bundessozialgericht (BSG)	37
1. Kinderwunschbehandlung: Häftige Kostenübernahme durch private Krankenvers. des Ehemanns	37
2. Krankenhauskosten	37
a) Vom Krankenhaus veranlasste Leistungen Dritter	37
b) Keine Erledigung des Rechtsstreits bei Zahlung unter Vorbehalt	37
3. Herstellerrabatte einer niederländische Versandapotheke	37

C. ENTSCHEIDUNGEN ANDERER GERICHTE _____ 38

I. Ärztliches Berufsrecht _____ 38

1. Approbation/Berufserlaubnis _____	38
a) Erlaubnis zur Ausübung des zahnärztlichen Berufs nach Widerruf der Approbation _____	38
b) Keine Gleichwertigkeit eines im Jemen absolvierten Studiums der Zahnmedizin _____	38
2. Strafrecht _____	38
a) Bundesgerichtshof (BGH) _____	38
aa) Berufsverbot und erstmalige Verurteilung wegen sexuellen Missbrauchs _____	38
bb) Beteiligung am Umsatz eines Sanitätshauses mit flachgestrickten Kompressionsstrümpfen _____	39
b) Körperverletzung: Medizinisches Instrument als gefährliches Werkzeug _____	39
c) Suizidhilfe bei psychischer Erkrankung: Minder schwerer Fall des Totschlags _____	39
d) Übermittlung von Ablichtungen aus der Strafakte an KV _____	41
3. Berufspflichten _____	41
a) Vorwurf eines unkollegialen Verhaltens in gutachterlichen Stellungnahmen _____	41
b) Zahnärztliche Bescheinigungen zur Befreiung von der Maskenpflicht _____	41
c) Verwahrung der Patientenakten nach Anordnung einer Betreuung _____	42
aa) Keine Verpflichtung der Ärztekammer zur Aufbewahrung der Patientenakten _____	42
bb) Kein Anspruch gegen die Landesärztekammer auf Inobhutnahme der Patientenakten _____	42
4. Weiterbildung _____	42
a) Keine Weiterbildung in übergroßer Praxis für Allgemeinmedizin _____	42
b) Eignung für die verantwortliche Leitung der Weiterbildung von Ärzten _____	43
c) Anerkennung gleichwertiger Weiterbildung _____	43
d) Aufhebung der Zusatzbezeichnung Homöopathie in WBO: Keine Befugnis zum Normenkontrollantrag _____	44
5. Rückforderung der Vergütung für PCR-Testungen _____	44
6. BVerwG: Verwaltungsrechtsweg in Streitigkeiten im Zusammenhang mit der Coronavirus-TestV _____	44
a) Streitigkeit über Auszahlung von Vergütung _____	44
b) Rückforderung von Vergütung für Leistungen nach der Coronavirus-Testverordnung _____	45
7. BGH: Anwendung der GOÄ auch bei Vertrag mit Krankenhausträger _____	45

II. Arzthaftung _____ 45

1. Bundesgerichtshof (BGH) _____	45
a) Übergehen des Vortrags des Klägers/Reaktion auf einen richtigen ärztlichen Befund _____	45
b) Keine Aufteilung der Berufung in teilweise unzulässig und im Übrigen unbegründet _____	45
2. Behandlungsfehler _____	46
a) Von der Dokumentation abweichender Sachverhalt _____	46
b) Indizwirkung einer ordnungsgemäßen Dokumentation (Behauptete intraoperative Nervschädigung) _____	46
c) Hautarzt: Keine Verwendung eines Auflichtmikroskops/Fehlende Dokumentation _____	46
d) Hausärztliche Behandlung: Schilderung zahlreicher Symptome _____	46
e) Anamnesefehler eines Anästhesisten: Klärung der Form einer Sichelzellanämie _____	47
f) Kein Anscheinsbeweis für Kausalität zwischen Behandlung und Körperschaden/Zeugenbeweis _____	47
g) Kein Anscheinsbeweis zwischen Dislokation einer Fraktur und unzureichender Bildwandlerkontrolle _____	47
3. Aufklärung _____	47
a) Operative und konservative Behandlungsalternative (Wirbelsäule) _____	47
b) Unzureichende Risikoaufklärung und Schadensersatzanspruch/ Fachgebiet des Sachverständigen _____	48
c) Aufklärungsbögen mit Individualisierungen und handschriftlichen Eintragungen (Bandscheiben-Op) _____	48
d) Aufklärungsbogen vor kosmetischer Behandlung _____	48
e) Verjährung für Schadensersatzansprüche aus ärztlichen Aufklärungsmängeln _____	48
4. Sachverständige _____	49
a) Darstellung des medizinischen Standards in gerichtlichem Sachverständigengutachten _____	49
b) Besorgnis der Befangenheit _____	49
aa) Lücken oder Unzulänglichkeiten in schriftlichem Gutachten/ Bedenken gegen Sachkunde _____	49
bb) Frist zur Geltendmachung der Befangenheit/Berufliche Bekanntschaft _____	49
c) Sachverständigenhaftung aufgrund familienpsychologischen Gutachtens _____	49
d) Auswahl eines Gutachters: Kinderchirurg statt Kinderarzt _____	50
5. Fehlende Entscheidungsreife: Aufklärung des Sachverhalts (Wirbelsäulenbehandlung) _____	50
6. Keine Anfechtung eines Vergleiches wegen Fehler des Sachverständigen _____	50

ANHANG I: BSG - ANHÄNGIGE REVISIONEN VERTRAGSARZTRECHT _____ 51

ANHANG II: BSG - ANHÄNGIGE REVISIONEN KRANKENVERSICHERUNG _____ 52

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**“ 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 12.05.2024 eingestellten Entscheidungen.

A. VERTRAGSARZTRECHT

I. Honorarverteilung

Nach BSG, Urt. v. 06.03.2024 - **B 6 KA 2/23 R** - durfte die Bekl. den **Investitionskostenabschlag** auf die **gesamte Vergütung der ambulanten Notfallleistungen** erheben und nicht nur auf die Nachzahlungen. Im Übrigen ist das LSG aber zutreffend davon ausgegangen, dass sich die **Widersprüche** der Klägerin jeweils lediglich auf den **abtrennbaren Teil der Vergütung** für die ambulanten Notfallleistungen und nicht auf den gesamten Honorarbescheid bezogen haben. Die Feststellungen des LSG in Bezug auf den Inhalt der Widersprüche und die von ihm vorgenommene Auslegung sind revisionsrechtlich nicht zu beanstanden. Weder hat es gegen Auslegungsgrundsätze noch gegen allgemeine Erfahrungssätze oder gegen Denkgesetze verstoßen. Nach der rückwirkenden Änderung sowohl des EBM als auch des HVM hatte die Bekl. die Vergütung der Kl. für die Notfallbehandlung insgesamt neu zu berechnen. Dabei durfte die Bekl. den **Investitionskostenabschlag** für öffentlich geförderte Krankenhäuser in Abzug bringen, den sie versehentlich zunächst nicht berücksichtigt hatte. Hierin liegt **keine unzulässige reformatio in peius** im Sinne einer Verschlechterung der Rechtsposition der Kl. im Widerspruchsverfahren, **da es trotz der Kürzung bei einer Nachzahlung verblieb**. Ein höherer Abzug von Investitionskosten, ausgehend von dem der Kl. bewilligten Gesamthonorar, war dagegen nicht zulässig. Die Teile des Gesamthonorars, die die Kl. mit ihrem Widerspruch nicht angegriffen hatte, konnten nach Ablauf der vierjährigen Ausschlussfrist und mangels Vertrauensausschlussstatbeständen nicht mehr zu Lasten der Kl. korrigiert werden.

Nach BSG, Urt. v. 06.03.2024 - **B 6 KA 6/23 R** - und - **B 6 KA 7/23 R** - ist die **Beklagte verpflichtet**, über die Vergütung der von der Kl. in den Quartalen 1/2013 und 2/2013 erbrachten antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats nach Änderung des EBM **erneut zu entscheiden**. Um den aus dem Beschl. des BVerfG v. 20.03.2023 (1 BvR 669/18) folgenden verfassungsrechtlichen Vorgaben gerecht zu werden, die sich auf den Zeitraum der **rückwirkenden Einführung der sog. Strukturzuschläge** und damit die Quartale 1/2012 bis 4/2015 beziehen, darf der **Bewertungsausschuss** die Höhe der Vergütung für die einzelnen antrags- und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen zwar weiterhin vom Grad der Auslastung des Psychotherapeuten abhängig machen. Er darf den **Grad der Auslastung** für diesen Zeitraum aber **nicht mehr allein auf der Grundlage der antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen festlegen, sondern muss in diesem Zusammenhang alle vertragsärztlichen beziehungsweise -psychotherapeutischen Leistungen gleichermaßen berücksichtigen**. Diese Vorgabe kann auf **unterschiedliche Weise** umgesetzt werden. So könnten die bisher in Form der Strukturzuschläge berücksichtigten normativen **Personalkosten vollständig in die Bewertung** der Grundvergütung für die antrags- und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen (GOP 35200 bis 35225 EBM-Ä aF) einfließen. In diesem Fall würde die (rückwirkende) **Differenzierung nach dem Grad der Auslastung des Psychotherapeuten vollständig entfallen**. Der Bewertungsausschuss könnte die normativen Personalkosten psychotherapeutischer Praxen aber auch **entsprechend dem bisherigen Konzept in Form von Strukturzuschlägen berücksichtigen**, deren Höhe vom Grad der Auslastung der Praxis abhängt. Dann müssten in die **Ermittlung des Auslastungsgrades aber alle vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Leistungen einfließen**. Das hätte zur Folge, dass der Bewertungsausschuss die Vollaustlastung auch **höher als mit den bisher zu Grunde gelegten 36 Wochenstunden bemessen** könnte, denn diese in der Rechtsprechung des Senats entwickelte Belastungsgrenze bezog sich ausdrücklich auf die erbrachten antrags- und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen. Der Senat ist in seiner Rechtsprechung immer davon ausgegangen, dass voll ausgelastete Psychotherapeuten neben 36 antrags- und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Sitzungen weitere vertragsärztliche beziehungsweise -psychotherapeutische Leistungen (etwa probatorische Sitzungen und das Abfassen von Gutachten) erbringen können.

Nach BSG, Urt. v. 13.12.2023 - **B 6 KA 1/22 R** - war der (Erweiterte) Bewertungsausschuss nicht zur **Höherbewertung der neuropsychologischen Leistungen** nach den GOP 30931(Probatorische Sitzung) und 30932 (Neuropsychologische Therapie) EBM im Quartal II/13 verpflichtet. Die Bewertung der genannten Leistungen im EBM mit 1.755 beziehungsweise 2.315 Punkten war nicht zu beanstanden. Der **Bewertungsausschuss** durfte sich bei der Einführung dieser Gebührenordnungspositionen im Jahr 2013 in Ermangelung ausreichender betriebswirtschaftlicher Daten an der damaligen Bewertung der antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen nach der Psychotherapie-Richtlinie orientieren. Er war allerdings seinerzeit nicht zu einer identischen Bewertung verpflichtet. Von der Einzeltherapie in einem Verfahren nach der Psychotherapie-Richtlinie **unterschied** sich die neuropsychologische Einzeltherapie insbesondere dadurch, dass die Erbringung **nicht von einer vorherigen Genehmigung** durch die Krankenkasse abhängig war. Die Genehmigungspflicht von Leistungen stellte in dem hier streitigen Quartal ein sachliches Differenzierungsmerkmal zwischen beiden Leistungsarten dar, das eine unterschiedliche Vergütung rechtfertigen kann. Zudem stand dem Bewertungsausschuss bei Einführung der neuropsychologischen Therapie in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab unter dem Gesichtspunkt der **Anfangs- und Erprobungsregelung** ein besonders weiter Gestaltungsspielraum zu. Deshalb war der Bewertungsausschuss auch nicht verpflichtet, die rückwirkende Höherbewertung von Leistungen in einem Verfahren nach der Psychotherapie-Richtlinie auf die Bewertung neuropsychologischer Leistungen zu übertragen. Ab dem Jahr 2019 hat der Bewertungsausschuss die neuropsychologische Einzelbehandlung übereinstimmend mit der Einzelbehandlung in einem Verfahren nach der Psychotherapie-Richtlinie bewertet. Dessen ungeachtet war die anfangs als Erprobung eingeführte Regelung rückwirkend nicht zu korrigieren.

1. Unwirksamkeit einer vorinsolvenzlichen Abtretung nach Erteilung der Restschuldbefreiung

SG Stuttgart, Gerichtsbescheid v. 19.01.2024 - S 12 KA 307/23

RID 24-02-1

www.juris.de

SGB V § 87b; InsO §§ 50 I, 51 Nr. 1, 301 I

Leitsatz: Eine vorinsolvenzliche Abtretung vertrags(zahn)ärztlicher Honorarforderungen gegen die Kassen(zahn)ärztliche Vereinigung ist nach Erteilung der Restschuldbefreiung unwirksam, soweit sie sich auf Ansprüche bezieht, die auf nach der Eröffnung des Insolvenzverfahrens abgerechneten (zahn)ärztlichen Leistungen beruhen.

Das SG verurteilte die Bekl., an den Kl. 4.653,22 € zu bezahlen, und wies im Übrigen (hinsichtlich des Antrags auf Verzinsung) die Klage ab.

II. Sachlich-rechnerische Berichtigung

Nach BSG, Urt. v. 06.03.2024 - **B 6 KA 23/22 R** - stellt die **Verpflichtung** der kl. Vertragsärztin zur **Anbindung an die Telematikinfrastruktur** in der Anfang 2019 geltenden Ausgestaltung des Regelungskonzepts **keinen unverhältnismäßigen Eingriff in ihre ärztliche Berufsfreiheit** dar. Die Datenverarbeitung durch Vertragsärzte bei Durchführung des Versichertenstammdatenabgleichs entspricht den besonderen Anforderungen an die Verarbeitung von personenbezogenen Daten im Gesundheitsbereich. Sie ist durch hinreichende Ermächtigungsgrundlagen insb. in Art. 9 und 6 Datenschutz-Grundverordnung in Verbindung mit §§ 1, 22 Bundesdatenschutzgesetz und §§ 291 ff. SGB V gedeckt. Bereits Anfang 2019 entsprach das Normkonzept des SGB V den Vorgaben aus dem europäischen Recht zur Gewährleistung einer ausreichenden Datensicherheit. Es wies keine solchen systemischen Mängel auf, die ärztliche Leistungserbringer von der Verpflichtung zur Anbindung an die Telematikinfrastruktur hätten freistellen können. Eine vorherige Datenschutz-Folgenabschätzung war für die Rechtmäßigkeit der Datenverarbeitung nicht zwingend erforderlich. Die Verantwortlichkeit für den Bereich der dezentralen Telematikinfrastruktur-Komponenten lag nach der Datenschutz-Grundverordnung auch ohne gesonderte nationale Regelung im Quartal 1/2019 bei den Vertragsärzten. Die Verpflichtung der Klägerin zur Durchführung des Versichertenstammdatenabgleichs dient dem legitimen Zweck, Leistungsmissbrauch durch die Identifizierung ungültiger, verlorener oder gestohlen gemeldeter elektronischer Gesundheitskarten zu verhindern, und ist verhältnismäßig. Auch die mit der Nichtbefolgung der Verpflichtung verknüpfte Honorarkürzung stellt keinen unverhältnismäßigen Eingriff in die Berufsfreiheit der Kl. dar. Der Senat konnte dabei offen lassen, ob neben dem Schutz des Grundgesetzes auch die Grundrechtecharta der Europäischen Union greift, da bei Anwendung der jeweiligen Grundrechte hier kein unterschiedliches Schutzniveau besteht.

Nach BSG, Urt. v. 13.12.2023 - **B 6 KA 15/22 R** - kann ein HVM regeln, dass die für die **Abrechnung** erforderlichen Erklärungen bei einem **MVZ** von dessen **ärztlichem Leiter zu unterschreiben** sind. Werden die Sammelerklärungen zu den Honorarabrechnungen nur von dem Geschäftsführer der kl. GmbH unterschrieben, kann die KV das gesamte Honorar zurückfordern. Bei der Regelung handelt es sich nicht um ein bloßes Formerfordernis. Vielmehr lässt die **ordnungsgemäße Abrechnungs-Sammelerklärung** erst den **Anspruch auf Vergütung** der erbrachten Leistungen **entstehen**. Angesichts der **Verantwortung des ärztlichen Leiters** für die ärztliche Steuerung der Betriebsabläufe sowie seiner Gesamtverantwortung gegenüber der KV begegnet es keinen Bedenken, wenn der Honorarverteilungsmaßstab die Unterschrift des ärztlichen Leiters unter die Sammelerklärung verlangt. Grundsätzlich ist das MVZ als Träger der Zulassung für die Abgabe einer ordnungsgemäßen Sammelerklärung verantwortlich. Da es als Einrichtung aber nicht selbst handeln kann, ersetzt die Unterzeichnung durch den ärztlichen Leiter die in einer Einzelpraxis von dem Vertragsarzt zu leistende Unterschrift. Der ärztliche Leiter verfügt - anders als der nicht ärztliche Geschäftsführer eines MVZ - über die erforderliche medizinische Fachkompetenz, um beurteilen zu können, ob die von den einzelnen Ärzten angegebenen Behandlungsvorgänge Grundlage für eine korrekte Quartalsabrechnung sind. Auch ist durch die eigene ärztliche Tätigkeit des ärztlichen Leiters im MVZ gewährleistet, dass er hinreichend in dessen Strukturen und Arbeitsabläufe eingebunden ist und das Verhalten der Mitarbeiter aus eigener Anschauung beurteilen kann. Die Vertretungsbefugnis des Geschäftsführers aus § 35 Abs. 1 S. 1 GmbH-Gesetz wird durch das Unterschriftserfordernis im Honorarverteilungsmaßstab nicht berührt. Dieses stellt schon keine gesellschaftsrechtliche Vertretungsregelung dar. Es liegt auch **kein unverhältnismäßiger Eingriff** in das verfassungsrechtlich geschützte Recht des MVZ auf Honorierung seiner Leistungen vor. Bei zeitweiser Verhinderung des ärztlichen Leiters kann etwa ein Vertreter bestellt oder die Sammelerklärung kann innerhalb der im Honorarverteilungsmaßstab bestimmten Jahresfrist nachgereicht werden. Von diesen Möglichkeiten hat die Klägerin keinen Gebrauch gemacht, sondern die Unterschrift allein durch ihren Geschäftsführer für ausreichend gehalten. Es besteht auch kein Wertungswiderspruch zwischen dem Unterschriftserfordernis und den Regelungen zur Entziehung der Zulassung bei einem MVZ nach § 95 Abs. 6 S. 3 SGB V. Denn diese Norm sieht für den Fall, dass dem MVZ **eine ärztliche Leitung fehlt**, gerade **keine „Schonfrist“ von sechs Monaten** vor. Schließlich durfte die Bekl. auch das **gesamte Honorar** der streitigen Quartale zurückfordern. Für die Senatspr. zum Schätzungsermessens wegen vorsätzlich oder grob fahrlässig falscher Angaben in der Abrechnungs-Sammelerklärung ist kein Raum, weil die Kl. ohne eine vom ärztlichen Leiter unterschriebene Erklärung bereits keinen Anspruch auf Honorar hat.

1. Kein Auswahlermessen bei Richtigstellung hinsichtlich der Leistungserbringer

SG München, Urteil v. 19.03.2024 - S 28 KA 415/22

RID 24-02-2

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

In den beiden Leistungslegenden der Ziff. GOP 13250 (Zusatzpauschale fachinternistische Behandlung) und 13611 EBM (Zusatzpauschale ärztliche Betreuung bei Peritonealdialyse) ist wechselseitig ein Abrechnungsausschluss im Behandlungsfall geregelt. Vorliegend lag zwar, da der Versicherte H.G. sowohl im Nierenzentrum des Kl. als auch im MVZ der Beigel. zu 2. von S. behandelt wurde, kein Behandlungsfall i.S.d. § 21 Abs. 1 Satz 1 BMV-Ä vor. Es handelte sich jedoch um denselben **Arztfall**; gem. § 21 Abs. 1b Satz 1 BMV-Ä werden als Arztfall alle Leistungen bei einem Versicherten bezeichnet, welche durch denselben Arzt unabhängig vom vertragsärztlichen Status in der vertragsärztlichen Versorgung in demselben Kalendervierteljahr und unabhängig von der Betriebsstätte/Nebenbetriebsstätte zu Lasten derselben Krankenkasse erbracht werden. Da nach den **Allgemeinen Bestimmungen** in I.4.3.4 EBM sämtliche auf den Behandlungsfall bezogenen Abrechnungsbestimmungen und Berechnungsausschlüsse bei Erbringung von Gebührenordnungspositionen in arztpraxisübergreifender Tätigkeit bezogen auf den Arztfall gelten, greift der Abrechnungsausschluss.

Auch wenn in wirtschaftlicher Hinsicht die Richtigstellung für die Beigel. zu 2. deutlich weniger belastend als für den Kl. gewesen wäre (GOP 13250 EBM, 16,73 €), handelt es sich nach § 106d Abs. 2 S. 1 SGB V um eine **gebundene Entscheidung**. Die KV hat die die Pflicht, die sachlich-rechnerische Richtigstellung durchzuführen. Es besteht kein Auswahlermessen dahingehend, bei welchem der beiden vertragsärztlichen Leistungserbringer die Richtigstellung vorzunehmen ist.

Zwischen den Beteiligten ist die beim Kl. auf Antrag der Krankenkasse vorgenommene Absetzung der GOP 13611 EBM (Zusatzpauschale ärztliche Betreuung bei Durchführung einer Peritonealdialyse) (44mal, insgesamt 346,90 €, über die ebf. gekürzten angefallenen Dialysesachkosten i.H.v. 3.835,60 € läuft ein separates Verfahren) für die Abrechnung im Quartal II/18 streitig. Der Kl., ein gemeinnütziger Verein, betreibt Nierenzentren u.a. in D-Stadt. Das Nierenzentrum A-Stadt steht u.a. unter der Leitung von S. (Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Nephrologie). Unter derselben Anschrift, in getrennten Räumlichkeiten, betreibt die Beigel. zu 2. ein MVZ zur Versorgung von Patienten mit Erkrankungen des internistisch-nephrologischen Formenkreises. Das **SG** wies die Klage ab.

2. Selbstbindung der Verwaltung/Krankheitsfall (Humangenetik)

LSG Bayern, Urteil v. 06.12.2023 - L 12 KA 16/22

RID 24-02-3

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 106d; SGG § 141 I; BMV-Ä § 21 I 9

Leitsatz: Wenn die **Kassenärztliche Vereinigung** gegen ein Urteil, mit dem das SG einen Richtigstellungsbescheid für ein früheres Quartal aufgehoben hat, **keine Berufung** eingelegt hat, ergibt sich allein daraus in einem späteren Verfahren der Beteiligten nicht ein Anspruch aufgrund einer Rechtskraftwirkung, Bindungswirkung oder eines **schützenswerten Vertrauens**.

Die Definition des **Krankheitsfalls** bestimmt nach dem klaren Wortlaut von 3.2 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM i.V.m. § 21 Abs.1 S. 9 BMV-Ä grundsätzlich ausschließlich einen Zeitraum. Zum **mehrfachen Ansatz der GOP 01793 EBM** sowie von Leistungen nach den GOP des Abschnitts 11.4.3 EBM im Krankheitsfall beim Vorliegen mehrerer Föten.

Zu **Abrechnungsausschlüssen** der GOP 01793 EBM zum einen und der Leistungen nach den GOP des Abschnitts 11.4.3 EBM zum anderen bei Vorliegen mehrerer Föten.

SG München, Urt. v. 28.04.2022 - S 38 KA 105/21 - RID 22-03-7 verurteilte die Bekl., das kl. Honorar in den Quartalen IV/18, I u. IV/19 ohne Absetzung der strittigen Gebührenpositionen (Nr. 11301, 11302, 11501, 11502, 11503, 11512, 11513, 11514 u. 01793 EBM) zu vergüten. Das **LSG** wies die Berufung zurück.

3. Sachkosten: Ärztliche Instrumente (Augenheilkunde)

SG Hamburg, Urteil v. 31.01.2024 - S 3 KA 194/13
SGB V a.F. § 106a II 1

RID 24-02-4

Die **Abrechnung von Sachkosten** (hier: für Vitrektomien, Keratoplastiken und in der Glaukomchirurgie) setzt voraus, dass der EBM eine Ziffer enthält, nach der die geltend gemachten Sachkosten neben den Kosten für die Leistungen erstattet werden können.

Ärztliche Instrumente fallen grundsätzlich nicht unter Nr. 7.3 erster Spiegelstrich EBM (Nicht in den Gebührenordnungspositionen enthaltene Kosten), sondern unter die unter Nr. 7.1 (In den Gebührenordnungspositionen enthaltene Kosten). Hinzu kommt, dass Nr. 7.3 erster Spiegelstrich EBM nicht nur Artikel beschreibt, die nach der Anwendung verbraucht sind, also Einmalartikel sind, sondern auch solche, die der Kranke zur weiteren Verwendung behält. Das kommt für ärztliche Instrumente grundsätzlich nicht in Betracht.

Die Beteiligten streiten (nur noch) um die Abrechnung von Sachkosten für das Quartale IV/12 und II/12. Die Kl. ist eine Praxis mit Fachärzten für Augenheilkunde. Die Ärzte sind sowohl konservativ als auch chirurgisch tätig. Im März 2013 nahm die Bekl. eine sachlich-rechnerische Richtigstellung für das Quartal IV/12 vor. Sie nahm abgerechnete Sachkosten in Höhe von 13.238,98 € für verschiedene Artikel (Einmal-Keratom, Einmal-Vakuum-Trepan, OcuCoat Hornhautschutz, Einmal-Lichtquelle Weitwinkel, Aspirationskanüle Sterimedix, Hurricane Vitrektomie Infusionskanüle, Dk-Line Perfluorodecalin, 23G Trocar Implant Set HS 32 1615, 23G Vitrector HS 1515 P, 23G Illuminator Wide-Angle, Set für Luftaustausch, 20G Biolitec HGM EP-20 Einmal-Fiber, Klinge Amadeus Keratom, Saugschlauch Amadeus Keratom, Infusionskanüle Sterimedix, transskleraler Einmal-Zyklofotokoagulator, Einmal-Schneidekit Fernto Trepan) von der Vergütung aus und berücksichtigte sie quartalsgleich nicht im Honorarbescheid, weil sie nach dem BMV-Ä und den Allgemeinen Bestimmungen des Abschn. I Nr. 7 des EBM Bestandteil der jeweiligen Operation seien. Für das Quartal II/13 setzte sie abgerechnete Sachkosten in Höhe 15.458,05 € ab. Die Widersprüche blieben erfolglos. Das **SG** wies die Klage ab.

4. Notfallpauschale I und II (GOP 01223 und 01224 EBM)

SG Hamburg, Urteil v. 15.11.2023 - S 3 KA 103/18
www.juris.de
SGB V § 106d

RID 24-02-5

In Fällen, in denen die in der Leistungslegende genannten **Diagnosen** vorliegen, aber auf Grund der Art, Schwere und Komplexität der Behandlungsdiagnose eine besonders aufwändige Versorgung im Rahmen der Notfallversorgung notwendig ist, können die GOP 01223 und 01224 EBM mit ausführlicher **schriftlicher medizinischer Begründung im Ausnahmefall** berechnet werden. Hierbei ist insb. die Schwere und Komplexität der **Behandlungsdiagnose** darzulegen. Die im EBM genannten Diagnosen bilden einen Maßstab für den zu erwartenden Schweregrad der Behandlungsdiagnose, die im Ausnahmefall die Abrechnung der GOPen erlaubt. Eine Begründung, die sich ausschließlich mit dem notwendigen Aufwand befasst, statt **Aussagen zu der Behandlungsdiagnose** zu treffen, ist unzureichend. Ebenso reicht es nicht aus, mögliche, den Aufwand erhöhende Alternativen anstatt die individuellen Gegebenheiten eines Behandlungsfalles zu beschreiben. Es ist unerheblich, ob der im Notdienst zu erbringende Behandlungsaufwand durch die pauschale Notfallvergütung nicht abgedeckt wird.

Die Kl., eine Trägerin eines Kinderkrankenhauses, das mit der Erbringung von ambulanten Notfallbehandlungen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnimmt, wandte sich (nur noch) gegen Streichungen der GOP 01223 EBM (Zuschlag zur Notfallpauschale I - 01210 EBM) und der GOP 01224 EBM (Zuschlag zur Notfallpauschale II - 01212 EBM) in den Jahren 2017 bis 2022. Das **SG** wies die Klage ab.

III. Notdienst

1. Rücknahme einer Befreiung vom (zahn)ärztlichen Notfalldienst

SG Stuttgart, Gerichtsbescheid v. 04.04.2022 - S 12 KA 1393/19

RID 24-02-6

www.juris.de

SGB V § 75 Ib; VwVfG BW § 48 I

Leitsatz: 1. Bei einer Streitigkeit um die Rücknahme einer Befreiung vom (zahn)ärztlichen Notfalldienst handelt es sich um eine **öffentlich-rechtliche Streitigkeit** in Angelegenheiten der **gesetzlichen Krankenversicherung** i.S. von § 51 Abs. 1 Nr. 2 Alt. 1 SGG.

2. Die **fehlerhafte Bezeichnung des Beklagten** im Verhältnis von Widerspruchs- und Ausgangsbehörde ist durch eine schlichte **Änderung des Passivrubrums** zu korrigieren, die auch noch nach Ablauf der Klagefrist zulässig ist.

Die kl. Vertragszahnärztin wandte sich gegen die Aufhebung ihrer Befreiung vom zahnärztlichen Notdienst durch die Landeszahnärztekammer. Das **SG** wies die Klage ab.

IV. Wirtschaftlichkeitsprüfung/Arzneikostenregress/Schadensersatz

1. Arzneikostenregress

a) Schriftliche Beratung aufgrund der Verordnung von Tecfidera

SG Marburg, Urteil v. 14.02.2024 - S 18 KA 96/23

RID 24-02-7

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 2 I 1, 106, 106b

Leitsatz: 1. Im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung tritt durch die vom Arzt angegebenen **Abrechnungsdiagnosen** keine Präklusion des weiteren Tatsachenvortrages ein. Es sind vielmehr sämtliche - im Verwaltungsverfahren vorgelegte - Behandlungsunterlagen zu prüfen (Anschluss an SG Marburg, Urt. v. 19.06.2019 - S 17 KA 409/17 - RID 19-03-18).

2. Ergibt sich aus der im Verwaltungsverfahren vorgelegten **Behandlungsdokumentation** eindeutig die Wirtschaftlichkeit der zulassungskonformen Verordnung, kann nur wegen einer **ungenauen Codierung** weder ein Regress noch eine schriftliche Beratung wegen unwirtschaftlicher Verordnungsweise verhängt werden.

Die Beteiligten streiten um die Rechtmäßigkeit einer schriftlichen Beratung aufgrund der Verordnung von Tecfidera in den Quartalen I bis III/18. Der Kl. war in der Zeit vom 01.10.1993 bis zum 30.09.2020 in einer Einzelpraxis als Facharzt für Neurologie und Psychiatrie niedergelassen. Das **SG** hob den angefochtenen Beschl. auf.

b) Verordnung von Cannabisblüten ohne Genehmigung der Krankenkasse/Differenzkostenregelung

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 20.03.2024 - L 3 KA 51/23

RID 24-02-8

Revision anhängig: B 6 KA 2/24

www.juris.de

SGB V §§ 31 VI 2, 106 I, II 1 Nr. 2, III 3, 106b IIa, 106 c III 4 u. 6; SGG § 78 I 2

Leitsatz: 1. Gegenüber einem Vertragsarzt, der seiner Patientin **Cannabisblüten** zulasten der Krankenversicherung verordnet hat, **ohne** dass eine entsprechende **Genehmigung der Krankenkasse** vorlag, kann die Prüfungsstelle eine Nachforderung wegen unwirtschaftlicher Verordnungsweise festsetzen.

2. Die **Höhe der Nachforderung** ist in diesem Fall einer unzulässigen Verordnung auch nach Inkrafttreten des § 106b Abs. 2a SGB V **nicht auf die Differenz** zwischen verordneter und wirtschaftlicher Leistung beschränkt.

Der kl. Facharzt für Allgemeinmedizin verordnete im Quartal I/20 der bei der zu 2. beigel. Krankenkasse Versicherten jeweils unverarbeitete Cannabisblüten (Cannabis Flos Bedrocan) aufgrund der Diagnose Cluster-Kopfschmerz (ICD-10: G 44.0). Die Versicherte war im Jahr 2019 von einem anderen Vertragsarzt behandelt worden, der Cannabisblüten verordnet hatte. Eine dieser Verordnungen legte die Versicherte dem Kl. vor,

nachdem sie in dessen hausärztliche Behandlung gewechselt war. Daraufhin verordnete dieser Cannabisblüten weiter. Eine Genehmigung der Krankenkasse lag weder im Jahr 2019 noch im Zeitpunkt der vorliegend streitigen Verordnungen des Kl. vor. Der Kl. teilte der Krankenkasse im April 2021 mit, dass bei der Versicherten ausschließlich die Behandlung mit Cannabisblüten zu einer Beschwerdefreiheit geführt habe. Eine Medikation mit Metamizol, ASS, NSAR, Morphin subcutan sowie eine Sauerstofftherapie seien ohne Erfolg geblieben, eine Medikation mit Imigran habe zu schweren Nebenwirkungen geführt, die stationär behandelt worden seien. Die Krankenkasse lehnte den Antrag auf Kostenübernahme gegenüber der Versicherten ab und informierte den Kl. Sie verwies auf eine Therapie mit einem Fertigarzneimittel mit den Wirkstoffen Dronabinol oder Nabilon. Nach Antrag vom April 2021 genehmigte die Krankenkasse eine Behandlung mit Dronabinol-Tropfen bis zum März 2022. Auf Antrag der Krankenkasse setzte die **bekl. Prüfungsstelle** gegen den Kl. eine Nachforderung i.H.v. 6.920,61 € fest wegen Verordnung von Cannabisblüten im Quartal I/20 ohne die nach § 2 AM-RL i.V.m. § 31 Abs. 6 S. 2 SGB V vorausgesetzte Genehmigung der Krankenkasse vor Beginn der Leistung. **SG Hannover**, Gerichtsbb. v. 24.10.2023 - S 20 KA 35/23 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

Aus den Gründen:

„(...) 58 § 106b Abs 2a SGB V regelt, dass Nachforderungen nach § 106b Abs 1 S 2 SGB V auf die Differenz der Kosten zwischen der wirtschaftlichen und der tatsächlich ärztlich verordneten Leistung zu begrenzen sind (S 1). Etwaige Einsparungen begründen keinen Anspruch zugunsten des verordnenden Arztes (S 2). Das Nähere wird in den einheitlichen Rahmenvorgaben nach § 106b Abs 2 SGB V vereinbart (S 3).

59 (1) Ein **Ausschluss der Differenzkostenregelung** ergibt sich nicht bereits aus den Rahmenvorgaben nach § 106 Abs 2a S 3 SGB V selbst. § 3a Abs 1 S 4 Rahmenvorgaben (idF vom 5. Oktober 2020, aaO) bestimmt zwar, dass die Kostendifferenz nur dann zu berücksichtigen ist, wenn die in Rede stehende Verordnung nicht bereits durch § 34 SGB V oder nach Anl 1 der Heilmittel-Richtlinie ausgeschlossen ist und die Voraussetzungen nach § 12 Abs 11 AM-RL nicht vorliegen. Entgegen den Ausführungen der Beklagten in dem angegriffenen Bescheid liegt ein solcher Fall hier jedoch nicht vor, denn **§ 34 SGB V und § 12 Abs 1 AM-RL** betreffen den Ausschluss nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel von der Versorgung nach § 31 SGB V, während Versicherte unter den Voraussetzungen von § 31 Abs 6 SGB V gerade einen Anspruch auf Versorgung mit Cannabisblüten haben. Eine analoge Anwendung von § 3a Abs 1 S 4 Rahmenvorgaben auf den Fall des § 31 Abs 6 SGB V ist wegen der eindeutigen Begrenzung des Wortlauts auf die benannten Fälle nicht möglich. § 3a Abs 1 S 4 ist nach dem Wortlaut „nur“ als Ausnahmeregelung zu verstehen, dh nur in den benannten Fällen wird die Nachforderung nicht auf die Kosten der wirtschaftlichen Leistung begrenzt. Nachfolgend haben die Vertragspartner die Rahmenvorgaben (idF vom 22. November 2022) zwar in § 3a Abs 1 S 4 um den Fall der unzulässigen Verordnung erweitert und die Regelung durch Regelbeispiele in § 3a Abs 1 S 5 flexibilisiert. Diese Rahmenvorgaben finden hier aber aufgrund des Zeitpunkts ihres Inkrafttretens (§ 8 sowie redaktioneller Hinweis: 10 Juni 2022) keine Anwendung.

60 (2) Allerdings findet die Differenzkostenregelung deshalb keine Anwendung, weil die der Versicherten tatsächlich ärztlich verordnete Leistung **aufgrund unzulässiger Verordnungen** erfolgte.

61 Stellt das Gesetz in § 106 Abs 2a S 1 SGB V auf die Differenz zwischen tatsächlich verordneter und „wirtschaftlicher“ Leistung ab, kann der **Begriff „wirtschaftlich“** zunächst – im engeren Sinne – im Kontext des § 12 Abs 1 SGB V verstanden werden und damit eine auf das Notwendige und „Sparsame“ beschränkte Verordnungsweise meinen. Im weiteren Sinne kann aber auch eine von vornherein unzulässige Leistung als „unwirtschaftlich“ gemeint sein (so BSG, Urteil vom 11. September 2019 - B 6 KA 21/19 R, aaO, Rn 15). In welchem Sinn der Begriff im vorliegenden Kontext verstanden werden soll, lässt sich weder dem Wortlaut des § 106 Abs 2a SGB V noch dem systematischen Zusammenhang der Vorschrift oder den Gesetzesmaterialien entnehmen (vgl hierzu BT-Drucks 19/8351, 72, 195 f).

62 In der Rechtsprechung des BSG war bei Einführung allerdings seit langem anerkannt, dass der Vertragsarzt bei **unzulässigen Verordnungen zum Ersatz des gesamten Wertes des Verordnungsgegenstands** verpflichtet ist, ohne dass es auf die Berücksichtigung kompensatorischer Einsparungen ankäme, die sich bei einem Vergleich mit einer zulässig zu verordnenden Alternative ergäben. Grund für die Anwendung dieses **„normativen Schadensbegriffs“** war insbesondere, dass es ansonsten auf die Beachtung der für die vertragsärztliche Versorgung geltenden Bestimmungen nicht mehr ankäme (BSG, Urteil vom 4. Mai 1994 - 6 RKa 40/93, SozR 3-2500 § 85 Nr 6; vom 30. Oktober 2013 - B 6 KA 2/13 R, SozR 4-2500 § 106 Nr 43). Mangels entsprechender Hinweise im Gesetzestext oder in den Materialien des TSVG kann nicht angenommen werden, dass der Gesetzgeber eine Änderung der durch die angegebene langjährige Rechtsprechung insoweit geprägten Rechtslage beabsichtigt hat. Die in § 106 Abs 2a S 1 SGB V vorgegebene **Differenzberechnung beschränkt sich deshalb auf die Fälle der „wirtschaftlichen“ Leistungen im engeren Sinne.**

63 Der Senat schließt sich damit der bereits vom LSG Berlin-Brandenburg (Urteil vom 26. April 2023 - L 7 KA 19/22 KL, Rn 60 ff, 79 ff – anhängige Revision BSG zu Az B 6 KA 10/23 R; siehe auch Bayerisches LSG, Urteil vom 8. Februar 2023 - L 12 KA 31/22, juris, Rn 44 ff – anhängige Revision BSG zu Az B 6 KA 5/23 R) vertretenen Auffassung an und macht sich die weiteren insoweit ergangenen Ausführungen im Urteil vom 26. April 2023 zu eigen. (...)

66 Die **Revision** war wegen grundsätzlicher Bedeutung der Rechtssache zur Einbeziehung unzulässiger Arzneimittelverordnungen in den Anwendungsbereich von § 106b Abs 2a SGB V und bereits anhängiger Revisionen zu dieser Rechtsfrage (Az B 6 KA 5/23 R, B 6 KA 10/23 R) **zuzulassen** (§ 160 Abs 2 Nr 1 SGG). Die Klärung dieser Rechtsfrage hat zudem Bedeutung für die Auslegung von § 3a Abs 1 und Abs 2 Rahmenvorgaben (idF vom 5. Oktober 2020), insbesondere dahingehend, welche im Einzelfall festzulegende wirtschaftliche Leistung in die Differenzkostenberechnung einzubeziehen ist, wenn diese auf unzulässig ärztlich verordnete Leistungen Anwendung finden sollte, und ob § 3a Abs 2 auch solche Leistungen umfasst, die einer unzulässig verordneten Leistung gleichstehen. (...)

c) Nicht zugelassener Therapieallergene/Differenzkostenberechnung

SG Mainz, Urteil v. 06.09.2023 - S 2 KA 195/22

RID 24-02-9

www.juris.de = MedR 2024, 212

SGB V §§ 106, 106c

Allergene sind Arzneimittel im Sinne des § 2 Abs. 1 AMG, die Antigene oder Haptene enthalten und dazu bestimmt sind, beim Menschen zur Erkennung von spezifischen Abwehr- oder Schutzstoffen angewendet zu werden (Testallergene), oder Stoffe enthalten, die zur antigenspezifischen Verminderung einer spezifischen immunologischen Überempfindlichkeit angewendet werden (Therapieallergene).

Es fehlt an der krankenversicherungsrechtlichen Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit (vgl. § 2 Abs. 1 S. 1, § 12 Abs. 1 SGB V) speziell einer Arzneimitteltherapie, wenn das verwendete Mittel nach den Regelungen des Arzneimittelrechts einer Zulassung bedarf und diese Zulassung nicht erteilt worden ist (st. Rspr.). Diese Grundsätze finden auch dann Anwendung, wenn eine abschlägige Zulassungsentscheidung bei Verabreichung des Präparats noch nicht bestandskräftig ist; denn dann gebietet der Gesichtspunkt der Gewährleistung optimaler Arzneimittelsicherheit gleichermaßen, dass Qualität, Wirksamkeit und Unbedenklichkeit im Sinn von § 1 AMG, d.h. die Einhaltung der Mindestsicherheits- und Qualitätsstandards, in einem dafür vorgesehenen Verfahren nachgewiesen worden sind. Das Gleiche gilt, wenn eine Entscheidung der zuständigen Behörde über die arzneimittelrechtliche Zulassung nicht ergangen ist, weil das **Zulassungsverfahren zwar eingeleitet**, aber **noch nicht abgeschlossen** wurde oder weil der Hersteller die Zulassung überhaupt nicht beantragt hat (BSG, Ur. v. 27.09.2005 - B 1 KR 6/04 R - BSGE 95, 132 = SozR 4-2500 § 31 Nr. 3, juris Rn. 14 m.w.N.). So liegt der Fall hier, da trotz beantragter Zulassung eine Zulassungsentscheidung noch nicht ergangen ist.

§ 106b Abs. 2a SGB V ist dahingehend auszulegen, dass die **Differenzkostenberechnung** im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung lediglich auf Nachforderungen wegen unwirtschaftlicher Verordnungen im engeren Sinne anzuwenden ist und sämtliche Formen der **unzulässigen Verordnung nicht erfasst**.

Die kl. Hautärztin mit der Zusatzbezeichnung „Allergologie“ wandte sich gegen einen Prüfbescheid, in dem hinsichtlich der Verordnung von Pollinex Quattro Birke/Erle/Hasel Injektionssuspension zu Gunsten einer Versicherten im Quartal III/20 ein Regress in Höhe von 747,15 € (netto) festgesetzt wurde. Das hier streitige Präparat sei zum Verordnungszeitpunkt nach der Therapieallergene-Verordnung zwar verkehrsfähig gewesen, habe jedoch keine arzneimittelrechtliche Zulassung besessen. So sei der zum Verordnungszeitpunkt gültigen Fachinformation weder eine Zulassungsnummer noch ein damit verbundenes Datum der Zulassung zu entnehmen. Es habe weder eine EMA-Zulassung bestanden noch habe das Präparat einer zusätzlichen Überwachung unterlegen. Daran habe sich bis heute nichts geändert. Das **SG** wies die Klage ab.

S. auch SG Hannover, Ur. v. 13.09.2023 - S 20 KA 308/22 - RID 23-04-13.

2. Aufschiebende Wirkung eines Widerspruchs gegen Zahlungsbescheid nach Richtgrößenregress

LSG Schleswig-Holstein, Beschluss v. 25.01.2024 - L 4 KA 128/23 B ER

RID 24-02-10

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 106a; SGG § 86a I 1

Leitsatz: Ein **Widerspruch** gegen einen **Zahlungsbescheid**, mit dem eine Kassenärztliche Vereinigung gegen einen Vertragsarzt von einem Beschwerdeausschuss bestandskräftig festgesetzte **Richtgrößenregresse** geltend macht, haben gemäß § 86a Abs. 1 Satz 1 SGG **aufschiebende Wirkung**.

Die Ag. erließ gegen den Ast. am 21.12.2017 einen Rückforderungsbescheid in Höhe von 1.234.259,44 €, mit dem sie bestandskräftig festgesetzte Richtgrößenregresse geltend machte. Die sofortige Vollziehung des Rückforderungsbescheids ordnete die Ag. nicht an. Auch über den vom Ast. im Januar 2018 eingelegten Widerspruch entschied die Ag. bislang nicht. Den nach Einleitung von Vollstreckungsmaßnahmen im Oktober 2023 gestellten Antrag des Ast., die aufschiebende Wirkung seines Widerspruchs festzustellen, lehnte **SG Kiel**, Beschl. v. 17.11.2023 - S 16 KA 128/23 B ER - ab. Das **LSG** stellte fest, dass der Widerspruch des Ast. gegen den Bescheid der Ag. v. 21.12.2017 aufschiebende Wirkung hat.

V. Zulassungsrecht

1. Zulassungsentziehung wegen Nichtausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit

SG München, Urteil v. 22.02.2024 - S 20 KA 481/19

RID 24-02-11

SGB V § 95 VI; Ärzte-ZV § 27; BMV-Ä § 17 Ia

Die kassenärztliche Zulassung kann wegen **Nichtausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit**, § 95 Abs. 6 SGB V i.V.m. § 27 Ärzte-ZV, vollständig entzogen werden, wenn ein Allgemeinarzt in den Quartalen III/16 bis III/19 zwischen null und 70 Fällen abrechnet und damit deutlich bis sehr deutlich unterhalb der durchschnittlichen Fallzahl, die in einer Hausarztpraxis behandelt wird (787 Fälle), liegt. Ausschlaggebend sind allein die **Abrechnungsdaten**, auf eine evtl. Mitarbeit am Tresen und kleinere Beratungen etc. kommt es nicht an. Zahlen aus dem **ärztlichen Bereitschaftsdienst** können nicht herangezogen werden. Es handelt sich hierbei um einen Annex zur vertragsärztlichen Tätigkeit. Eine Nichtausübung liegt vor, wenn die Anzahl der Behandlungsfälle unter 10 % des Fachgruppendurchschnitts liegt (vgl. LSG Bayern, Urt. v. 22.01.2020 - L 12 KA 6/19 - juris Rn. 73, RID 20-04-24).

Der Kl. nimmt seit 2008 als zugelassener Allgemeinarzt an der vertragsärztlichen (hausärztlichen) Versorgung teil. Er gehört einer BAG mit vier weiteren Ärzten an. Der Zulassungsausschuss entzog dem Kl. im Mai 2019 seine Zulassung wegen Nichtausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit. Der Bekl. wies im November 2019 den Widerspruch zurück. Der Kl. liege mit seinem Leistungsvolumen seit dem Quartal III/16 deutlich unterhalb von 10 % im Vergleich zum durchschnittlichen Leistungsvolumen der Hausärzte. Er habe in den Quartalen III/16 bis I/19 insgesamt 310 Fälle in der eigenen Praxis abgerechnet. Dies seien durchschnittlich 28 Fälle pro Quartal (Vergleichsgruppe der Hausärzte: durchschnittlich pro Quartal 787 Fälle). Im Quartal II/19 habe der Kläger insgesamt 4 Fälle in der eigenen Praxis abgerechnet. Der ärztliche Bereitschaftsdienst sei zwar Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung, jedoch handele es sich hier lediglich um einen Annex und es entbinde den Vertragsarzt nicht vom Abhalten von Sprechstunden und Präsenz am Vertragsarztsitz. Das **SG** wies die Klage ab.

VI. Aufsichtsrecht gegenüber Vertreterversammlung einer KV

1. Aufsichtsrechtlicher Verpflichtungsbescheid gegen K(Z)V

LSG Mecklenburg-Vorpommern, Urteil v. 06.12.2023 - L 1 KA 1/14 KL

RID 24-02-12

www.juris.de

SGB V § 78 III 2; SGB IV § 89 I 2

Leitsatz: 1. Voraussetzung für den Erlass eines **aufsichtsrechtlichen Verpflichtungsbescheides** gemäß § 78 Abs. 3 Satz 2 SGB V i.V.m. § 89 Abs. 1 Satz 2 SGB IV ist, dass eine konkrete **Rechtsverletzung** vorliegt und von der Aufsichtsbehörde benannt wird.

2. In einem aufsichtsrechtlichen Verpflichtungsbescheid darf nichts verlangt werden, was rechtlich oder tatsächlich nicht **umgesetzt** werden kann.

Streitig ist die Rechtmäßigkeit eines aufsichtsrechtlichen Bescheides, mit dem der Bekl. die Vertreterversammlung der Kl. verpflichtet hat, Sitzungsgelder und Reisekosten zur Erstattung zu verlangen, welche anlässlich von Veranstaltungen der Selbstverwaltung der Kl. in den Jahren 2003 und 2004 ausgezahlt worden waren, ferner eines weiteren Bescheides, mit dem die Kl. zur Übersendung aller hiermit im Zusammenhang stehenden Buchungs- und Zahlungsbelege verpflichtet wurde. Das **LSG** hob die angefochtenen Bescheide des bekl. Landes v. 17.12.2013 auf.

VII. Bundessozialgericht (BSG)

1. Sachlich-rechnerische Richtigstellung: Dokumentationspflichten des Vertragsarztes

BSG, Beschluss v. 09.02.2024 - B 6 KA 11/23 B

RID 24-02-13

www.juris.de

Die Nichtzulassungsbeschwerde des Kl. gegen *LSG Berlin-Brandenburg*, Urt. v. 22.02.2023 - L 7 KA 12/18 - RID 23-02-13 wird als unzulässig verworfen.

Nach der Senatsrpr. ist der Arzt seit jeher verpflichtet, die bei der Behandlung eines Patienten gemachten Feststellungen und durchgeführten Behandlungsmaßnahmen zu **dokumentieren**. Bereits nach § 57 Abs. 1 BMV-Ä hat der Vertragsarzt die Befunde, die Behandlungsmaßnahmen sowie die veranlassten Leistungen einschließlich des Tages der Behandlung „in geeigneter Weise zu dokumentieren“. Weitergehende Dokumentationsanforderungen können insbesondere - wie sich auch aus § 87 Abs. 2d Satz 1 Halbs. 2 SGB V ergibt - in der Leistungslegende des EBM formuliert werden.

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

B. KRANKENVERSICHERUNGSRECHT

I. Vertrags(zahn)ärztliche Behandlung

1. Positronen-Emissions-Therapie/Computertomographie-Untersuchung

LSG Hessen, Urteil v. 21.03.2024 - L 1 KR 166/22

RID 24-02-14

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 2 Ia, 27 I, 116b

Leitsatz: Zum Anspruch auf Erstattung der Kosten eines **PSMA-PET-CT** bei Anstieg des PSA-Wertes trotz **Prostatektomie**.

SG Darmstadt, Gerichtsbs. v. 15.06.2022 - S 13 KR 315/21 - juris wies die Klage ab, das **LSG** verurteilte die Bekl., dem Kl. die ihm aufgrund der am 29.09.2020 durchgeführten PSMA-PET-CT-Untersuchung entstandenen Kosten in Höhe von 1.421,86 € zu erstatten.

2. Kryokonservierung: Anspruch vor Umsetzung der Vergütungsmodalitäten im EBM

SG Darmstadt, Schlussantrag v. 28.02.2024 - S 25 KR 745/21

RID 24-02-15

Berufung anhängig: LSG Hessen - L 1 KR 142/24 -
www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 13 III 1, 27a IV, 92

Leitsatz: Nach Erlass der **Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Kryokonservierung** hatten Versicherte unmittelbar, auch schon vor Umsetzung der Vergütungsmodalitäten im **Einheitlichen Bewertungsmaßstab**, einen Sachleistungsanspruch gegen die gesetzlichen Krankenkassen.

Das **SG** verurteilte die Bekl., die Kosten der Kl. für die Entnahme und Kryokonservierung von Eizellen in Höhe von 2.833,07 € zu erstatten.

3. Zahnärztl. Behandlung: Rücknahme einer Kostenzusage für kieferorthopädische Behandlung

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 24.01.2024 - L 14 KR 293/22

RID 24-02-16

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB X §§ 45, 48

Leitsatz: 1. Bei der **Kostenzusage** der Krankenkasse zur kieferorthopädischen Behandlung handelt es sich regelmäßig um einen **Verwaltungsakt mit Dauerwirkung**.

2. Lässt eine gemäß Behandlungsplan durchgeführte **kieferorthopädische Behandlung** die Notwendigkeit eines kieferchirurgischen Eingriffs entfallen, liegt keine wesentliche Änderung der tatsächlichen Verhältnisse vor, die zur Aufhebung der Kostenzusage berechtigt, da rechtserheblich für die Kostenzusage der prognostizierte Behandlungsbedarf bei Beginn der Behandlung ist.

Die Beteiligten streiten um die Rücknahme einer Kostenzusage für eine kieferorthopädische Behandlung. **SG Berlin**, Urt. v. 02.08.2022 - S 198 KR 1302/21 - hob den angefochtenen Bescheid auf, das **LSG** wies die Berufung zurück.

II. Stationäre Behandlung

1. Behandlung in nicht zugelassenem Krankenhaus: Systemversagen

SG Köln, Urteil v. 30.11.2023 - S 36 KR 1004/21

RID 24-02-17

www.juris.de
SGB V §§ 13 III, 27 I 2 Nr. 5, 107; SGB I §§ 13, 14

Für außerhalb des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung beschaffte Leistungen besteht ein **Kostenerstattungsanspruch**, soweit ein zugelassener behandlungsbereiter Leistungserbringer in einer für den Versicherten zumutbaren Zeit oder Entfernung nicht rechtzeitig oder gar nicht zur Verfügung steht. Ein solches sog. **Systemversagen** kommt insb. auch dann in Betracht, wenn der Versicherte

aufgrund unzureichender Beratung oder Aufklärung durch die Krankenkasse (§§ 13, 14 SGB I) gezwungen ist, sich die Leistung selbst zu beschaffen (BSG, Urt. v. 10.02.1993 - 1 RK 31/92 - SozR 3-2200 § 182 Nr. 15; vgl. auch LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 23.02.2021 - L 5 KR 36/21 B ER - juris, RID 22-04-64).

Bei einem Versicherten, der unter einer posttraumatischen Belastungsstörung (F43.1), einer rezidivierenden depressiven Störung (F33.1) und einem sekundären Alkohol- und Cannabiskonsum (F10.1, F12.1) leidet, können ambulante Behandlungsmaßnahmen nicht mehr ausreichend und eine **stationäre psychosomatisch-psychiatrische Behandlung unmittelbar indiziert** sein. Die Behandlungskosten in einem **nicht nach § 108 SGB V zugelassenem Krankenhaus** sind zu erstatten, wenn ein behandlungsbereites Vertragskrankenhaus mit der Möglichkeit einer stationären Traumatherapie in zumutbarer Zeit nicht zur Verfügung steht.

Das **SG** verurteilte die Bekl., dem Kl. Kosten für die stationäre Behandlung in der Klinik C. in der Zeit vom 02.06.2020 bis 28.07.2020 in Höhe von 20.805 € zu erstatten.

2. Liposuktion bei Lipödem

SG Landshut, Urteil v. 13.03.2024 - S 10 KR 350/21

RID 24-02-18

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 39 I, 137c

Der **GBA** hat bislang im Fall der Liposuktion bei Lipödem keine Entscheidung nach § 137c Abs. 1 SGB V getroffen. Er hat das entsprechende Methodenbewertungsverfahren nur ausgesetzt und ein Erprobungsverfahren auf der Grundlage der genannten Erprobungs-Richtlinie veranlasst. Die Erprobung umfasst dabei alle Stadien eines Lipödems. Eine Entscheidung im Sinne des § 137c Abs. 1 S. 2 SGB V liegt indes nicht vor.

Die begehrte Behandlung erfüllt derzeit zwar nicht das allgemeine **Qualitätsgebot** des § 2 Abs. 1 S. 3 SGB V, allerdings ist dieses aufgrund von § 137c Abs. 3 SGB V partiell eingeschränkt; es gilt der **Potentialmaßstab**.

Auch nach Erlass der Erprobungs-Richtlinie Liposuktion des GBA v. 18.01.2018 bleibt es bei den **vom BSG hierfür aufgestellten Voraussetzungen**; weitere Qualitätsanforderungen des GBA für Krankenhäuser, die nicht an der Erprobung teilnehmen, bestehen nicht.

Die **Voraussetzungen** des § 137c Abs. 3 SGB V liegen vor: Die Klägerin leidet an einer schwerwiegenden Erkrankung, Standardtherapien sind ausgeschöpft und die begehrte Behandlung bietet das Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative.

Das **SG** verurteilte die Bekl., die Kosten für eine Behandlung mittels mehrzeitiger wasserstrahlassistierter Liposuktion an den Oberschenkeln sowie am Gesäß, an der Hüfte und an den Oberarmen zu übernehmen.

III. Kostenerstattung

1. Wahl der Kostenerstattung: Keine Erstattung von Kosten eines Einbettzimmers

SG Mainz, Urteil v. 07.02.2024 - S 7 KR 526/20

RID 24-02-19

www.juris.de
SGB V §§ 13 II, 39 I; KHEntgG §§ 2, 7 I 1

Leitsatz: Ein gesetzlich Krankensversicherter, der eine Erklärung zur **Wahl der Kostenerstattung** nach § 13 Abs. 2 SGB V abgegeben hat, kann die Kosten für ein Einbettzimmer eines stationären Krankenhausaufenthalts von der gesetzlichen Krankenversicherung nicht erstattet bekommen.

Das **SG** wies die Klage ab.

2. Privatärztliche Untersuchung nebst Gutachtenerstellung

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 13.04.2023 - L 5 KR 2/23

RID 24-02-20

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 11 I Nr. 5, 27 I 1 u. 2 Nr. 1, 73, 95 I 1

Eine **privatärztliche Untersuchung** nebst Gutachtenerstellung ist von den Anspruchsgrundlagen des SGB V nicht erfasst.

SG Köln, Gerichtsbb. v. 15.12.2022 - S 21 KR 1303/21 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

3. Kostenerstattungsanspruch setzt Versicherungsverhältnis voraus

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 29.03.2023 - L 10 KR 610/20

RID 24-02-21

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 29/23 B

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 13 III

Ein **Kostenerstattungsanspruch** gem. § 13 Abs. 3 SGB V besteht nicht, wenn ein **Versicherungsverhältnis** nicht festgestellt werden kann.

SG Duisburg, Urt. v. 24.07.2020 - S 46 KR 182/17 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

4. Kostenforderung einer türkischen Privatklinik

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 19.12.2023 - L 11 KR 2199/23

RID 24-02-22

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 13, 16 I 1 Nr. 1, 18; Deutsch-türkisches Sozialversicherungsabkommen Art. 4, 12 Ib

Maßstab für den Kostenerstattungsanspruch ist nicht eine - wie auch immer begründete (oder unbegründete) - **Kostenforderung der türkischen Privatklinik**, sondern der **Kostenansatz**, den die **türkische Sozialversicherungsanstalt** bei einer vergleichbaren Behandlung in einem Vertragskrankenhaus zu zahlen gehabt hätte (LSG Hessen, Urt. v. 19.10.2017 - L 8 KR 395/16 - juris Rn. 8, 25, RID 18-01-75).

SG Stuttgart, Gerichtsbb. v. 20.07.2023 - S 15 KR 2891/22 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

IV. Arzneimittel

Nach BSG, Urt. v. 20.03.2024 - *B 1 KR 24/22 R* - erfordert die begehrte **Genehmigung der Versorgung mit Cannabisblüten** nicht eine bereits ausgestellte vertragsärztliche Verordnung, und es spricht auch einiges dafür, dass die Kl. an einer schwerwiegenden Erkrankung leidet. Zur Behandlung der Kl. steht aber nach den Senat bindenden Feststellungen des LSG die allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende **multimodale Schmerztherapie zur Verfügung**. Es bedarf daher einer **begründeten Einschätzung des behandelnden Vertragsarztes**, nach der diese Leistung unter Abwägung der zu erwartenden Nebenwirkungen und unter Berücksichtigung des Krankheitszustandes der Versicherten nicht zur Anwendung kommen kann. Eine solche, nur auf Plausibilität überprüfbare Einschätzung des behandelnden Vertragsarztes, liegt nicht vor. Den vorgelegten Ausführungen des Vertragsarztes fehlt es an wesentlichen für eine Abwägung erforderlichen Angaben, ohne die eine Plausibilitätsprüfung nicht möglich ist. Eine Bezugnahme auf eine anderweitige Stellungnahme ersetzt die erforderliche eigene Abwägungsentscheidung grundsätzlich nicht. Die begründete Einschätzung des behandelnden Arztes ist Leistungsvoraussetzung und als solche - auch ohne gerichtlichen Hinweis - bis zum Schluss der mündlichen Verhandlung vor dem LSG von der Versicherten beizubringen oder erforderlichenfalls zu ergänzen. Bis zuletzt fehlte auch die für die Genehmigung nach § 31 Abs. 6 SGB V erforderliche Angabe der beabsichtigten Einzel- und Tagesdosis. Eine den Anspruch auf Kostenerstattung nach § 13 Abs. 3a S. 7 SGB V begründende Genehmigungsfiktion ist deshalb schon mangels hinreichender Bestimmtheit des Antrags nicht eingetreten. Nach BSG, Urt. v. 20.03.2024 - *B 1 KR 36/22 R* - unterliegt der Anspruch Versicherter auf **Versorgung mit Arzneimitteln** (§ 27 Abs. 1 S. 2 Nr. 3, § 31 SGB V) dem **Qualitäts- und dem Wirtschaftlichkeitsgebot** (§ 2 Abs. 1 S. 3, § 12 Abs. 1 SGB V) und dem im SGB V und im Arzneimittelgesetz dafür vorgesehenen Sicherungsmechanismen. Letztere fehlen weitgehend im Arzneimittelrecht für **Rezepturarzneimittel**. Das Rezepturarzneimittel **g-Strophanthin** wird auch nicht vom Erlaubnisvorbehalt des GBA gem. § 135 Abs. 1 S. 1 SGB V erfasst, da es sich nicht um eine „neue“ Behandlungsmethode handelt. Die Wirksamkeit und **Unbedenklichkeit** dieses Rezepturarzneimittels ist deshalb von den Krankenkassen und - im Streitfall - von den **Sozialgerichten festzustellen**. Vorliegend hat das LSG nicht festgestellt, ob zuverlässige, wissenschaftlich nachprüfbar Aussagen in dem Sinne vorliegen, dass der Erfolg einer Behandlung in einer ausreichenden Zahl von Behandlungsfällen belegt ist. Sollten valide Studien zur Wirksamkeit und Unbedenklichkeit fehlen, würde sich daraus kein Systemversagen ergeben. Ob die **Voraussetzungen des § 2 Abs. 1a SGB V** vorliegen, kann der Senat ebenfalls nicht abschließend entscheiden. Das Vorliegen einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlichen Erkrankung wird - entgegen der Ansicht des LSG - nicht allein dadurch ausgeschlossen, dass sich ein tödlicher Krankheitsverlauf nach ärztlicher Einschätzung nicht vor Ablauf von zwei Jahren verwirklichen wird. Zur Beurteilung einer solchen Extremsituation sind vielmehr stets die **konkreten Umstände des Einzelfalls** heranzuziehen. Zu berücksichtigen ist etwa ein durch die Unumkehrbarkeit des tödlichen Krankheitsverlaufs verursachter spezifischer Zeitdruck. Dem Sinn und Zweck des § 2 Abs. 1a SGB V widerspricht es, einen Anspruch auf Behandlung mangels Zeitdruck zu verneinen, wenn jede spätere Behandlung zu spät käme und den Eintritt des Todes nicht mehr verhindern könnte. Das LSG wird daher Feststellungen zum aktuellen Zustand der Herzerkrankung, der Verlaufsprognose und zum Behandlungszeitfenster für die angestrebte Lebenserhaltung treffen müssen. Soweit das LSG festgestellt hat, dass die allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende

Behandlung im Falle der Klägerin nicht ausgeschöpft sei, ist der Senat daran nicht gebunden. Die Kl. hat dagegen zulässige und begründete Verfahrensrügen vorgebracht.

1. Arzneimittel Miglustat (Zavesca): Wirksamkeit nicht aufgrund von Tierversuchen

LSG Niedersachsen-Bremen, Beschluss v. 12.07.2023 - L 16 KR 274/23 B ER

RID 24-02-23

www.juris.de

SGB V §§ 2 Ia, 27 I 2 Nr. 3, 31 I 1; SGG § 86b II 2

Auch bei sehr schweren Erkrankungen benötigen Behandlungsversuche, die eine nicht ganz fernliegende Aussicht auf eine spürbar positive Beeinflussung des Krankheitsverlaufs begründen (§ 2 Abs. 1a SGB V), ein Mindestmaß an **wissenschaftlicher Datengrundlage**, die über **Tierversuche** hinausgehen.

SG Osnabrück, Beschl. v. 28.04.2023 - S 3 KR 95/23 ER - verpflichtete die Ag. vorläufig bis zu einer rechtskräftigen Entscheidung über den Widerspruch, den Ast. mit sofortiger Wirkung mit dem Arzneimittel Zavesca zu versorgen und den Ast. von den dafür entstehenden Kosten freizustellen. Das **LSG** lehnte den Antrag auf Gewährung einstweiligen Rechtsschutzes ab.

V. Hilfsmittel

Nach BSG, Urt. v. 18.04.2024 - **B 3 KR 13/22 R**, **B 3 KR 14/23 R** u. **B 3 KR 7/23 R** - kann ein Versicherter ein **Rollstuhlggerät** nicht schon zur **Sicherung des Erfolgs der Krankenbehandlung** oder zur **Vorbeugung einer drohenden Behinderung** beanspruchen. Dafür fehlt es bereits an dem vom Senat hierfür bislang vorausgesetzten engen Zusammenhang zu einer andauernden, auf einem ärztlichen Therapieplan beruhenden Behandlung durch ärztliche und ärztlich angeleitete Leistungserbringer. Dem stünde darüber hinaus jedenfalls derzeit auch die **Sperrwirkung des Methodenbewertungsvorbehalts** nach § 135 Abs. 1 S. 1 SGB V entgegen. Ob Versicherte mit schweren Mobilitätsbeeinträchtigungen nach dem aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand die Versorgung mit Mobilitätshilfen bereits zu kurativen oder präventiven Zwecken beanspruchen können, weil in Leitlinien medizinischer Fachgesellschaften und von Zentren für Querschnittsgelähmte entsprechende Bewegungsempfehlungen abgegeben wurden, kann in Orientierung an dem Schutzzweck des Methodenbewertungsvorbehalts im Hinblick auf medizinischen Nutzen, Voraussetzungen und Wirtschaftlichkeit **allein vom GBA beurteilt werden; soweit der Senat das in der Vergangenheit anders beurteilt hat, hält er daran nicht fest**. Dem Anspruch auf motorunterstützte Mobilitätshilfen zum Behinderungsausgleich stehen **Reichweite und Geschwindigkeit** der damit eröffneten Fortbewegung nicht entgegen, sofern der **Nahbereich der Wohnung mit eigener Körperkraft anders nicht zumutbar erschlossen werden kann**. St. Rspr. nach besteht im Rahmen der originären Leistungszuständigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung zum mittelbaren Behinderungsausgleich Anspruch auf Versorgung mit Hilfsmitteln, die die Auswirkungen der Behinderung im gesamten täglichen Leben beseitigen oder mindern und damit der Befriedigung eines allgemeinen Grundbedürfnisses des täglichen Lebens und einem möglichst selbstbestimmten und selbständigen Leben dienen sollen. Das umfasst beim Verlust der körperlichen Gehfähigkeit solche - ausreichenden und den Anforderungen des Wirtschaftlichkeitsgebots genügenden - Hilfsmittel, die im Nahbereich der Wohnung ein Aufschließen zu den Möglichkeiten von Menschen ohne Mobilitätsbeeinträchtigung erlauben. Soweit der Senat daraus abgeleitet hat, dass ein Handbike mit einer motorisch unterstützten **Geschwindigkeit von bis zu 14 km/h das Maß des an durchschnittlicher Schrittgeschwindigkeit ausgerichteten Notwendigen überschreitet** und Versicherte im Erwachsenenalter eine fahradgleiche mechanische Zugvorrichtung für ihren Rollstuhl nicht beanspruchen können, weil das Grundbedürfnis auf Erschließung eines gewissen körperlichen Freiraums nicht das Zurücklegen längerer Wegstrecken wie beim Radfahren, Joggen oder Wandern umfasse, **hält er daran nicht fest, soweit Versicherte den Nahbereich der Wohnung - sofern sie das wünschen - anders als mit einem solchen Hilfsmittel nicht zumutbar mit eigener Körperkraft erschließen können**. Für die Erschließung des **Nahbereichs** hat die gesetzliche Krankenversicherung beim mittelbaren Behinderungsausgleich nicht nur einzustehen, um die für übliche Alltagsgeschäfte maßgeblichen Orte trotz gesundheitsbedingt eingeschränkter Bewegungsfähigkeit erreichen zu können. Zu den in der Abgrenzung zu den Aufgaben anderer Rehabilitationsträger mit Hilfsmitteln zum mittelbaren Behinderungsausgleich zu befriedigenden allgemeinen Grundbedürfnissen rechnet vielmehr seit jeher auch das Bedürfnis, die **Alltagsverrichtungen in diesem Bereich nach Möglichkeit auch unter Einsatz der eigenen (Rest-)Kräfte bewältigen zu können**. Das ist Ausdruck der den Behinderungsausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung seit jeher leitenden personalen Autonomie, die in der Teilhabeorientierung des SGB IX sowie dem verfassungsrechtlichen Benachteiligungsverbot des Artikel 3 Absatz 3 Satz 2 GG in Verbindung mit dem Recht auf persönliche Mobilität nach Artikel 20 UN-Behindertenrechtskonvention zusätzliche Bekräftigung erhalten hat. Im Lichte dessen beinhalten die vom mittelbaren Behinderungsausgleich umfassten Grundbedürfnisse des Gehens, Stehens oder Greifens jenseits von im engeren Sinne spezifisch kurativen oder präventiven Zwecken auch das als elementar anzuerkennende (Grund-)Bedürfnis, sich als körperlich aktiver Mensch mindestens in einem - was die Mobilität betrifft - umgrenzten lokalen Bereich nach Möglichkeit unter Einsatz der eigenen (Rest-)Körperkraft erfahren und bewegen zu können. Ob der Nahbereich der Wohnung in diesem Sinne nur mit einer motorunterstützten Mobilitätshilfe mit eigener (Rest-)Körperkraft zumutbar erschlossen werden kann, bestimmt sich regelhaft **nach den örtlichen Gegebenheiten der erforderlichen Wege zu den wesentlichen Stellen der allgemeinen Versorgung** und der Gesunderhaltung **auch dann, wenn diese über die von nicht mobilitätsbeeinträchtigten Menschen üblicherweise zu Fuß zurückgelegte Entfernung hinausreichen; soweit der Senat das bisher anders gesehen hat, hält er daran unter Berücksichtigung eines weithin veränderten Mobilitäts- und Bewegungsverhaltens nicht mehr fest**. Mit dem seit langem verfolgten Kriterium des Nahbereichs der Wohnung konnte sich über lange Zeit typisierend die Vorstellung verbinden, dass in dem regelmäßig fußläufig erschlossenen Radius im Allgemeinen die maßgeblichen Alltagsgeschäfte im erforderlichen

Maße erreicht und daher mit entsprechenden Mobilitätshilfen auch die elementaren Mobilitätsbedürfnisse im Übrigen ausreichend befriedigt werden können und so ein hinreichendes Aufschließen zu den Möglichkeiten nicht mobilitätsbeeinträchtigter Versicherter gewährleistet ist; schon immer schloss das Grundbedürfnis auf Bewegung im Nahbereich auch die Wege ein, die von besonderer Bedeutung für die physische und psychische Gesundheit sind, nämlich zur Aufrechterhaltung der körperlichen Vitalfunktionen und der Erschließung eines für die seelische Gesundheit elementaren Freiraums. Von einer ausreichenden Berücksichtigung dessen kann indes nicht mehr in gleicher Weise typisierend ausgegangen werden, nachdem sich **zwischenzeitlich einerseits die Angebotsstrukturen für die üblichen Alltagsverrichtungen der täglichen Versorgung erheblich verändert haben** und zugleich auch **der Anteil üblicherweise zu Fuß zurückgelegter Wegstrecken - 2017 im Mittel 1,7 km täglich - deutlich zurückgegangen** ist und sich **andererseits das Bewegungsverhalten im Übrigen vielfach auf Felder verlagert hat, die nicht mehr der Erledigung von Alltagsgeschäften zugeordnet werden können**. Unter Berücksichtigung dessen erscheint es dem Senat als geboten, dem in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Risiko des Verlusts der Gehfähigkeit jedenfalls beim Wunsch zur Fortbewegung auch unter Einsatz der eigenen Körperkraft **den Ausfall der für die Erledigung der üblichen Alltagsversorgungen erforderlichen Bewegungsmöglichkeiten weiter als bisher auch über übliche fußläufige Entfernungen hinaus zuzuordnen** und betroffenen Versicherten damit jedenfalls **in diesem Umfang eine Teilhabe an den Bewegungsmöglichkeiten zu eröffnen**, die nicht in ihrer Gehfähigkeit beeinträchtigten Versicherten offen stehen und - wenn auch nicht notwendig bei Erledigung der maßgeblichen Alltagsgeschäfte i.S.d. Rspr. zum mittelbaren Behinderungsausgleich - weithin auch im Interesse ihrer physischen und psychischen Gesundheit genutzt werden. Insofern bietet die Entfernung zu den üblichen Stellen der allgemeinen Versorgung und zur Gesunderhaltung nach den örtlichen Gegebenheiten - von besonders gelagerten Ausnahmelagen abgesehen - zur Überzeugung des Senats typisierend weiterhin einen angemessenen Anhaltspunkt dafür, für welches Grundbedürfnis im Bereich der Mobilität die gesetzliche Krankenversicherung in ihrer originären Leistungszuständigkeit für den Behinderungsausgleich zur Aufrechterhaltung der körperlichen Vitalfunktionen und der Erschließung eines für die seelische Gesundheit elementaren Freiraums im Rahmen der Erledigung der üblichen Alltagsgeschäfte einzustehen hat und inwiefern gehbeeinträchtigte Versicherte in einem Mindestmaß an den zwischenzeitlich veränderten Bewegungsgewohnheiten vieler nicht mobilitätsbeeinträchtigter Personen teilhaben können, sofern sie den anzuerkennenden Nahbereich der Wohnung in Ausübung ihres Wunsch- und Wahlrechts unter Einsatz ihrer Körperkraft erschließen möchten; ob das in gleicher Weise für rein motorgetriebene Mobilitätshilfen gilt, kann hier offenbleiben. Nach BSG, Urt. v. 18.04.2024 - **B 3 KR 17/22 R** - steht einem Anspruch auf Versorgung mit einer **Matratze, die zur Linderung von Schlafstörungen bei Kindern mit stark beeinträchtigter Mobilität beitragen soll**, derzeit die **Sperrwirkung des Methodenbewertungsvorbehalts** nach § 135 Abs. 1 S. 1 SGB V entgegen. Stellen sich dementsprechend Fragen zur Erforderlichkeit einer Methodenbewertung durch den GBA ernstlich, entfaltet die Regelung des § 135 Abs. 1 SGB V vorwirkende Sperrwirkungen im Hinblick auf jedes in der gesetzlichen Krankenversicherung neu einzusetzende Hilfsmittel, solange das dazu berufene - und entsprechend interessenplural zusammengesetzte - Beschlussgremium des GBA noch nicht entschieden hat, ob dessen Einsatz gemessen an den Schutzzwecken des § 135 Abs. 1 SGB V einer Bewertung durch den GBA zu unterziehen ist oder ob sich die Voraussetzungen für die Versorgung und die dabei einzuhaltenden Maßgaben hinreichend sicher aus den bereits eingeführten Einzelementen der fraglichen Methode ableiten lassen. Hiernach kann die streitbefangene Lagerungsmatratze jedenfalls derzeit nicht beansprucht werden. Die Matratze zielt nach Funktionalität und Zwecksetzung **nicht auf den Ausgleich einer ausgefallenen Körperfunktion**, sondern auf eine **veränderte Körperwahrnehmung** und eine dadurch geminderte Muskelspannung der Kl. während der Schlafenszeit, um mangels anderer verfügbarer therapeutischer Ansätze jedenfalls so ihre Schlafbeschwerden durch Einwirkung auf menschliche physiologische Funktionen zu lindern. Entsprechend stützt der Hersteller den Nutzen der Lagerungsmatratze auf ein therapeutisches Wirkprinzip („Therapieform“). Ob es eines gesonderten Bewertungsverfahrens zu der Frage dieses medizinischen Nutzens der Lagerungsmatratze und - kann er als belegt angesehen werden - im Hinblick auf die Voraussetzungen ihrer Inanspruchnahme sowie der dafür gegebenenfalls in Betracht kommenden Krankheitsbilder bedarf, kann nach dem Schutzzweck der Regelung nur von dem dafür zuständigen Gremium des GBA selbst beurteilt werden. Das ist auch nicht wegen eines Seltenheitsfalls unbeachtlich, weil - wie schon das Angebot der Herstellerfirma zeigt - die streitbefangene Lagerungsmatratze nicht nur für Schlafbeschwerden wie im Fall der Kl. angeboten wird und mithin die Möglichkeit von Studien zu den ihr zugesprochenen Eigenschaften nach dem Wirkmechanismus der Lagerungsmatratze nicht auf Krankheitsbilder wie dem der Kl. beschränkt ist. Dass die Ein- und Durchschlafstörungen mit langen Wachphasen als Ausprägung des schwerwiegenden Grundleidens der Kl. selbst Krankheitswert haben, ändert an den vorstehenden rechtlichen Einordnungen nichts. Nach BSG, Urt. v. 18.04.2024 - **B 3 KR 16/22 R** - sind der Hilfsmittel-Richtlinie Vorgaben zum Brechungsindex bei therapeutischen **Sehhilfen zur Behebung des akkommodativen Schielens bei Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres** nicht zu entnehmen. Während die Hilfsmittel-Richtlinie bei anderen Indikationen für therapeutische Sehhilfen zur Verordnungsfähigkeit im Weiteren auf die Modalitäten der Abgabe von Brillengläsern zur Verbesserung der Sehschärfe verweist, enthält sie einen solchen Verweis beim akkommodativen Schielen nicht. Danach unterliegt die Versorgung von Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres mit Sehhilfen zur Behebung des akkommodativen Schielens **weder direkt noch mittelbar den Vorgaben der Hilfsmittel-Richtlinie zur Verbesserung der Sehschärfe**. Ausgehend von der nach Funktionalität unterscheidenden Betrachtung dient ein Hilfsmittel nach der Senatsrspr. der „Sicherung des Erfolgs der Krankenbehandlung“, wenn es im Rahmen eines medizinisch-therapeutischen Ansatzes im Schwerpunkt zur Behandlung einer Erkrankung eingesetzt wird. Liegt es so, ist eine Sehhilfe zur Behandlung einer Augenerkrankung krankenversicherungsrechtlich auch dann keine Sehhilfe zum Behinderungsausgleich, wenn mit dem Ausgleich der Fehlsichtigkeit zugleich auch Zwecke des (unmittelbaren) Behinderungsausgleichs verfolgt werden. Deshalb kann Abgabeanforderungen für Brillengläser zur Verbesserung der Sehschärfe Bindungswirkung für die Versorgung mit therapeutischen Sehhilfen nur zukommen, soweit der Hilfsmittel-Richtlinie des GBA deren entsprechende Geltung in einer für die Zwecke der Massenverwaltung - nicht zuletzt im Interesse der anspruchsberechtigten Versicherten - hinreichend deutlichen Weise entnommen werden kann; dafür findet sich indes in Bezug auf den hier streitbefangenen Brechungsindex keine ausreichende Grundlage. Ob diese Vorgaben den besonderen Erfordernissen der Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Fällen wie hier hinreichend Rechnung tragen, ist deshalb unbeachtlich.

1. Rollstuhlzuggerät

a) Erkrankung an Multipler Sklerose/Keine Beschränkung auf Minimalversorgung

SG Dresden, Urteil v. 17.01.2024 - S 45 KR 578/21

RID 24-02-24

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 33 I

Leitsatz: 1. Bei einer Erkrankung an **Multipler Sklerose**, die bereits zu erheblichen Einschränkungen der Gehfähigkeit und zur Angewiesenheit auf eine Fortbewegung im Rollstuhl geführt hat, dient ein **Rollstuhlzuggerät** bzw. Handbike zwar nicht dazu, den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern. Diese Hilfsmittel dienen jedoch zum **Behinderungsausgleich** im Rahmen der Versorgung durch die Krankenkasse.

2. Als Grundlage kommen sowohl die **Vorbeugung einer drohenden Behinderung** des Oberkörpers und der oberen Extremitäten in Bezug auf die Erhaltung der Muskulatur und der Beweglichkeit als auch der Ausgleich und der Behinderung des Unterkörpers und der unteren Extremitäten in Betracht.

3. Das Gericht schließt sich der jüngeren Rechtsprechung an, nach der **Menschen mit Behinderungen** ermöglicht werden soll, so weit wie möglich ein selbstbestimmtes und selbstständiges Leben zu führen und der Anspruch auf ein Hilfsmittel gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung zum Behinderungsausgleich **nicht von vornherein auf einen Basisausgleich** im Sinne einer Minimalversorgung **beschränkt** ist (sog. Paradigmenwechsel). Das Wunsch- und Wahlrecht der Klägerin ist in die Betrachtung als ein wesentlicher Faktor einzubeziehen.

Das **SG** verpflichtete die Bekl., an die Kl. die Kosten für das durch die Kl. am 05.03.2021 bezogene Rollstuhlzuggerät Husk-e Steps E8000 (Handbike), Größe 20", in Höhe von 8.692,36 € zu erstatten.

b) Polyarthrititis und Rheumatismus/Zuggerät mit Handkurbel und elektrischer Unterstützung

SG Köln, Urteil v. 16.11.2023 - S 36 KR 622/21

RID 24-02-25

www.juris.de

SGB V § 33 I

Besteht bei einem **Elektrollstuhl** die Problematik, dass ein Versicherter den Transfer, z.B. aus dem Bett in den Rollstuhl, aber auch das Umsetzen auf die Toilette, nicht mehr selbstständig durchführen kann, sondern immer auf fremde Hilfe angewiesen ist, kann ein Anspruch auf Versorgung mit einem **Rollstuhl-Zuggerät mit Handkurbel und elektrischer Unterstützung** bestehen, wenn dieses selbstständig und unabhängig zur Erschließung des Nahbereichs genutzt werden kann. Unerheblich ist, ob mit dem begehrten Hilfsmittel die Geschwindigkeit eines Fußgängers überschritten werden kann, und dass es auch für eine sportlichere Betätigung eingesetzt werden könnte.

Das **SG** verurteilte die Bekl., den Kl. mit einem „NJ1 e-assistant Neodrives“ zu versorgen.

2. Hörgeräteversorgung: Besseres Sprachverstehen und Messtoleranzen

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 22.02.2024 - L 14 KR 129/22

RID 24-02-26

Revision zugelassen

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 12 I, II, 33 I, 36, 92 I 2 Nr. 6

Leitsatz: Bei der Hörgeräteversorgung Versicherter stellt sich ein **besseres Sprachverstehen** von 5 % ohne Störschall und von 2,5 % im Störschall gegenüber dem zuzahlungsfreien Gerät als **wesentlicher Gebrauchsvorteil** dar und ist nicht wegen **Messtoleranzen** als unwesentlich zu vernachlässigen.

SG Cottbus, Gerichtsbb. v. 04.04.2022 - S 42 KR 197/21 - wies die Klage ab, das **LSG** verurteilte die Bekl., der Kl. für die Versorgung mit dem Hörsystem „KINDduro 3410“ 1.816,30 € zu erstatten.

3. Genehmigungsfiktion bezüglich Hilfsmittel: Versorgung mit Zubehör

SG Berlin, Urteil v. 01.03.2024 - S 89 KR 683/21

RID 24-02-27

Berufung zugelassen

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 13 III, IIIa, 33 I

Leitsatz: Versorgt die Krankenkasse einen Versicherten mit einem **Hilfsmittel** aufgrund einer **Genehmigungsfiktion**, ist sie mit der Einwendung der fehlenden Notwendigkeit des Hilfsmittels bezogen auf das für den Gebrauch des Hilfsmittels regelmäßig notwendige **Zubehör** präkludiert.

Das **SG** verurteilte die Bekl., der Kl. die für 18 selbstbeschafften Elektroden angefallenen Kosten in Höhe von 534,64 € zu erstatten.

4. Keine Erstattung von Kosten für Inkontinenzartikel nach Ruhen des Leistungsanspruchs

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 21.11.2023 - L 11 KR 2835/23

RID 24-02-28

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 13 III, 16 IIIa, 33 I

Auf die Erstattung von Kosten für **Inkontinenzartikel** besteht, wenn das **Ruhen des Leistungsanspruchs** bestandskräftig festgestellt wurde, kein Anspruch, da sie nicht der Behandlung einer akuten Erkrankung bzw. eines Schmerzzustands dienen.

SG Freiburg, Gerichtsbb. v. 04.09.2023 - S 14 KR 353/23 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

5. Hilfsmittel TTFIELDS-Optune zur Behandlung eines Glioblastoms

SG Ulm, Beschluss v. 20.11.2023 - S 10 KR 2160/23 ER

RID 24-02-29

Beschwerde anhängig: LSG Baden-Württemberg - L 4 KR 3389/23 ER-B -

www.juris.de

SGB V §§ 2 Ia, 33, 135; SGG § 86b II

Leitsatz: 1. Soweit in der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) in Nr. 34 der Anlage 1 auf die „**Standardtherapie**“ verwiesen wird, ist grundsätzlich die Standardtherapie nach dem allgemein anerkannten Stand der (wissenschaftlich-)medizinischen Erkenntnisse zum jeweiligen Entscheidungszeitpunkt gemeint und nicht der Stand zum **Zeitpunkt** der Beschlussfassung des G-BA.

2. Die IDH-Wildtyp, WHO Grad IV, **mittels CeTeG-Protokoll** stellt derzeit keine Standardtherapie i.S.d. Nr. 34 der Anlage 1 der MVVRL des G-BA dar. Die Behandlung dieser Erkrankung mittels CeTeG-Protokoll erfüllt jedoch die Voraussetzungen des richterrechtlichen Off-Label-Use. Dies gilt derzeit jedoch nicht für die Behandlung mittels Bevacizumab.

3. Bei Vorliegen eines Glioblastoms IDH-Wildtyp, WHO Grad IV, können, aufgrund der derzeitigen Forschungsergebnisse, bei einer Behandlung mittels Bevacizumab die **Voraussetzungen von § 2 Abs. 1a SGB V** erfüllt sein.

4. Weder die Behandlung mittels CeTeG-Protokoll noch dessen Kombination mit Bevacizumab stehen einem **Anspruch auf Versorgung mit TTF** zur Behandlung eines Glioblastoms IDH-Wildtyp, WHO Grad IV, nach § 2 Abs. 1a SGB V zwingend entgegen.

Das **SG** verpflichtete die Ag. im Wege der einstweiligen Anordnung, die Ast. bis zu einer rechtskräftigen Entscheidung über den Widerspruch gegen den Bescheid vom 05.09.2023 mit dem Hilfsmittel TTFIELDS-Optune zu versorgen.

VI. Häusliche Krankenpflege/Rehabilitation/Fahrkosten

1. Außerklinische Intensivpflege für Kind mit Diabetes Typ I

SG Marburg, Beschluss v. 05.02.2024 - S 14 KR 5/24 ER

RID 24-02-30

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 37c; SGG § 86b II 2

Leitsatz: Zur Geltendmachung des Anspruchs eines **Kindes**, bei dem **Diabetes Typ I** diagnostiziert ist, auf **außerklinische Intensivpflege** während des **Besuchs einer Kindertagesstätte** im einstweiligen Rechtsschutz.

Das **SG** verpflichtete die Ag. im Wege der einstweiligen Anordnung, dem Ast. vorläufig bis zum Ablauf des aktuellen Verordnungszeitraums am 31.10.2024, längstens aber bis zur Entscheidung des nach Abschluss des Vorverfahrens noch anhängig zur machenden Hauptsache, außerklinische Intensivpflege im Umfang von bis 30 Stunden wöchentlich zur Verfügung zu stellen.

2. Weiterleitung eines Rehabilitationsantrages an Krankenkasse ohne Mitgliedschaftsverhältnis

SG Magdeburg, Urteil v. 08.08.2023 - S 33 KR 287/22

RID 24-02-31

www.juris.de
SGB V §§ 2 II 1, 33; SGB IX §§ 7 I, 14, 42 II Nr. 6

Leitsatz: § 14 Abs. 1 SGB IX ermächtigt nicht zur **Weiterleitung eines Rehabilitationsantrages** an eine gesetzliche **Krankenkasse**, bei der **keine Mitgliedschaft** besteht. Diese wird durch eine dennoch erfolgte Weiterleitung nicht leistender Rehabilitationsträger.

Das **SG** wies die Klage ab.

3. Fahrkosten

a) Keine Genehmigungsfiktion für Krankentransport

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 18.01.2024 - L 5 KR 931/21

RID 24-02-32

Revision anhängig: B 1 KR 7/24 R
www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 13 III, 60

§ 60 Abs. 1 S. 4 SGB V sieht vor, dass die Übernahme von **Fahrkosten** nach Satz 3 und nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 3 für Fahrten zur ambulanten Behandlung nur nach vorheriger Genehmigung durch die Krankenkasse erfolgt. Fehlt eine solche vorherige (also grundsätzlich vor der Fahrt erteilte) Genehmigung, besteht kein Kostenerstattungsanspruch. **Transporte nach § 60 Abs. 2 S. 1 Nr. 3 SGB V (Krankentransport)**, sind nicht von der **Genehmigungsfiktion** des § 60 Abs. 1 S. 5 SGB V umfasst.

SG Köln, Urt. v. 21.10.2021 - S 23 KR 886/21 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

b) Transport in ein Krankenhaus durch Dienstfahrzeug der Polizei wegen Suizidabsicht

SG München, Gerichtsbescheid v. 27.06.2022 - S 39 KR 80/22

RID 24-02-33

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 12 I, 60 II 1 Nr. 3, III Nr. 3

Die **Fahrkosten** zu einer **polizeilich angeordneten Unterbringung** im Sinn des BayPsychKHG sind von der Krankenkasse zu erstatten, wenn Lebensgefahr in Form von konkreter Suizidabsicht besteht. Es handelte sich dann um eine Rettungsfahrt im Sinn des § 60 Abs. 2 S. 1 Nr. 3 SGB V. Diese ist von § 60 SGB V nach allgemeiner Auffassung auch dann erfasst, wenn letztlich keine stationäre Aufnahme erfolgt. Der Transport durch das Dienst-Kfz der Polizei ist unter § 60 Abs. 3 Nr. 3 SGB V (Benutzung eines Krankenkraftwagens oder Rettungsfahrzeugs) in erweiternder Auslegung zu subsumieren.

Das **SG** verurteilte die Bekl., dem Kl. die Fahrkosten in Höhe von 625,50 € zu erstatten.

VII. Beziehungen zu Krankenhäusern

Nach BSG, Urt. v. 20.03.2024 - **B 1 KR 37/22 R** - liegt eine **Inanspruchnahme der besonderen Mittel des Krankenhauses** auch dann vor, wenn diese während der ärztlichen Behandlung wegen des Risikos schwerwiegender Komplikationen für die Versicherte **exklusiv vor- und freigehalten** werden. Dies war hier der Fall. Der an den Kreißsaal angeschlossene Operationsaal samt bereitstehendem Operationsteam wurde exklusiv für die Versicherte geblockt. Für eine ambulante Erbringung der Leistung im Krankenhaus hätte zudem keine rechtlich zulässige Möglichkeit zur Verfügung gestanden. Die stationäre Behandlung war auch medizinisch erforderlich, um der schwangeren Versicherten eine risikoarme spontane vaginale Geburt in der hierfür günstigen Schädellage zu ermöglichen. Für die Durchführung der äußeren Wendung bedurfte es der besonderen Mittel des Krankenhauses, da es dem aktuellen Stand medizinischer Erkenntnisse entspricht, diese Behandlung wegen der damit einhergehenden lebensbedrohlichen Risiken nur in Sectiobereitschaft durchzuführen. Maßgeblich für die Abgrenzung zwischen voll- und teilstationärer Behandlung ist **die zeitliche Behandlungsprognose zum Zeitpunkt der Aufnahmeentscheidung**. Eine **teilstationäre Behandlung** liegt vor, wenn eine zeitliche Begrenzung der Krankenhausbehandlung auf eine Tages- oder Nachtbehandlung von vornherein entsprechend geplant wird oder der Behandlungsplan insoweit offen ist, als erst zu einem späteren Zeitpunkt über die Fortsetzung der teilstationären Behandlung als vollstationäre Behandlung entschieden werden soll. Eine **vollstationäre Behandlung** liegt dagegen vor, wenn der Behandlungsplan von Anfang an eine Behandlung über Nacht vorsieht. Hierzu hat das LSG keine Feststellungen getroffen. Für den Fall, dass es sich um eine vollstationäre Behandlung handelte, sind vom LSG auch noch Feststellungen dazu zu treffen, ob diese - etwa wegen drohender Spätkomplikationen oder fehlender Compliance der Versicherten - medizinisch erforderlich war, oder ob eine teilstationäre Behandlung ausreichend gewesen wäre. Für den Fall einer teilstationären Behandlung fehlen noch Feststellungen zum Bestehen eines entsprechenden Versorgungsauftrags der KI. und zur Höhe des Vergütungsanspruchs.

Nach BSG, Urt. v. 20.03.2024 - **B 1 KR 41/22 R** - setzt der ICD-Kode L89.38 einen **Dekubitus** voraus, der hier nicht vorlag. Ein Dekubitus im Sinne dieses **Kodes erfordert eine durch Druckbelastung verursachte Gewebeschädigung**. Dies folgt aus einer bei Abrechnungsbestimmungen gebotenen eng am Wortlaut orientierten und durch systematische Erwägungen unterstützten Auslegung des ICD-Kodes. Nichts anderes folgt aus der Auslegung von 0401h der Deutschen Kodierrichtlinien. Ob die vorliegende Erkrankung und die durchgeführte Behandlung durch diese Kodierung adäquat abgebildet werden, ist für die Auslegung unerheblich. Denn Abrechnungsbestimmungen dürfen weder ausdehnend ausgelegt noch analog angewendet werden.

Nach BSG, Urt. v. 12.12.2023 - **B 1 KR 32/22 R** - stand der Krankenkasse ein **Anspruch auf Erstattung der gezahlten Aufwandspauschale** zu. Krankenkassen waren nach der Rspr. des Senats nicht verpflichtet, für **vor dem 01.01.2016** eingeleitete **sachlich-rechnerische Prüfungen** Aufwandspauschalen zu zahlen. Der Aufrechnung durch die Krankenkasse stand nicht das **Verbot unzulässiger Rechtsausübung** entgegen. Allein bloßes Zuwarten - also Nichtstun - stellt grundsätzlich kein Verwirkungsverhalten dar. Die Aufrechnung der Krankenkasse ist auch nicht nach § 325 SGB V a.F. ausgeschlossen. Die Vorschrift umfasst Ansprüche der Krankenkassen auf Rückzahlung geleisteter „Vergütungen“. Die Aufwandspauschale ist aber **keine Vergütung** in diesem Sinne. Die Voraussetzungen einer Analogie bestehen nicht. Der Gesetzgeber bewegt sich mit der rückwirkenden Inkraftsetzung der Norm auf verfassungsrechtlich sensiblem Terrain, sodass § 325 SGB V a.F. eng auszulegen ist. Die Durchsetzbarkeit des Erstattungsanspruchs scheidet schließlich nicht an der Einrede der Verjährung. Auf den hier streitigen - im Jahr 2015 entstandenen - Erstattungsanspruch findet weiterhin die **vierjährige sozialrechtliche Regelverjährung** Anwendung. § 109 Abs. 5 S. 1 SGB V ist - wie auch § 325 SGB V a.F. - auf Aufwandspauschalen nach seinem Wortlaut nicht anwendbar. Allerdings ist die kurze zweijährige Verjährungsfrist ab dem Inkrafttreten von § 109 Abs. 5 S. 1 SGB V am 01.01.2019 auch auf Ansprüche auf Rückzahlung von Aufwandspauschalen analog anzuwenden. Mit Inkrafttreten des § 109 Abs. 5 S. 1 SGB V zum 01.01.2019 hat der Gesetzgeber eine eigenständige Verjährungsregelung für die Verjährung von Ansprüchen im Leistungsverhältnis zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern geregelt. Diese ist auf Aufwandspauschalen analog anzuwenden. Hingegen liegen die Voraussetzungen dafür, die kurze zweijährige Verjährungsfrist analog § 109 Abs. 5 S. 2 SGB V auch rückwirkend anzuwenden, nicht vor. Insoweit ist - wie bei § 325 SGB V - für den Senat keine Regelungslücke ersichtlich, in jedem Fall aber fehlt es an einer vergleichbaren Interessenlage. Auch hier greifen die Erwägungen, die für eine verfassungsschonende enge Auslegung sprechen.

Nach BSG, Urt. v. 12.12.2023 - **B 1 KR 1/23 R** - hat das Krankenhaus den Behandlungsfall **zu Unrecht** mit der **Nebendiagnose R09.2** (ICD-10-GM, Version 2014) kodiert, die die höher vergütete DRG F62A ansteuert. Das alphabetische Verzeichnis unterstützt lediglich die Verschlüsselung nach dem systematischen Verzeichnis. Bei einem - wie hier - vorliegenden Widerspruch beider Verzeichnisse ist deshalb das systematische Verzeichnis maßgeblich. Exklusiva regeln verbindlich nur den Ausschluss der Kodierung an der betreffenden Stelle. Das Exklusivum ist aber nicht geeignet, die Einschlägigkeit des in Klammern angegebenen Codes entgegen seinem eindeutigen Wortlaut zu begründen. Das Krankenhaus kann den geltend gemachten Zahlungsanspruch auch nicht auf § 15 Abs. 1 S. 1 des Nordrhein-Westfälischen Landesvertrages über die allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung stützen. Das LSG hat diese Vorschrift als Fälligkeitsregelung angesehen und dahingehend ausgelegt, dass die Krankenkasse grundsätzlich verpflichtet ist, den - unter Erfüllung der Mitwirkungsobliegenheiten nach § 301 SGB V - formal ordnungsgemäß in Rechnung gestellten Betrag innerhalb der dort bestimmten Frist zu zahlen. Die Krankenkasse sei aber nicht zur Zahlung zu verurteilen, wenn sie im Verlaufe eines gerichtlichen Verfahrens oder bereits davor - nicht notwendig innerhalb der kurzen Zahlungsfrist - ihre Einwände spezifiziere. An diese **Auslegung** und Anwendung des nordrhein-westfälischen Landesvertrages **durch das LSG** ist der erkennende Senat **gebunden**. Sie ist mit **höherrangigem Recht vereinbar**. § 112 Abs. 1 und Abs. 2 S. 1 Nr. 1b SGB V ermächtigt die Vertragspartner unter anderem, kurze Zahlungsfristen für die Begleichung der Krankenhausrechnung zu vereinbaren. Diese sind Ausdruck des mit der Vorleistungspflicht der Krankenhäuser korrespondierenden kompensatorischen Beschleunigungsgebots. Dieses verwehrt es der Krankenkasse u.a., vorläufige Vergütungszahlungen unter Verweis auf eine noch nicht abgeschlossene Prüfung zu verweigern. Es kann der Krankenkasse nach der Rspr. des Senats dagegen nicht verwehrt werden, die Zahlung der Krankenhausvergütung zu verweigern, wenn für sie feststeht, dass kein Vergütungsanspruch besteht. Sie ist - wie der Senat bereits entschieden hat - **nicht verpflichtet, ein Prüfverfahren**

durchzuführen, und sie muss sich auch nicht auf die **Geltendmachung eines Erstattungsanspruchs** verweisen lassen. Die Krankenkasse geht dadurch allerdings **Risiken** ein: Verzichtet sie auf ein Prüfverfahren, können ihr im Prozess Nachteile dadurch entstehen, dass das Krankenhaus seine Mitwirkung an der Sachverhaltsaufklärung verweigert. Stellt sich im Prozess die Unrichtigkeit ihrer Auffassung heraus, hat sie zudem dem Krankenhaus den aus der Zahlungsverweigerung erwachsenden Schaden zu ersetzen. Sie kann überdies - wie hier - landesvertraglich zur Zahlung von Verzugszinsen verpflichtet sein.

Nach BSG, Urt. v. 12.12.2023 - **B 1 KR 17/22 R** - ist die bloße **Mitteilung der Krankenkasse**, dass sie die Klageforderung nebst Zinsen **ohne Anerkennung einer Rechtspflicht gezahlt** habe, stellt **kein (konkludentes) Anerkenntnis** dar. Die Krankenkasse hat auch im weiteren Verlauf deutlich gemacht, sich gegen die streitige Vergütungsforderung verteidigen zu wollen. Die auf Feststellung der Erledigung gerichtete Klage ist aber unbegründet. Der Rechtsstreit über die Vergütungsforderung hat sich durch die **Zahlung der Krankenkasse nicht in der Hauptsache erledigt**. Auf die Zulässigkeit und Begründetheit der ursprünglichen Klage kommt es insofern nicht an. Das Krankenhaus hat mit seiner ursprünglich erhobenen Leistungsklage nicht lediglich einen auf § 13 Abs. 6 des Niedersächsischen Sicherstellungsvertrages gestützten vorläufigen Zahlungsanspruch geltend gemacht, sondern jedenfalls auch den **endgültigen gesetzlichen Vergütungsanspruch**. Dieser ist nicht durch Erfüllung erloschen. Die **Krankenkasse** hat nach den insoweit bindenden Feststellungen des LSG eindeutig erklärt, eine **Erfüllung nicht bewirken zu wollen**. Sie hat den streitigen Betrag ausdrücklich „ohne Anerkennung einer Rechtspflicht unter Vorbehalt“ gezahlt und geltend gemacht, die Hauptforderung stehe weiterhin offen. Das LSG war nach den gesetzlichen Auslegungsregelungen (§§ 133, 157 BGB) nicht befugt, die Erklärung der Krankenkasse gegen deren ausdrücklich erklärten Willen als erfüllende Zahlung unter einer aufschiebenden Bedingung auszulegen. Eine Änderung des Klageantrags zurück zu einer Zahlungsklage bzw. einer Klage auf Vorbehaltloserklärung der Zahlung ist nicht mehr möglich. Dem steht entgegen, dass lediglich die Krankenkasse Revision eingelegt hat und die Frist zur Anschlussrevision abgelaufen ist (vgl. § 202 S. 1 SGG i.V.m. § 554 Abs. 2 S. 2 ZPO).

1. Vergütungsanspruch/Fälligkeit

a) Abgrenzung von stationärer zu ambulanter Versorgung: Aufnahme auf Stroke Unit

SG Aurich, Urteil v. 12.12.2023 - S 48 KR 218/18

RID 24-02-34

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 39, 76 I 2, 109

Leitsatz: Bei der **Abgrenzung von stationärer zu ambulanter Versorgung** im Krankenhaus ist neben einem intensiven Einsatz von Personal und Material zu berücksichtigen, ob bei der **ambulanten Vergütung** der Bewertungsspielraum eingehalten worden ist.

Das **SG** verurteilte die Bekl., an die Kl. 1.020,90 € zzgl. Zinsen zu zahlen.

b) Stationäre Aufnahme auf Intensivstation und Versterben innerhalb weniger Minuten

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 18.03.2024 - L 4 KR 1217/22

RID 24-02-35

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 39, 109 IV 3

Leitsatz: Eine **stationäre Aufnahme** im Krankenhaus liegt auch dann vor, wenn der Versicherte unter laufender Reanimation nach Einlieferung durch den Rettungsdienst und Aufnahme auf der Intensivstation **innerhalb weniger Minuten** (hier: 16 Minuten nach Einlieferung, sechs Minuten nach Aufnahme auf die Intensivstation) **verstirbt**. In akuten Notfallsituationen wird ein ansonsten erforderlicher Behandlungsplan durch ein standardisiertes Verfahren ersetzt.

SG Karlsruhe, Urt. v. 14.02.2020 - S 10 KR 3185/19 - verurteilte den Bekl., an den Kl. 1.382,28 € zzgl. Zinsen zu zahlen. Das **LSG** wies die Berufung der Bekl. zurück.

c) Zur Abgrenzung einer stationären von einer ambulanten Entbindung

LSG Sachsen,, Urteil v. 13.12.2023 - L 1 KR 448/20

RID 24-02-36

Revision anhängig: B 1 KR 5/24 R
www.juris.de

SGB V §§ 24f, 109 IV 3; KHEntgG § 7; KHG § 17b; RVO § 197

Die für eine **stationäre Entbindung geltenden Vergütungsregelungen** in § 109 Abs. 4 S. 3 SGB V i.V.m. § 7 KHEntgG und § 17b KHG sind auf in einem Krankenhaus für eine ambulante Entbindung erbrachte Leistungen auch nicht analog anwendbar.

Eine **Unterscheidung zwischen ambulanter und stationärer Entbindung** hat - jedenfalls im Rahmen der Vergütung - zu erfolgen. Zur Vorgängervorschrift (§ 197 RVO) hat BSG, Urt. v. 09.10.2001 - B 1 KR 15/00 R - SozR 3-2200 § 197 Nr. 2, juris Rn. 12 ff. bei der Prüfung, ob eine stationäre Behandlung vorliegt, maßgeblich auf die Gewährung von Unterkunft, Pflege und

Verpflegung abgestellt. Die Aufnahme zu einer **stationären Entbindung** gemäß § 24f SGB V ist mithin vergleichbar derjenigen zur stationären Behandlung gemäß § 39 Abs. 1 SGB V, wonach eine physische und organisatorische Eingliederung in das spezifische Versorgungssystem eines Krankenhauses gefordert wird. Der Aufenthalt im Kreißaal ohne Aufnahme auf die Wöchnerinnenstation genügt für eine stationäre Aufnahme nicht.

Fälle der Entbindung werden explizit von den Vorschriften der **PrüfvV** ausgeschlossen.

SG Dresden, Urt. v. 23.07.2020 - S 47 KR 1233/17 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

Parallelverfahren:

LSG Sachsen, Urteil v. 13.12.2023 - L 1 KR 449/20

RID 24-02-37

Revision anhängig: B 1 KR 6/24 R

www.juris.de

d) Stationäre Behandlungsbedürftigkeit

aa) Stationäre Behandlungsnotwendigkeit vor Verlegung

SG Braunschweig, Urteil v. 26.02.2024 - S 56 KR 1077/21

RID 24-02-38

www.juris.de

SGB V §§ 39 I, 109 IV 3

Besteht eine **stationäre Behandlungsnotwendigkeit** aufgrund des Verdachts auf Vorliegen einer psychiatrischen Erkrankung, weshalb mangels Versorgungsauftrags des Krankenhauses eine **Verbringung in die psychiatrische Klinik** erfolgt, und wird die Versicherte bis dahin im Wesentlichen lediglich verwahrt („Empfehlung: ausschlafen“), begründet dies keine vollstationäre Behandlungsbedürftigkeit aus medizinischen Gründen.

Der Wirksamkeit der **Aufrechnung** steht nicht § 109 Abs. 6 Satz 1 SGB V (eingefügt durch das MDK-Reformgesetz vom 14.12.2019) entgegen, wonach gegen Forderungen von Krankenhäusern, die aufgrund der Versorgung von ab dem 01.01.2020 aufgenommenen Patienten entstanden sind, Krankenkassen nicht mit Ansprüchen auf Rückforderung geleisteter Vergütungen aufrechnen können. § 10 PrüfV 2017 galt im Jahr 2020 aufgrund einer Übergangsvereinbarung unverändert fort.

Das *SG* wies die Klage ab.

bb) Einsatz ambulanter Behandlungen entsprechend der Leitlinie Rückenschmerz möglich

SG Detmold, Urteil v. 13.12.2022 - S 22 KR 2605/20

RID 24-02-39

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 39 I, 109 IV 3

Eine **stationäre Behandlungsbedürftigkeit** ist nicht gegeben, wenn der **Einsatz weiterer ambulanter Behandlungen entsprechend der Leitlinie Rückenschmerz** möglich ist. Von einer gescheiterten unimodalen Schmerztherapie kann nicht ausgegangen werden, da der Versicherte im Schmerzfragebogen durchweg zumindest zeitweise Erfolge von Medikamentengaben, Infusionen, Einspritzungen und Krankengymnastik angegeben hat. Darüber hinaus wurde der Versicherte während der 14 stationären Behandlungstage wegen Feiertages und Wochenendes an fünf Tagen überhaupt nicht behandelt und an drei Tagen jeweils nur eine Stunde, was für eine tagesklinische bzw. teilstationäre Durchführung gesprochen hätte.

Die OPS 8.918.01 (**Interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie**: Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage: Mindestens 21 Therapieeinheiten, davon weniger als 5 Therapieeinheiten psychotherapeutische Verfahren) kann nicht in Ansatz gebracht werden, wenn keine schmerzerhaltende psychische Begleiterkrankung vorliegt. Eine Erschöpfungsreaktion und Schlaflosigkeit sind Symptome und keine Krankheiten.

Das *SG* wies die Klage ab.

e) Qualitätsförderung und Wegfall oder Minderung des Vergütungsanspruchs

SG Detmold, Urteil v. 08.12.2023 - S 3 KR 2980/20

RID 24-02-40

*Berufung anhängig: LSG Nordrhein-Westfalen - L 11 KR 48/24 KH -
www.sozialgerichtsbarkeit.de*

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

Nach den §§ 5 Abs. 1 Nr. 2, 2 Abs. 5 Satz 1 **Qualitätsförderungs- und Durchsetzungs-Richtlinie** (QFD-RL) ist die Festlegung der Voraussetzungen eines Wegfalls des Vergütungswegfalls den einzelnen themenspezifischen Richtlinien vorbehalten, was seine Grundlage in § 137 Abs. 1 S. 6 SGB V hat. Ein vollständiger Wegfall des Vergütungsanspruchs als schärfstes Sanktionsmittel ist nur dann Folge einer Nichterfüllung von Mindestanforderungen, wenn dies die jeweils einschlägige Einzelrichtlinie des GBA unter speziell geregelten - und im betreffenden Einzelfall erfüllten - Voraussetzungen themenspezifisch vorsieht.

In der **Richtlinie zu minimalinvasiven Herzklappeninterventionen** (MHI-RL) ist kein Wegfall oder Minderung des Vergütungsanspruchs vorgesehen. Wenngleich die Nichteinhaltung von Mindestvorgaben nach § 136 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 SGB V zwar als Regelfall ein Entfallen des Vergütungsanspruchs nach sich zieht, gilt dies nach § 137 Abs. 1 S. 3-6 SGB V i.V.m. den §§ 5 Abs. 1 Nr. 2, 2 Abs. 5 S. 1 QFD-RL allerdings nur dann, wenn der GBA diese Rechtsfolge in der einschlägigen themenspezifischen Richtlinie vorsieht.

Das **SG** verurteilte die Bekl., an die Kl. 30.139,19 € nebst Zinsen zu zahlen.

f) Mindestmengenprognose

aa) Widerlegung einer Prognose im Fall konkurrierender Krankenhäuser

SG Düsseldorf, Beschluss v. 22.03.2024 - S 15 KR 7/24 KH ER

RID 24-02-41

www.juris.de

SGB V § 136b; SGG § 86b I 1 Nr. 2

Für die **Anordnung der aufschiebenden Wirkung** nach § 86b Abs. 1 S. 1 Nr. 2 SGG genügt die nicht hinreichende Plausibilität der Widerlegungsentscheidung im Sinne der voraussichtlichen Rechtswidrigkeit der Widerlegungsentscheidung, ohne dass es auf eine Folgenabwägung ankommt.

Zwar bestehen vorliegend keine Zweifel an der **formellen Rechtmäßigkeit** der Widerlegungsentscheidung, da insb. die erforderliche Anhörung gemäß § 24 Abs. 1 SGB X in hinreichender Weise vor Erlass der Widerlegungsentscheidung stattgefunden hat. Zutreffend haben sich die Ag. auch auf die **Regelbespiele für begründete Zweifel** gestützt. Sie sind auch zu Recht davon ausgegangen, dass die bloßen Absichtserklärungen zwischen der Ast. und den KHM ebenso wie die nunmehr lediglich verschriftlichten bereits bestehenden **Kooperationsvereinbarungen** mit den beiden gastroenterologischen Schwerpunktpraxen keine „hinreichend klare und verfestigte“ Prognosegrundlage darstellen, um die Prognose zur voraussichtlichen Leistungsentwicklung zu tragen (LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 05.06.2023 - L 10 KR 119/23 B ER - RID 24-01-78) und die Indizwirkung des Regelbeispiels zu widerlegen.

Die Ag. übersehen indes, dass die **Widerlegung einer Prognose** nur dann als begründet angesehen werden kann, wenn sie **im Fall konkurrierender Krankenhäuser** auch erkennen lässt, warum bei vergleichbaren Zahlen nur in einem Fall die Zurückweisung der Prognose erfolgt. In diesem Fall ist die aufschiebende Wirkung der Klage anzuordnen, wenn hierdurch die Hauptsache teilweise vorweggenommen wird.

Das **SG** ordnete die aufschiebende Wirkung der Anfechtungsklage der Ast. v. 06.11.2023 - S 15 KR 2770/23 KH - gegen den Bescheid v. 06.10.2023 der Ag. an.

bb) Widerlegung einer Mindestmengenprognose (Früh- und Reifegeborene von < 1.250g)

SG Neubrandenburg, Gerichtsbescheid v. 23.02.2024 - S 8 KR 83/22

RID 24-02-42

www.juris.de

SGB V § 136b

Eine berechnete **mengenmäßige Erwartung** liegt nach § 136b Abs. 5 S. 4 SGB V in der Regel vor, wenn das Krankenhaus im vorausgegangenen Kalenderjahr die maßgebliche Mindestmenge je Arzt

oder Standort eines Krankenhauses erreicht hat, wobei Ausgangspunkt nach Satz 3 der Vorschrift das Jahr ist, in dem die Prognoseentscheidung abzugeben ist. Vorausgegangenes Kalenderjahr ist das Kalenderjahr vor dem Jahr, in dem die Prognose gestellt wird, nicht das Kalenderjahr vor dem Jahr, für das die Prognose gestellt wird (LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 16.06.2020 - L 16 KR 64/20 - juris Rn 28, RID 20-03-104).

Ein Krankenhaus ist zunächst mit **Prognoseerwägungen**, die nicht bereits bis zum Ende des Verwaltungsverfahrens vorgebracht worden sind, **ausgeschlossen**.

Streitig ist die Widerlegung einer Mindestmengenprognose für den Leistungsbereich der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen mit einem Aufnahmegegewicht von < 1.250g. Das **SG** wies die Klage ab.

cc) Streitgenossenschaft/Zusammengefasste Entscheidung/Widerlegung der Prognose/Anhörung

LSG Baden-Württemberg, Beschluss v. 29.02.2024 - L 5 KR 1/24 ER-B

RID 24-02-43

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 136b; SGG § 86b I 1 Nr. 2; SGB X § 24

Leitsatz: Die Landesverbände der Krankenkassen und der Verband der Ersatzkassen stehen im Hinblick auf die Widerlegung der von einem Krankenhausträger abgegebenen Mindestmengenprognose in notwendiger **Streitgenossenschaft**. Neben einer formal in einem Bescheid zusammengefassten gleichlautenden Entscheidung stellt auch die von den Landesverbänden der Krankenkassen und dem Verband der Ersatzkassen **in getrennten Verwaltungsakten** erfolgte Widerlegung der Prognose eine nicht zu beanstandende Vorgehensweise dar. Zur **Widerlegung der Prognose** hinsichtlich der erforderlichen Mindestmenge bei Unterschreiten der Leistungszahlen im vorausgegangenen Kalenderjahr bei summarischer Prüfung. Zur notwendigen **Anhörung** des Krankenhausträgers vor Erlass des Widerlegungsbescheids.

SG Heilbronn, Beschl. v. 22.12.2023 - S 15 KR 2249/23 ER - lehnte den Antrag auf Anordnung der aufschiebenden Wirkung ab, das **LSG** wies die Beschwerde zurück. Den gegen die Ag. zu 2) bis 6) gerichteten und abgetrennten Anträgen gaben **andere Kammern** statt. Das **LSG** lehnte nach Verbindung der Verfahren die Anträge der Ast., die aufschiebende Wirkung der Klage gegen die mit Bescheiden vom 04.10.2023 ergangene Widerlegung der Mindestmengenprognose für komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas für Erwachsene im Jahr 2024 anzuordnen, ab.

dd) Widerlegungsbescheid: Einstweiliger Rechtsschutz

LSG Bayern, Beschluss v. 19.03.2024 - L 5 KR 22/24 B ER

RID 24-02-44

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 136b V; SGG § 86b I 1 Nr. 2

Leitsatz: 1. Bei einer Entscheidung über einen Antrag auf **Anordnung der aufschiebenden Wirkung** einer (reinen) Anfechtungsklage nach § 86b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGG gegen einen Widerlegungsbescheid über eine Mindestmengenprognose kommt es für die Prüfung der Rechtmäßigkeit des Verwaltungsaktes auf den **Zeitpunkt** der letzten behördlichen Verwaltungsentscheidung an. Dieser Zeitpunkt entspricht damit demjenigen der (reinen) Anfechtungsklage als dem (akzessorischen) Hauptsacheverfahren.

2. Diese (rein) prozessuale Betrachtung entspricht auch den Regelungen und den ihnen zugrundeliegenden Wertungen des Fachrechts. **Sinn und Zweck der Verfahrensregelungen** in § 136b Abs. 5 Sätze 3 bis 8 SGB V besteht darin, eine verbindliche Klärung der Berechtigung des Krankenhauses zur Erbringung und Abrechnung der mindestmengenbelegten Leistungen vor Beginn des maßgeblichen Kalenderjahres herbeizuführen. Dies dient zum einen der effektiven Durchsetzung des Leistungserbringungsverbots gemäß § 136b Abs. 5 Satz 1 SGB V und damit der Qualitätssicherung. Zum anderen verschafft es den Krankenhäusern Rechtssicherheit. Um diesen Zweck effektiv zu erreichen, sind die Entscheidungen nach § 136b Abs. 5 Satz 6 SGB V mit verbindlicher Wirkung im Verhältnis zwischen dem einzelnen Krankenhaus und sämtlichen Krankenkassen ausgestattet. Wirksame **Widerlegungsentscheidungen** suspendieren die Leistungsberechtigung, die das Krankenhaus durch die Prognose des Krankenhausträgers nach § 136b Abs. 5 S. 3 SGB V gegenüber sämtlichen Krankenkassen erlangt. Hält der Krankenhausträger die

Widerlegung für rechtswidrig, kann er hiergegen Anfechtungsklage erheben (und Antrag auf Anordnung ihrer aufschiebenden Wirkung stellen) und so eine gerichtliche Klärung herbeiführen.

3. Diesen Grundsätzen entspricht es, dass sich die Krankenkasse in ihrem **Widerlegungsbescheid** nach § 136b Abs. 5 Satz 6 SGB V mit allen bis zu diesem Zeitpunkt ihr bekannten die Prognose des Krankenhausträgers tragenden Argumenten/Elementen sorgfältig auseinandersetzen muss. Das verfassungsrechtliche Recht auf ein rechtsstaatliches und faires Verfahren (Art. 20 Abs. 3 GG, 103 Abs. 1 GG) und seine einfachgesetzliche Ausprägung in § 24 Abs. 1 SGB X mit der dort geregelten Pflicht zur vorherigen Anhörung vor Erlass eines belastenden Verwaltungsakts, von der nur ausnahmsweise unter den engen Voraussetzungen des § 24 Abs. 2 SGB X abgesehen werden kann, erfordern zudem, den Krankenhausträger vor Erlass der Widerlegungsentscheidung **anzuhören**. Dies gilt in besonderer Weise, wenn die Widerlegung der vom Krankenhausträger abgegebenen Prognose von den Krankenkassenverbänden wie hier mit einer Unplausibilität der (bisherigen) Angaben begründet wird. Dann müssen die Krankenkassenverbände die ihnen möglichen und zumutbaren Anstrengungen unternehmen, dem Krankenhausträger ggf. unter Setzung einer kurzen Frist eine Ergänzung des für unvollständig gehaltenen Vorbringens zu ermöglichen.

4. Es spricht daher wegen Art. 12 Abs. 1, Art. 19 Abs. 4, Art. 103 Abs. 1 GG und deren Anforderungen an Ausschlussfristen mit weitreichenden materiell-rechtlichen Folgen **mehr dagegen, als dafür**, die (ausschließlich) in § 5 Abs. 1 Satz 1 Mm-R und damit in einer Verfahrensnorm des G-BA vorgesehene **Frist zur Übermittlung der Prognose des Krankenhausträgers** bis spätestens 7. August des laufenden Kalenderjahres als **Ausschlussfrist** anzusehen (mit Blick auf die Reichweite der Regelungskompetenz des G-BA zweifelnd auch BSG, Urt. v. 25.03.2021 - B 1 KR 16/20 R - BSGE 132, 55 = SozR 4-2500 § 136b Nr. 1, Rn. 27).

SG Augsburg, Beschl. v. 20.11.2023 - S 3 KR 362/23 ER - www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de ordnete die aufschiebende Wirkung der Klage der Ast. v. 26.10.2023 zum Az. S 3 KR 348/23 gegen den Bescheid der Ag. v. 26.09.2023 an, das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

g) Unzureichende Mitteilung über „intensivmedizinische Komplexbehandlung“

LSG Hessen, Urteil v. 14.03.2024 - L 8 KR 277/22

RID 24-02-45

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
BGB §§ 286 II, 291

Grundvoraussetzung der **Fälligkeit** ist eine formal **ordnungsgemäße Abrechnung**. Die Mitteilung einer Behandlung in der „Fachabteilung Orthopädie 2300“ genügte im Hinblick auf die gleichzeitig mitgeteilte „intensivmedizinische Komplexbehandlung“ nicht den Mindestangaben, welche dem Krankenhaus auf der ersten Stufe des vom BSG entwickelten Prüfungssystems eine sachliche Rechnungsprüfung im Rahmen nichtmedizinischer Nachfragen ermöglicht hätte.

SG Marburg, Urt. v. 15.09.2022 - S 13 KR 337/19 - juris = www.sozialgerichtsbarkeit.de verurteilte die Bekl., über den ursprünglich eingeklagten und im Verfahren beglichenen Betrag in Höhe von 23.293,12 € hinaus der Kl. Zinsen zu zahlen; das **LSG** wies die Klage (streitig war nur noch der Zinszeitraum) ab.

h) Zahlung der Krankenkasse unter Vorbehalt

SG Potsdam, Urteil v. 09.01.2024 - S 7 KR 498/19

RID 24-02-46

Berufung anhängig: LSG Berlin-Brandenburg - L 4 KR 60/24 -
www.juris.de

SGB V §§ 109 IV 3, 115b II 4; KHEntgG § 1 III 2; AOP-Vertrag § 7 I 1

Leitsatz: 1. Die Annahme einer Zahlung unter **Vorbehalt der Zahlung** unter einer aufschiebenden Bedingung steht der Erfüllung nicht entgegen.

2. Das **Verhandeln** über eine streitige Krankenhausvergütung, mit deren Erstattungsanspruch die Krankenkasse mit unstreitigen Forderung aufgerechnet hat, führt nicht zur **Hemmung der Verjährung** des Vergütungsanspruches des Krankenhauses bezüglich der **unstreitigen Forderung**.

Das **SG** verurteilte die Bekl. und Widerkl., an die Kl. und Widerbekl. 24.509,69 € nebst Zinsen zu zahlen, und wies die Widerklage ab.

2. Prüfvereinbarung

a) Einleitung eines Prüfungsverfahrens: Kodierte Nebendiagnosen

LSG Schleswig-Holstein, Urteil v. 31.01.2024 - L 5 KR 189/21

RID 24-02-47

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
KHG § 17c II, IIa 1; PrüfvV 2016 § 7 V

Leitsatz: 1. Eine allgemein gehaltene Frage nach der Richtigkeit der kodierten Nebendiagnosen steht der wirksamen **Einleitung eines Prüfungsverfahrens** nicht entgegen (abweichend LSG Schleswig-Holstein, Ur. v. 25.04.2023 - L 10 KR 15/21 - RID 23-03-96).

2. Eine **Prüfanzeige**, die sich generell auf die **kodierten Nebendiagnosen** bezieht, ist dahingehend **auszulegen**, dass sämtliche vergütungsrelevanten Nebendiagnosen beanstandet und geprüft werden sollen.

3. Ist der **Datensatz „Nebendiagnosen“** Prüfgegenstand, kann diese nur innerhalb des Fristenregimes des § 7 Abs. 5 PrüfvV 2016 **korrigiert oder ergänzt** werden.

SG Kiel, Ur. v. 26.04.2021 - S 44 KR 398/20 - verurteilte die Bekl., an die Kl. 3.898,52 € nebst Zinsen zu zahlen. Das **LSG** wies die Klage ab.

b) Ausschluss einer Nachkodierung

LSG Schleswig-Holstein, Urteil v. 27.07.2022 - L 5 KR 49/19

RID 24-02-48

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 301; PrüfvV 2014 § 7 V

§ 7 Abs. 5 PrüfvV 2014 bewirkt eine **materielle Präklusion**. **Änderungen** des MDK-geprüften Teils des Datensatzes nach § 301 SGB V außerhalb der in § 7 Abs. 5 PrüfvV 2014 geregelten Änderungsmöglichkeiten sind unzulässig. Sämtliche vergütungsrelevanten Nebendiagnosen sind vom Prüfauftrag erfasst gewesen und vom MDK geprüft worden, weshalb eine Nachkodierung unzulässig ist.

SG Kiel, Ur. v. 30.04.2019 - S 44 KR 208/18 - verurteilte die Bekl. zur Zahlung i.H.v. 1.318,88 €, das **LSG** wies die Klage ab. *BSG*, Beschl. v. 29.02.2024 - B 1 KR 80/22 B - juris verwarf die Nichtzulassungsbeschwerde als unzulässig.

c) Nachkodierung der Zusatzentgelte und materielle Präklusionswirkung

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 06.12.2023 - L 10 KR 646/22 KH

RID 24-02-49

www.juris.de
SGB V §§ 108, 301; KHG § 17 II; BGB § 133

Voraussetzung für die Fälligkeit des Anspruchs auf eine höhere Vergütung ist eine ordnungsgemäß **korrigierte Abrechnung**. Diese liegt nur vor, wenn die betreffenden Daten nach § 301 SGB V noch **rechtmäßig übermittelt werden durften**. Unzutreffende, nicht mehr veränderbare Daten fallen als Berechnungselemente grundsätzlich ersatzlos weg.

Waren die abgerechneten Zusatzentgelte **Gegenstand der Prüfverfahren** sowie der Prüfmitteilungen des MDK, wird eine Nachkodierung der Zusatzentgelte von der **materiellen Präklusionswirkung** des § 7 Abs. 5 S. 1 und 2 PrüfvV 2016 erfasst.

Die **Auslegung der Prüfanzeigen des MDK** ist nach den Grundsätzen über die Auslegung von Willenserklärungen vorzunehmen.

SG Köln, Ur. v. 10.08.2022 - S 47 KR 2251/21 KH - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

d) Aufrechnung von Erstattungsansprüchen gegen Vergütungsansprüche ab 2020

SG Speyer, Urteil v. 14.03.2024 - S 17 KR 8/22

RID 24-02-50

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

Leitsatz: 1. Das **gesetzliche Aufrechnungsverbot** des § 109 Abs. 6 SGB V gebietet es, in der Vereinbarung nach § 17c Abs. 2 S. 1 KHG vorgesehene **abweichende Vereinbarungen** als Ausnahmevorschriften eng auszulegen.

2. Es ist nicht mehr ausreichend, dass sich **Aufrechnungswille und Aufrechnungserklärung** der Krankenkasse im Wege der Auslegung aus der Zahlungsmitteilung/dem Zahlungsverweis entnehmen lassen (so zur früheren Rechtslage: BSG, Urt. v. 30.07.2019 - B 1 KR 31/18 R - BSGE 129, 1 = SozR 4-7610 § 366 Nr. 2, Rn. 16 ff.). Es bedarf zunächst der **Mitteilung des Erstattungsanspruchs** unter spezifischer Angabe von Höhe und Identität der betroffenen Forderung (vgl. hierzu BSG, Urt. v. 30.07.2019, aaO., Rn. 19). Zeitlich anschließend ist eine **ausdrückliche Aufrechnungserklärung** der Krankenkasse erforderlich, in der Leistungsanspruch und Erstattungsanspruch exakt bezeichnet werden. Es muss deutlich werden, dass die Krankenkasse von der in § 109 Abs. 6 S. 3 SGB V i.V.m. § 10 S. 1 und S. 2 PrüfV vorgesehenen Ausnahme vom Aufrechnungsverbot Gebrauch macht.

Das **SG** verurteilte die Bekl., an die Kl. 4872,25 € nebst Zinsen zu zahlen, und wies im Übrigen (den Zinssanspruch betreffend) die Klage ab.

3. Fallpauschalen

a) Hauptdiagnose bei anfänglich zwei Diagnosen

LSG Hessen, Urteil v. 17.11.2022 - L 1 KR 145/22

RID 24-02-51

www.juris.de

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

Bedingen gleichzeitig anfänglich zwei **Diagnosen** den stationären Krankenhausaufenthalt, hier eine **Beinvenenthrombose** und **Verdacht auf eine Lungenembolie**, und bestätigt sich die Lungenembolie, so ist die Lungenembolie die **Hauptdiagnose**. Bei konkurrierenden Hauptdiagnosen kommt es nicht darauf an, welche Diagnose „aufnahmeveranlassend“ war; maßgeblich ist nach der DKR (2017), welche Krankheit für die Veranlassung des (gesamten) stationären Krankenhausaufenthaltes - nicht nur am Tag der Aufnahme - verantwortlich ist.

SG Gießen, Urt. v. 02.05.2022 - S 5 KR 2007/19 - juris verurteilte die Bekl., an die Kl. 1.589,39 € nebst Zinsen zu zahlen. Das **LSG** wies die Berufung zurück, **BSG**, Beschl. 16.02.2024 - B 1 KR 105/22 B - juris verwarf die Nichtzulassungsbeschwerde als unzulässig.

b) Einsatz von individuellen präventiven und/oder reaktiven Sicherungsmaßnahmen

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 20.02.2024 - L 16 KR 182/21

RID 24-02-52

Revision zugelassen

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

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

Leitsatz: Das Merkmal des OPS 9-619 Notwendigkeit des **Einsatzes von individuellen präventiven und/oder reaktiven Sicherungsmaßnahmen** ist nicht bereits durch die **Unterbringung in der geschlossenen Station eines psychiatrischen Krankenhauses** erfüllt.

SG Braunschweig, Urt. v. 31.03.2021 - S 54 KR 733/20 - RID 22-02-102 wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

c) Beatmung mittels Atemunterstützung eines frühgeborenen Neugeborenen

LSG Schleswig-Holstein, Urteil v. 12.10.2023 - L 10 KR 94/21

RID 24-02-53

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

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

Leitsatz: Bei der **Berechnung der Beatmungsstunden** der Beatmung mittels Atemunterstützung mit kontinuierlichem positivem Atemwegsdruck (CPAP) eines **frühgeborenen Neugeborenen** werden nur die Zeiten des apparativen Einsatzes addiert. Beatmungsfreie Intervalle zählen nicht mit.

SG Lübeck, Gerichtsbb. v. 17.03.2021 - S 3 KR 385/16 - verurteilte die Bekl., an die Kl. 23.633,66 € nebst Zinsen zu zahlen. Das **LSG** wies die Klage ab.

d) Intensivmedizinische Versorgung bei Bedrohung der Vitalfunktionen

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 24.08.2023 - L 5 KR 796/21 KH

RID 24-02-54

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

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

Bei einem Versicherten handelt es sich um einen - über die bloße Beatmung hinausgehend - **intensivmedizinisch versorgten Patienten**, wenn neben der Fortführung der maschinellen Beatmung auch die Behandlung der hinzugetretenen Harnwegsinfektion notwendigerweise mit den Mitteln der Intensivstation erfolgt, weil die **Vitalfunktionen** des Versicherten nicht nur durch die Muskeldystrophie vom Erb-Duchenne-Typ eingeschränkt waren - diese hinderten ihn an der uneingeschränkten Spontanatmung -, sondern darüber hinaus aufgrund der Harnwegsinfektion **bedroht** waren.

Nach Klageerhebung erkannte die Bekl. die Klageforderung an und erhob ihrerseits Widerklage. **SG Düsseldorf**, Urt. v. 04.08.2021 - S 33 KR 25/17 - verurteilte die Kl. auf die Widerklage hin, an die Bekl. 17.927,46 € zu zahlen. Auf die Berufung der Kl. wies das **LSG** die Widerklage ab.

e) Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Dokumentation der Teambesprechung

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 13.09.2023 - L 10 KR 98/22 KH

RID 24-02-55

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

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

Trägt eine Krankenkasse im Abrechnungsstreit aber bloß „**ins Blaue hinein**“ vor, das Vorliegen struktureller Merkmale sei nicht nachgewiesen, muss das Gericht dem nicht nachgehen; dies gilt umso mehr, als der mit der Prüfung der Abrechnung beauftragte MDK keinen Grund gesehen hatte, das Vorliegen der strukturellen Merkmale in Zweifel zu ziehen (vgl. LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 15.10.2019 - L 11 KR 4112/18 - juris Rn. 67 f., RID 20-01-110).

Die **namentliche Nennung eines Oberarztes** dokumentiert die fachärztliche Behandlungsleitung. Sollte die Krankenkasse bestreiten wollen, dass der genannte Oberarzt die fachärztliche Behandlungsleitung tatsächlich innehatte - sprich: behaupten wollen, die Dokumentation sei unwahr -, handelte es sich wiederum um Vorbringen völlig „ins Blaue hinein“.

Müssen **Vertreter aller Berufsgruppen dokumentiert** bei der wöchentlichen **Teambesprechung** anwesend sein, reicht es aus, jeweils die Berufsgruppe (z.B. „Ärztlicher Dienst“, „Logopädie“, „Physiotherapie“ oder „Pflegedienst“) und sodann in Klammern ein Namenskürzel aus zwei oder drei Großbuchstaben zu nennen. Eine „individuelle“ Bezeichnung setzt insb. nicht voraus, dass der volle Name genannt wird. Voraussetzung, aber auch ausreichend ist vielmehr, dass die Bezeichnung eindeutig einer bestimmten Person zugeordnet werden kann.

SG Gelsenkirchen, Urt. v. 20.01.2022 - S 11 KR 1543/18 - wies die Klage der Krankenkasse ab, das **LSG** die Berufung zurück.

f) Bronchoskopie mit Bronchoflex Tubus

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 23.10.2023 - L 4 KR 35/21

RID 24-02-56

Revision anhängig: B 1 KR 29/23 R

www.juris.de

SGB V §§ 12 I, 39 I 2, 109 IV 3, 275 I c, 301 II 2

Die Durchführung einer **Bronchoskopie** unter Verwendung eines mit Metallspiralen verstärkten und damit lumenstarrten Schlauches (**Bronchoflex Tubus**), durch den ein flexibles Bronchoskop in die Luftröhre geführt wird, ist nach dem OPS-Code (2015) 1-620.00 (Diagnostische Tracheobronchoskopie mit flexiblem Instrument) oder 1-620.10 (Diagnostische Tracheobronchoskopie mit starrem Instrument) zu kodieren.

SG Stuttgart, Urt. v. 03.12.2020 - S 6 KR 5440/16 - verurteilte die Bekl., an die Kl. 2.279,96 € zzgl. Zinsen zu zahlen. Das **LSG** wies die Berufung zurück.

g) Ausrufezeichenkodes U80.4! und U80.5!

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 19.03.2024 - L 16 KR 485/22

RID 24-02-57

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

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

Leitsatz: Zur Kodierung der Ausrufezeichenkodes U80.4! und U80.5!.

Bei U80.4! und U80.5! handelt es sich um **Ausrufezeichenkodes**, die gemäß dem Kapitel Mehrfachkodierung D012i DKR 2015 als **Sekundärkode** nicht alleine, sondern nur zusammen mit einem passenden Primärkode verschlüsselt werden dürfen. Der Kode U80.-! ist ausweislich der Tabelle 2 in D012i DKR 2015 obligat anzugeben. Obligat bedeutet dabei in Abgrenzung zu den optional anzugebenden Kodes aus Tabelle 1, die angegeben werden können, wenn dies aus klinischer Sicht sinnvoll erscheint, dass diese Kodes bei jedem Vorliegen zwingend zu verschlüsseln sind. Besondere therapeutische oder hygienische Maßnahmen sind kein eigenes Tatbestandsmerkmal der Kodes in der Untergruppe U80.-!.

SG Hildesheim, Urte. v. 05.10.2022 - S 54 KR 1038/19 - wies die Klage ab, das **LSG** verurteilte die Bekl., an die Kl. 3.978,84 € nebst zu zahlen.

h) Behandlung mittels CRP-Apherese bei Herzinfarkt

SG Augsburg, Urteil v. 19.02.2024 - S 10 KR 329/22

RID 24-02-58

Berufung anhängig: L 12 KR 153/24

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

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

Leitsatz: Die Behandlung mittels **CRP-Apherese bei Herzinfarkt** ist nicht unter die OPS 8.821.10 kodierfähig.

Das **SG** wies die Klage ab.

i) CRP-Apherese bei Herzinfarkt/Keine Abdingbarkeit des gesetzlichen Aufrechnungsverbots

SG Augsburg, Urteil v. 03.05.2024 - S 3 KR 437/22

RID 24-02-59

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 109 IV 3, VI 1; KHG § 17b

Leitsatz: Die Behandlung mittels **CRP-Apherese bei Herzinfarkt** ist nicht unter die OPS 8.821.10 kodierfähig.

Das gesetzliche **Aufrechnungsverbot** des § 109 Abs. 6 Satz 1 SGB V ist **nicht vertraglich abdingbar**.

Das **SG** verurteilte die Bekl., an die Kl. 16.738,94 € nebst Zinsen zu zahlen, und die Kl./Widerbekl., an die Bekl./Widerkl. die für die Behandlung der Patientin D. vom 12.05.2021 bis 17.05.2021 zu viel gezahlte Vergütung i.H.v. 16.738,94 € zzgl. Zinsen zu zahlen. Im Übrigen wies es die Widerklage ab.

4. Entstehungszeitpunkt des Anspruchs auf Aufwandspauschale

SG Gelsenkirchen, Urteil v. 22.01.2024 - S 19 KR 123/23 KH

RID 24-02-60

Berufung zugelassen

www.juris.de

SGB V § 275c I

Der **Anspruch auf Aufwandspauschale** entsteht nicht bereits dann, wenn die Begutachtung durch den Medizinischen Dienst abgeschlossen ist, sondern in dem Zeitpunkt, in dem entweder die Krankenkasse gegenüber dem Krankenhaus anzeigt, dass die Abrechnung in Folge der Prüfung im Ergebnis **endgültig nicht beanstandet** wird oder aber im Falle einer Beanstandung, wenn die Abrechnung durch **rechtskräftiges Urteil** als zutreffend bestätigt wird (so auch LSG Rheinland-Pfalz, Urte. v. 24.08.2023 - L 5 KR 179/22 - juris, RID 23-04-71). Denn erst zu diesem Zeitpunkt steht endgültig fest, dass die eingeleitete Prüfung nicht zu einer Abrechnungsminderung führt. Der entgegenstehenden Ansicht, wonach der Anspruch auf Aufwandspauschale bereits dann fällig werde,

sobald dem Krankenhaus der Aufwand entstanden sei (so LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 08.12.2016 - L 1 KR 508/14 - juris, RID 17-01-156), folgt die Kammer nicht.

Das **SG** verurteilte die Bekl., an die die Kl. 300 € nebst Zinsen zu zahlen, und wies im Übrigen die Klage ab.

5. Fehlende Prozessführungsbefugnis: Sachwalter einer Klinik im Insolvenzverfahren

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 27.04.2023 - L 16 KR 514/20

RID 24-02-61

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 2/24 R

www.juris.de

SGB V §§ 108, 109; InsO §§ 96 I Nr. 3, 129

Bei der Eigenverwaltung eines insolventen Krankenhausträgers umfasst die **Befugnis des Sachwalters** zur Anfechtung von Rechtshandlungen gemäß § 280 InsO nicht die gerichtliche Geltendmachung einer (unstreitigen) Vergütungsforderung gegen eine Krankenkasse unter Berufung auf die Unzulässigkeit der von dieser hiergegen erklärten **Aufrechnung** mit einer anderen Forderung gem. § 96 Abs. 1 Nr. 3 InsO.

Bei der gerichtlichen Geltendmachung einer Vergütungsforderung des Krankenhauses unter Berufung auf die Unwirksamkeit der von der Krankenkasse hiergegen erklärten Aufrechnung mit einer anderen Forderung gem. § 96 Abs. 1 Nr. 3 InsO handelt es sich nicht um einen Rechtsstreit, „der die Insolvenzanfechtung zum Gegenstand hat“ und deshalb nach **§ 259 Abs. 3 InsO** vom Verwalter auch nach Aufhebung des Insolvenzverfahrens fortgeführt werden kann.

Die Beteiligten streiten darüber, ob sich der ursprünglich über die Vergütung stationärer Krankenhausbehandlungen geführte Rechtsstreit in der Hauptsache erledigt hat und die Klage vor Erledigung zulässig und begründet war. Der Kl. war als Sachwalter der sich seit dem 01.03.2018 im Insolvenzverfahren in Eigenverwaltung befindlichen J. Kliniken K. GmbH bestellt. **SG Hannover**, Gerichtsbs. v. 07.11.2020 - S 50 KR 909/18 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

Parallelverfahren:

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 18.01.2023 - L 4 KR 139/21

RID 24-02-62

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 1/24 R

www.juris.de

VIII. Beziehung zu Leistungserbringern

Nach BSG, Urt. v. 22.02.2024 - **B 3 KR 14/22 R** - ergibt sich der **vertragliche Schadensersatzanspruch** der **kl. Krankenkasse** gegen die **bekl. Apotheke** hier aus § 69 SGB V sowie § 61 S. 2 SGB X, die auf eine ergänzende entsprechende Geltung der Vorschriften des BGB für öffentlich-rechtliche Verträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern verweisen, und § 241 Abs. 2 sowie § 280 Abs. 1 BGB, die im Leistungserbringungsrecht des SGB V entsprechend anwendbar sind. Diese Rechtsgrundlagen verdrängen vorliegend einen allgemeinen öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch der Kl., weil sie die Vergütung nach Maßgabe der gesetzlichen und geschriebenen vertraglichen Regelungen zum Preisrecht der **Zytostatikaversorgung** nicht ohne Rechtsgrund an die Bekl. geleistet hatte. Zwischen den Beteiligten bestand im streitigen Zeitraum ein öffentlich-rechtliches Rechtsverhältnis, das durch gesetzliche, untergesetzliche und vertragliche Regelungen näher ausgestaltet war. In diesem Rechtsverhältnis zwischen Krankenkasse und **Apothekerin** traf die Bekl. eine sich aus ergänzender Vertragsauslegung ergebende **ungeschriebene vertragliche Nebenpflicht zur Information der Kl. über den Beschaffungsweg und den Einkaufspreis der von ihr für die streitigen Zytostatikazubereitungen verwendeten Fertigarzneimittel**, weil beide von den vertraglich vorausgesetzten Grundlagen abwichen. Die in den zwischen den Beteiligten geltenden Regelungen vorausgesetzten Grundlagen des Abgabe- wie des Preisregimes waren die Beschaffung von für Zytostatikazubereitungen verwendeten Fertigarzneimitteln, die für den deutschen Markt bestimmt waren zu den für diesen Markt bestimmten Einkaufspreisen. Darüber, dass die Bekl. sich nicht für den deutschen Markt bestimmte Fertigarzneimittel zu deutlich geringeren Einkaufspreisen als nach der Lauer-Taxe beschafft und unter deren Verwendung die streitigen Zytostatika zubereitet sowie abgegeben hatte, bei deren Abrechnung sie die deutlich höheren Preise für Fertigarzneimittel auf dem deutschen Markt angesetzt hatte, hätte sie die Kl. zu deren Schutz aufklären müssen. Die Verwendung dieser Fertigarzneimittel konnte die Kl. aufgrund der zutreffenden alleinigen Angabe der Pharmazentralnummer für Rezepturarzneimittel durch die Beklagte bei der Abnahme und Vergütung der streitigen Zytostatikazubereitungen nicht selbst erkennen. Erkennbar war aber für die Bekl., dass diese Information für die Kl. von wesentlichem Interesse im Rahmen der Vertragsdurchführung war. Nur durch diese Information konnten ein Ausgleich eines sonst bestehenden eindeutig dem Vertragsgedanken widersprechenden Ungleichgewichts zwischen den beteiligten Vertragspartnern bewirkt und die Vertragsgrundlagen bei Verwendung von nicht vom vertraglich zugrunde gelegten Abgabe- und Preisregime erfasster Fertigarzneimittel vor ihrer einseitigen Aushöhlung bewahrt werden. Diese Pflicht hat die Bekl. verletzt und dies auch zu vertreten. Sie rechnete über Jahre hinweg ihre Zytostatikazubereitungen auf der Grundlage von Einkaufspreisen nach der Lauer-Taxe ab trotz ihrer deutlich günstigeren tatsächlichen Einkaufspreise für nicht für den deutschen Markt bestimmte Fertigarzneimittel. Die Differenz vereinnahmte sie als ihren Gewinn. Der aus der

Pflichtverletzung entstandene, von der Bekl. nach § 249 Abs. 1 BGB zu ersetzende **Schaden** besteht in Höhe der ihr von der Kl. für die streitigen Zytostatikazubereitungen geleisteten Vergütung und nicht nur in Höhe der Differenz. Bei Kenntnis der Kl. vom Beschaffungsweg und den Einkaufspreisen der Bekl. hätte sie deren Zytostatikazubereitungen nicht abnehmen und nicht vergüten dürfen, weil die Abgabe und Abrechnung dieser Zubereitungen außerhalb der für beide Beteiligten geltenden Vertragsgrundlagen erfolgten. Diese Vertragsgrundlagen gingen auch für die Beklagte offenkundig von den Apothekeneinkaufspreisen für die Beschaffung von Fertigarzneimitteln auf dem deutschen Markt aus. An dieser Wertung ist der Senat nicht durch die im anderen Kontext einer Betrugsstrafbarkeit von Apothekern ergangene Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs in Strafsachen gehindert (BGH v. 10.12.2014 - 5 StR 405/13). Der von der Kl. geltend gemachte Schadensersatzanspruch ist **nicht verjährt**. Auf diesen Anspruch findet die vierjährige sozialrechtliche Verjährung Anwendung. Die Verjährungsfrist begann vorliegend in entsprechender Anwendung von § 199 Abs. 1 Nr. 2 BGB mit dem Schluss des Jahres 2007, in dem die Kl. von den ihren Anspruch begründenden Umständen erstmals Kenntnis erlangte, und war bei ihrer Klageerhebung in 2010 noch nicht abgelaufen. Würde für den Beginn der Verjährungsfrist nicht erst auf den Kenntniszeitpunkt abgestellt, drohte der Schadensersatzanspruch bei einer wie hier zunächst nicht erkennbaren Verletzung einer ungeschriebenen vertraglichen Nebenpflicht zur Information (teilweise) leerzulaufen. Verfassungsrecht steht der Schadensersatzpflicht der Beklagten nicht entgegen. **Art. 12 Abs. 1 GG** schützt nicht eine Gewinnerzielung durch Apotheken um jeden Preis, vielmehr ist das Rechtsverhältnis zwischen Krankenkassen und Apotheken auch in diesem grundrechtlichen Rahmen geprägt von dem Ziel der Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelversorgung.

Nach BSG, Urt. v. 22.02.2024 - **B 3 KR 15/22 R** - setzt eine **Vergütung von erbrachten Krankentransportleistungen** durch die Krankenkasse nach Maßgabe des § 133 Abs. 1 SGB V und auf dessen Grundlage mit dem Krankentransportunternehmen geschlossener Vereinbarungen grundsätzlich einen **Sachleistungsanspruch von Versicherten** auf die Übernahme von Fahrkosten für diese Krankentransportleistungen voraus (§ 2 Abs. 1 S. 1, Abs. 2 S. 1 und 3, § 69 Abs. 1 SGB V). Die Voraussetzungen dieses Anspruchs bestimmen sich nach § 60 SGB V. Danach übernimmt die Krankenkasse u.a. die Fahrkosten bei Leistungen, die stationär erbracht werden, bei einer Verlegung in ein anderes Krankenhaus aber nur, wenn diese aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlich ist (§ 60 Abs. 1 S. 2, Abs. 2 S. 1 Nr. 1 SGB V). Der gesetzliche Sachleistungsanspruch von Versicherten, denen bereits vollstationäre Leistungen in einem Krankenhaus erbracht werden, ist danach unter weiteren Voraussetzungen auf Verlegungsfahrten in ein anderes Krankenhaus begrenzt. **Für innerklinische (krankenhausinterne) Krankentransporte sieht § 60 SGB V keinen Sachleistungsanspruch** von Versicherten vor und scheidet ein Vergütungsanspruch eines Krankentransportunternehmens gegen die Krankenkasse für erbrachte Leistungen eines innerklinischen Krankentransports nach § 133 SGB V aus. Krankentransporte in einem Krankenhaus vollstationär aufgenommener Versicherter von einem zum anderen Standort dieses Krankenhauses zur stationären Weiterbehandlung dort sind der Krankenhausbehandlung zugeordnet, die nach § 39 Abs. 1 S. 3 Hs. 1 SGB V im Rahmen des Versorgungsauftrags des Krankenhauses alle Leistungen umfasst, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung der Versicherten im Krankenhaus notwendig sind (Gesamtbehandlungsverantwortung des Krankenhauses). Für solche innerklinischen Krankentransporte sind die diese Transportleistungen veranlassenden und in Anspruch nehmenden **Krankenhäuser den Krankentransportunternehmen auf zivilrechtlicher Rechtsgrundlage vergütungspflichtig**. Diese Vergütungen sind Krankenhäusern nicht gesondert von Krankenkassen zu erstatten. Für allgemeine Krankenhausleistungen unter Einschluss der vom Krankenhaus veranlassenen Leistungen Dritter (§ 2 Abs. 2 S. 1 und 2 Nr. 2 KHEntgG) werden zulasten von Krankenkassen **Fallpauschalen** abgerechnet, die auch vom Krankenhaus veranlassene innerklinische Krankentransporte erfassen (§§ 7 bis 9 KHEntgG). Nach diesen Maßstäben scheidet hier ein Vergütungsanspruch der Klägerin gegen die beklagte Krankenkasse nach §§ 133, 60 SGB V aus. Die streitigen qualifizierten Krankentransporte von in einem Standort des beigel. Plankrankenhauses (§ 108 Nr. 2 SGB V) stationär aufgenommener Versicherter zu einem anderen Standort dieses Krankenhauses zur stationären Weiterbehandlung dort waren keine Verlegung in ein anderes Krankenhaus zu einer neuen stationären Behandlung im Sinne des insoweit abschließenden § 60 Abs. 2 S. 1 Nr. 1 SGB V, sondern Teil der allgemeinen Krankenhausleistungen in der Gesamtbehandlungsverantwortung der Beigel., die von der Bekl. mit Fallpauschalen entgolten worden sind. Etwas anderes ergibt sich nicht daraus, dass diese Krankentransporte von Krankenhausärzten zulasten der Bekl. verordnet worden waren. Die auf landesvertraglicher Grundlage den Krankenhausärzten ermöglichte Verordnung von Krankenbeförderungen erweitert nicht den Leistungsumfang des § 60 SGB V. Zudem war die Rechtswidrigkeit dieser Verordnungen für die Kl. erkennbar, die innerklinische Krankentransportleistungen zuvor von der Beigel. vergütet erhalten hatte und dieser weiter in Rechnung stellte. Auch die streitigen Transporte waren der Kl. von der Beigel. zu vergüten, wozu der Senat sie als privates Krankenhausunternehmen wegen der entsprechenden Begrenzungen des § 75 Absatz 5 SGG nicht verurteilen kann.

Nach BSG, Urt. v. 22.02.2024 - **B 3 KR 2/23 R** - war die kl. **GbR** nicht mehr **beteiligtenfähig**. Fähig, am sozialgerichtlichen Verfahren beteiligt zu sein, sind u.a. juristische Personen (§ 70 Nr. 1 SGG). Als solche werden nach der Rspr. des BGH wie des BSG auch GbR anerkannt. Die hier klagende, 2006 gegründete GbR war mit Übertragung sämtlicher Anteile an ihr mit allen Aktiva und Passiva durch ihre Gesellschafter auf eine GmbH **liquidationslos vollbeendet und erloschen** spätestens zum Zeitpunkt der Eintragung der GmbH in das Handelsregister im November 2010. Jedenfalls zu diesem vor Klageerhebung liegenden Zeitpunkt endete die Beteiligtenfähigkeit der K.. Die beteiligtenfähige GmbH als ihre Gesamtrechtsnachfolgerin hat zu keinem Zeitpunkt Klage auf die hier streitige Nachvergütung erhoben. Sie ist auch nicht durch einen gesetzlichen Beteiligtenwechsel im Verfahren zur Kl. geworden, weil sie Gesamtrechtsnachfolgerin der klagenden GbR bereits vor deren Klageerhebung war. Unzulässig war danach nicht nur die Klage der GbR auf Nachvergütung für von ihr erbrachte Leistungen der häuslichen Krankenpflege aus eigenem Recht, sondern auch aus dem von ihr während des Verfahrens geltend gemachten, durch die GmbH in 2011 an sie abgetretenem Recht sowohl für zunächst von der GbR als auch sodann von der GmbH erbrachte Leistungen. Zum Zeitpunkt, zu dem die behauptete Abtretung erfolgt sein soll, war die Kl. bereits vollbeendet und erloschen. Zu diesem Zeitpunkt war sie weder als eine Abtretungsempfängerin rechtlich existent noch für die Geltendmachung abgetretener Rechte beteiligtenfähig.

Nach BSG, Urt. v. 30.11.2023 - **B 3 KR 2/23 R** - unterliegt die **Versorgung** gesetzlich Krankenversicherter mit **Blutzuckerteststreifen zur Eigenanwendung** jedenfalls **außerhalb von Apotheken den Regelungen über die Beziehungen der Krankenkassen zu Leistungserbringern von Hilfsmitteln**. Zwar ist der Anspruch auf Versorgung mit Blutzuckerteststreifen leistungsrechtlich der Versorgung mit **Arznei- und Verbandmitteln** und nicht der Versorgung mit

Hilfsmitteln zugeordnet. Krankenversicherungsrechtlich sind Blutzuckerteststreifen jedoch jedenfalls seit ihrer Einbeziehung in das Medizinproduktrecht keine Arzneimittel, sondern in der Umschreibung des Gesetzgebers der Arzneimittelversorgung zugeordnete „sonstige Leistungen“. Abgegeben werden können sie - wie jede Sachleistung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung - nur auf der Grundlage entsprechender **Verträge** zwischen Leistungserbringer und Krankenkasse. Das können bei der Abgabe von Blutzuckerteststreifen zur Eigenanwendung nach dem numerus clausus möglicher Vertragsbeziehungen zu Leistungserbringern in der gesetzlichen Krankenversicherung nach Regelungssystematik und Wirkweise jedenfalls bei der Abgabe außerhalb von Apotheken nur Verträge zur Hilfsmittelversorgung sein, obschon Blutzuckerteststreifen leistungserbringungsrechtlich nicht in jeglicher Hinsicht Vorschriften zur Hilfsmittelversorgung unterliegen; so sind sie nach zutreffender Rechtsauffassung des GKV-Spitzenverbands etwa insbesondere nicht in das Hilfsmittelverzeichnis der gesetzlichen Krankenversicherung aufzunehmen. Zu Unrecht hat die Beklagte jedoch die **Beitritte** der Klägerin zu den **Verträgen über die Abgabe von Blutzuckerteststreifen** und den weiteren streitbefangenen Hilfsmitteln als unwirksam erachtet, weil sie den **Beitritt unter „Protest und Ausschluss“** einzelner Vertragsklauseln erklärt hatte. Nach den Grundsätzen über die Auslegung öffentlich-rechtlicher Willenserklärungen war das nicht als auf den Abschluss eines von der Bekl. nicht angebotenen Vertrags gerichtet zu verstehen. Nach dem Gesamtzusammenhang und mit Blick auf die von der Kl. im unmittelbaren Anschluss begonnene Abgabe von Blutzuckerteststreifen müssen die Erklärungen vielmehr so verstanden werden, dass die Kl. einerseits den Zugang zur Versorgung Versicherter zu den Konditionen anderer Leistungserbringer beansprucht und das andererseits mit der Ankündigung verbunden hat, die von ihr beanstandeten Klauseln einer gerichtlichen Überprüfung zu unterziehen. Das war bis zur Einführung eines Schiedsverfahrens für Verträge zur Hilfsmittelversorgung möglich, weil die Garantie effektiven gerichtlichen Rechtsschutzes verletzt wäre, stünde einem Leistungserbringer in einer Lage wie hier nur die Möglichkeit offen, entweder mit der Aufnahme der Versorgung bis zu einer gerichtlichen Entscheidung über aus seiner Sicht zu beanstandende Vertragsbedingungen zuzuwarten oder sich widerspruchsfrei auf diese einzulassen. Deshalb stand einem Leistungserbringer bis zur Einführung des Schiedsverfahrens der Zugang zur Hilfsmittelversorgung auch dann offen, wenn er sich die gerichtliche Klärung dieser Vertragsbedingungen vorbehielt und bereit war, die Versorgung auch mit dem Risiko aufzunehmen, mit der Klage auf Korrektur der beanstandeten Bedingung(en) schließlich nicht durchzudringen. Zu Recht wendet sich die Kl. hiernach gegen die Verurteilung zur Erstattung der von der Beklagten bereits entrichteten Vergütungen für Blutzuckerteststreifen. Inwiefern ihre weiteren Forderungen begründet sind, bedarf hingegen weiterer Feststellungen; allerdings nicht, soweit sie eine höhere Vergütung für die Versorgung mit Blutzuckerteststreifen beansprucht, weil für eine missbräuchliche Preisgestaltung auf Seiten der Bekl. nichts dargetan ist.

1. Apotheken/Nicht verschreibungspflichtige Rezeptur Arzneimittel: Kleinste Packungsgröße

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 17.01.2024 - L 10 KR 701/22

RID 24-02-63

Revision anhängig: B 3 KR 4/24 R
www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 129; AMPPreisV § 5 II

Bei der Abrechnung nicht verschreibungspflichtiger **Rezeptur Arzneimittel** ist bei der Berechnung der Festzuschüsse vom **Einkaufspreis der üblichen Abpackung** eines verwendeten Stoffes bzw. der erforderlichen Packungsgröße verwendeter Fertigarzneimittel auszugehen, selbst wenn bei der Zubereitung des Rezeptur Arzneimittels der Inhalt der üblichen Abpackung bzw. Packungsgröße **nicht vollständig verbraucht** wird. Aus dem Wirtschaftlichkeitsgebot folgt nichts anderes.

SG Münster, Urt. v. 03.11.2021 - S 9 KR 679/20 - www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de verurteilte die Bekl. zur Zahlung von 112,06 € nebst Zinsen, das **LSG** wies die Berufung nach deren Zulassung zurück.

2. Arzneimittelhersteller

a) Anwendungsbegleitende Datenerhebung: Wegfall des Orphan-Drug-Status

LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 15.03.2024 - L 1 KR 21/24 KL ER

RID 24-02-64

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 35a IIIb; SGG § 86b II

Leitsatz: Der **Wegfall des Orphan-Drug-Status** für ein neues Arzneimittel führt nicht zwingend dazu, dass ein Verfahren der Forderung anwendungsbegleitender Datenerhebungen nach § 35a Abs. 3b SGB V beendet werden muss.

Die Ast., ein pharmazeutisches Unternehmen, begehrt der Sache nach, die Durchführung von Beschlüssen des Ag. zur Forderung einer anwendungsbegleitenden Datenerhebung und einer Beschränkung der Versorgungsbefugnis des GBA nach § 35a Abs. 3b SGB V einstweilig zu stoppen. Das **LSG** lehnte den Antrag ab.

b) Glaubhaftmachung der Verluste für nur einzelne Arzneimittel unzureichend

LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 17.04.2024 - L 4 KR 349/23 KL ER

RID 24-02-65

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 35 I 3, VII 2; SGG § 86b I 1 Nr. 2

Leitsatz: Wenden sich **pharmazeutische Unternehmer** im Wege des **einstweiligen Rechtsschutzes** gegen hoheitliche Maßnahmen, die nur einzelne von ihnen hergestellte oder vertriebene Arzneimittel betreffen, genügt es im Rahmen einer **Folgenabwägung** nicht, nur die mit diesem Arzneimittel verbundenen Verluste glaubhaft zu machen.

Das **LSG** lehnte den Antrag, die aufschiebende Wirkung der Klage vom 29.09.2023 (L 4 KR 340/23 KL) gegen den Beschluss des Ag. (Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen) v. 07.08.2023 (Festbetragsfestsetzung für die Festbetragsgruppe „Selektive Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer 1“ und gegen den Beschluss des beigel. GBA v. 16.02.2023 (Aufhebung der Festbetragsgruppenbildung „Selektive Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer, Gruppe 1, in Stufe 2“) anzuordnen, ab.

3. Aufnahme in Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen/Existenzgefährdung

LSG Baden-Württemberg, Beschluss v. 03.04.2024 - L 11 KR 579/24 ER-B

RID 24-02-66

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 33a, 139e

Leitsatz: 1. Die Annahme eines schwerwiegenden, nicht anders abwendbaren Nachteils setzt - soweit dies mit einer wirtschaftlichen Notlage begründet wird - voraus, dass unter Würdigung der wirtschaftlichen Gesamtlage eines Unternehmens die **drohende Aufgabe bzw. eine wirtschaftliche Existenzgefährdung des Unternehmens glaubhaft** gemacht wird. Die Existenzgefährdung muss das eigene Unternehmen betreffen. Eine Gefährdung eines Kooperationspartners reicht nicht aus.

2. Sog. **digitale Gesundheitsanwendungen** im Sinne des § 33a Abs. 1 SGB V sind **Medizinprodukte**, deren Hauptfunktion auf digitalen Technologien beruht, wobei diese nicht lediglich der Ergänzung oder Steuerung anderer Medizinprodukte dienen dürfen. Daran bestehen Zweifel im Hinblick auf eine **App**, die im Wesentlichen der regelmäßigen, korrekten und selbstständigen Durchführung der Anwendung eines **TENS-Geräts** dient.

Die Ast. macht im Wege des einstweiligen Rechtsschutzes die vorläufige Aufnahme einer digitalen Gesundheitsanwendung (DiGA) gemäß § 139e SGB V in das Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen geltend. Die Ast. ist eine GmbH, die die Software „tiNa-start“ herstellt. Sie hat mit der P1 GmbH einen Rahmenvertrag über ihre Zusammenarbeit bei der Entwicklung und dem Betrieb der „tiNa-start“ App geschlossen. Danach ist die P1 GmbH Eigentümer sämtlicher Rechte an „tiNa-start“ und für deren Entwicklung und Vertrieb verantwortlich. Bei der Software „tiNa-start“ handelt es sich um einen digitalen Therapiebegleiter für Schmerzpatienten, die ein Gerät zur transkutanen elektrischen Nervenstimulation (TENS) zur Selbstbehandlung erhalten. Die Applikation beinhaltet Funktionen für Patienten zur Selbstüberwachung des Therapieverlaufs und Funktionen zur Therapieunterstützung, soll zur Steigerung der Lebensqualität beitragen und die Therapietreue sowie die Patientensouveränität stärken. Sie ist seit dem 10.03.2023 im Informationssystem über Medizinprodukte DMIDS beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte registriert. **SG Freiburg**, Beschl. v. 16.01.2024 - S 2 KR 60/24 ER - lehnte den Antrag auf Gewährung einstweiligen Rechtsschutzes ab. Das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

4. Klage gegen Bestimmung der Schiedsperson (Häusliche Krankenpflege) ohne aufschiebende Wirkung

LSG Niedersachsen-Bremen, Beschluss v. 07.03.2024 - L 16 KR 26/24 B ER

RID 24-02-67

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 132a; SGG § 86b I 1 Nr. 2

Leitsatz: Nach § 132a Abs. 4 S. 11 SGB V in der ab dem 1. Juli 2023 gültigen Fassung haben Widerspruch und Klage gegen die **Bestimmung der Schiedsperson** durch einen nach dem 1. Juli 2023 erlassenen Bescheid des Bundesamtes für Soziale Sicherung **keine aufschiebende Wirkung**.

Die antragstellenden Krankenkassen begehrt die Feststellung, dass ihre Klage gegen einen Bescheid der Ag. über die Bestimmung einer Schiedsperson aufschiebende Wirkung hat. **SG Hannover**, Beschl. v. 18.01.2024

- S 87 KR 34/24 ER - lehnte den Antrag auf Feststellung der aufschiebenden Wirkung der Klage ab, das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

IX. Verfahrensrecht

1. Amtsermittlungsgrundsatz in Verfahren des einstweiligen Rechtsschutzes

LSG Bayern, Beschluss v. 26.03.2024 - L 5 KR 26/24 B ER

RID 24-02-68

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGG § 86b II; ZPO §§ 920 ff.

Leitsatz: Der sozialgerichtliche **Amtsermittlungsgrundsatz** gilt auch in Verfahren des einstweiligen Rechtsschutzes.

SG Regensburg, Beschl. v. 09.01.2024 - 16 KR 626/23 ER - lehnte im vorläufigen Rechtsschutzverfahren einen Antrag der Ast. auf Mutter-Kind-Kur ab. Hiergegen legte die Ast. Beschwerde ein. Mit Bescheid vom Januar 2024 bewilligte die Ag. die begehrte Maßnahme. Die Ast. erklärte das Verfahren für erledigt. Das **LSG** verpflichtete die Ag., der Ast. deren notwendige außergerichtliche Kosten des ersten Rechtszuges zu erstatten, außergerichtliche Kosten der Beschwerde sind nicht zu erstatten.

2. Streitwert: Bescheinigung über die Einhaltung von Strukturmerkmalen/Einstweiliger Rechtsschutz

LSG Baden-Württemberg, Beschluss v. 21.08.2023 - L 11 KR 900/22 B

RID 24-02-69

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 275d II; GKG § 52

Leitsatz: 1. Ist Streitgegenstand nicht eine konkret bezifferte Geldforderung, sondern eine (vorläufige) **Bescheinigung über die Einhaltung von Strukturmerkmalen** i.S.d. § 275d Abs. 2 SGB V, bestimmt sich der **Streitwert** nach dem objektiven wirtschaftlichen Interesse des Antragstellers.

2. Maßgeblich ist hierfür der sich aus der Abrechenbarkeit des streitigen OPS ergebende **wirtschaftliche Vorteil**, mithin der **Gewinn**. Bei Fehlen konkreter anderweitiger Anhaltspunkte ist von einem erzielbaren wirtschaftlichen Vorteil von 25 % der Erlösdifferenz auszugehen. Dieser Wert ist auf den Zeitraum, in dem das Verfahren des einstweiligen Rechtsschutzes anhängig war, zu begrenzen.

3. In Verfahren des **einstweiligen Rechtsschutzes** ist der Streitwert auf 1/4 des Hauptsachestreitwerts zu begrenzen.

SG Stuttgart, Beschl. v. 11.03.2022 - S 24 KR 280/22 ER - setzte den Streitwert endgültig auf 5.000 € fest, das **LSG** setzte auf die Beschwerde der Prozessbevollmächtigten der Ast. den Streitwert endgültig auf 74.669,90 € fest, und wies im Übrigen die Beschwerde zurück.

3. Rückforderung der Krankenkasse nach Erlass einer einstweiligen Anordnung

LSG Thüringen, Urteil v. 08.09.2022 - L 2 KR 996/20

RID 24-02-70

www.juris.de

SGG § 86b II

Die **einstweilige Anordnung** verliert ihre Rechtswirkungen mit der endgültigen Entscheidung in der Hauptsache. Wenn die Krankenkasse aufgrund einer einstweiligen Anordnung vorläufig Leistungen erbracht hat, hat sie einen **Rückzahlungsanspruch**, sofern sich im Hauptsacheverfahren herausstellt, dass dem Versicherten die Leistung nicht zusteht. Aufgrund einstweiliger Anordnungen zugesprochene Leistungen stehen schon wegen der Natur einer einstweiligen Anordnung unter dem **Vorbehalt der Vorläufigkeit**. Der Rückzahlungsanspruch entsteht bei Wegfall der einstweiligen Anordnung ex lege. Rückzahlungsansprüche nach Wegfall einer einstweiligen Anordnung werden (allein) zu ihrer Geltendmachung durch Verwaltungsakt (deklaratorisch) festgesetzt bzw. durchgesetzt. Nach Erlass einer einstweiligen Anordnung kann ein **Vergleichsvertrag** zur Ausführung geschlossen werden. Soll mit dieser Vereinbarung eine abschließende Entscheidung nicht verbunden sein, wird hinreichend klar zum Ausdruck gebracht, dass die Zahlungen nur vorläufig bis zu einer rechtskräftigen Entscheidung erfolgen soll. Bei dem Versicherten kann sich daher **kein Vertrauen** auf den dauerhaften Verbleib der Leistung bilden.

Der Kl. wandte sich gegen eine Rückforderung der Bekl. i.H.v. 60.700,06 € für die Kosten eines Schulbegleiters. *SG Altenburg*, Urt. v. 08.10.2020 - S 14 KR 19/19 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

X. Bundessozialgericht (BSG)

1. Kinderwunschbehandlung: Häftige Kostenübernahme durch private Krankenvers. des Ehemanns

BSG, Urteil v. 29.08.2023 - B 1 KR 13/22 R

RID 24-02-71

SozR 4-2500 § 27a Nr. 22 = GesR 2024, 40 = KrV 2024, 19

Leitsatz: Eine Versicherte hat auch dann Anspruch auf Erstattung von 50 v.H. der Kosten einer **Kinderwunschbehandlung**, wenn bereits eine häftige **Kostenübernahme** durch die **private Krankenversicherung des Ehemanns** erfolgt ist.

2. Krankenhauskosten

a) Vom Krankenhaus veranlasste Leistungen Dritter

BSG, Urteil v. 29.08.2023 - B 1 KR 18/22 R

RID 24-02-72

BSGE = SozR 4 = KRS 2024, 37 = ZMGR 2024, 19 = KrV 2024, 23

Leitsatz: 1. Der **Versorgungsauftrag** regelt die personelle, räumliche und medizinisch-technische **Ausstattung**, die das Krankenhaus vorhalten muss, um seine Verpflichtung zur Krankenhausbehandlung selbst erfüllen zu können.

2. Vom Krankenhaus veranlasste **Leistungen Dritter** sind **nur kodierfähig**, wenn das Krankenhaus sie nach dem Inhalt seines **Versorgungsauftrages** auch selbst erbringen darf.

b) Keine Erledigung des Rechtsstreits bei Zahlung unter Vorbehalt

BSG, Urteil v. 12.12.2023 - B 1 KR 17/22 R

RID 24-02-73

www.juris.de

Ein Rechtsstreit um die Vergütung eines Krankenhauses **erledigt** sich nicht, wenn die Krankenkasse den strittigen Rechnungsbetrag im Laufe des gerichtlichen Verfahrens **unter Vorbehalt zahlt** und den Vergütungsanspruch nach wie vor bestreitet.

3. Herstellerrabatte einer niederländische Versandapotheke

BSG, Urteil v. 14.06.2023 - B 3 KR 8/22 R

RID 24-02-74

BSGE = SozR 4-2500 § 130a Nr. 14 = KrV 2023, 205 = PharmR 2023, 692

Leitsatz: Es berührt die gesetzlichen **Rabattregelungen** zulasten pharmazeutischer Unternehmer und die Einbindung hierin von dem Rahmenvertrag beigetretenen **EU-ausländischen Versandapotheken** nicht, dass diese Apotheken Endverbrauchern auf europarechtlicher Grundlage Rabatte einräumen dürfen, an deren Gewährung inländische Apotheken durch die Arzneimittelpreisbindung gehindert sind.

C. ENTSCHEIDUNGEN ANDERER GERICHTE

I. Ärztliches Berufsrecht

1. Approbation/Berufserlaubnis

a) Erlaubnis zur Ausübung des zahnärztlichen Berufs nach Widerruf der Approbation

OVG Sachsen-Anhalt, Beschluss v. 19.02.2024 - 1 M 5/24

RID 24-02-75

www.juris.de

ZHG § 7a; VwGO § 123 II 2

Leitsatz: 1. Die Erteilung einer **Erlaubnis zur Ausübung des zahnärztlichen Berufs** nach § 7a ZHG ist bis zum bestandskräftigen Abschluss des **Verfahrens über die Wiedererteilung der Approbation** möglich.

2. Die Erteilung einer Erlaubnis nach § 7a ZHG setzt (lediglich) die positive **Prognose** voraus, dass der Antragsteller seine **Würdigkeit und Zuverlässigkeit** bzw. seine gesundheitliche Eignung innerhalb von spätestens zwei Jahren **wiedererlangt** haben wird.

3. Die Behörde hat das ihr durch § 7a ZHG eingeräumte **Ermessen** im Lichte des Art. 12 Abs. 1 GG dahingehend auszuüben, dass dem Antragsteller im Falle einer positiven Prognose zumindest eine Erlaubnis zur Ausübung des zahnärztlichen Berufs zu erteilen ist, wenn keine anderen im Rahmen des Approbationserteilungsverfahrens zu beachtenden Versagungsgründe vorliegen.

4. Eine Würdigkeit zur Ausübung des ärztlichen Berufs kann allein durch den **Ablauf eines hinreichend langen Zeitraums**, in dem sich der Betreffende verfehlungs- und beanstandungsfrei verhält, d. h. ohne Zutreten weiterer für den Abschluss des notwendigen inneren Reifeprozesses sprechender Umstände, wiedererlangt werden.

5. Die **Länge** dieses an die letzte die Unwürdigkeit begründende Verfehlung anknüpfenden **Zeitraums** bestimmt sich nach den Umständen des (Einzel-)Falls.

6. **Art und Schwere des Fehlverhaltens**, das zur Annahme der Unwürdigkeit geführt hat, spielen insoweit eine, allerdings keine allein maßgebliche Rolle.

b) Keine Gleichwertigkeit eines im Jemen absolvierten Studiums der Zahnmedizin

VG Bremen, Urteil v. 15.02.2024 - 5 K 1159/21

RID 24-02-76

www.juris.de

ZHG § 2

Die nicht von vornherein ausgeschlossene **Gleichwertigkeitsprüfung** ergibt wesentliche Unterschiede eines im **Jemen absolvierten Studiums der Zahnmedizin** jedenfalls hinsichtlich der Fächer Innere Medizin einschl. Immunologie, Kieferorthopädie und Zahnersatzkunde (auch Zahnärztliche Prothetik genannt). Es handelt sich um solche Fächer, deren Kenntnis und Fähigkeiten eine wesentliche Voraussetzung für die Ausübung des Berufs im Sinne der Vorschrift sind.

2. Strafrecht

a) Bundesgerichtshof (BGH)

aa) Berufsverbot und erstmalige Verurteilung wegen sexuellen Missbrauchs

BGH, Beschluss v. 26.03.2024 - 4 StR 416/23

RID 24-02-77

www.juris.de

StGB § 70 I

Das **Berufsverbot** ist ein schwerwiegender Eingriff, mit dem die Allgemeinheit, sei es auch nur ein bestimmter Personenkreis, **vor weiterer Gefährdung geschützt** werden soll. Es darf nur dann verhängt werden, wenn die **Gefahr** besteht, dass der Täter auch in Zukunft den Beruf, dessen Ausübung ihm verboten werden soll, zur Verübung erheblicher Straftaten missbrauchen wird. Voraussetzung hierfür ist, dass eine - auf den Zeitpunkt der Urteilsverkündung abgestellte -

Gesamtwürdigung des Täters und seiner Tat(en) das Tatgericht zu der Überzeugung führt, dass die Wahrscheinlichkeit künftiger ähnlicher erheblicher Rechtsverletzungen durch den Täter besteht (vgl. BGH, Beschl. v. 22.06.2023 - 2 StR 144/23 - Rn. 5; Beschl. v. 09.10.2018 - 1 StR 418/18 - Rn. 8, jeweils m.w.N.). Hierbei ist zu berücksichtigen, dass an die Annahme einer weiteren Gefährlichkeit im Sinne des § 70 Abs. 1 Satz 1 StGB ganz besonders strenge Anforderungen zu stellen sind, wenn der Täter **erstmalig** wegen einer Anlasstat straffällig wird; insbesondere ist zu prüfen, ob bereits die Verurteilung zur Strafe den Täter von weiteren Taten abhalten wird (vgl. BGH, Urt. v. 25.04.2013 - 4 StR 296/12 - Rn. 7; Beschl. v. 12.09.1994 - 5 StR 487/94 - NStZ 1995, 124).

bb) Beteiligung am Umsatz eines Sanitätshauses mit flachgestrickten Kompressionsstrümpfen

BGH, Urteil v. 21.03.2024 - 3 StR 163/23

RID 24-02-78

www.juris.de
StGB §§ 263, 299a

Es besteht kein Anlass, von der st. höchstrichterl. Rspr. abzurücken, wonach in Fällen des von Leistungserbringern oder Apothekern begangenen **Abrechnungsbetruges** der einer gesetzlichen Krankenkasse entstandene **Vermögensschaden sozialrechtsakzessorisch** zu bestimmen ist. Es ist ebenso wenig geboten, die Regelung des § 128 Abs. 2 SGB V im Rahmen einer Strafbarkeit wegen Betruges restriktiver als nach sozialrechtlichem Verständnis auszulegen. Außerdem hat das Landgericht auf der Grundlage der rechtsfehlerfrei getroffenen Feststellungen zutreffend angenommen, dass die angeklagte Vertragsärztin, die eine chirurgisch-phlebologische Einzelpraxis betrieb, Zuwendungen des Sanitätshauses in Form der Übernahme von Lohnkosten für die beiden mitangeklagten Praxismitarbeiterinnen erhielt.

b) Körperverletzung: Medizinisches Instrument als gefährliches Werkzeug

BayObLG, Urteil v. 19.03.2024 - 205 StRR 8/24

RID 24-02-79

www.juris.de
StGB §§ 16, 223, 224 I Nr. 2, 229; BGB § 630e

Leitsatz: Ein **medizinisches Instrument**, geführt von einem approbierten Arzt im Rahmen eines indizierten Eingriffs, kann je nach den Umständen des Einzelfalls ein **gefährliches Werkzeug** im Sinne von § 224 Abs. 1 Nr. 2 StGB sein.

AG Kempten, Urt. v. 24.01.2019 - 32 Ls 111 Js 10508/14 - sprach den Angekl. schuldig der schweren Körperverletzung in zwei und der vorsätzlichen Körperverletzung in sieben weiteren Fällen und verurteilte ihn deshalb zu einer Gesamtfreiheitsstrafe von drei Jahren. **LG Kempten**, Urteil v. 08.10.2020 - 3 Ns 111 Js 10508/14 - RID 21-01-171 fasste auf die Berufung des Angekl. und der Staatsanwaltschaft das Urteil neu und sprach den Angekl. schuldig der fahrlässigen Körperverletzung in neun Fällen und verurteilte ihn deshalb zu einer Gesamtfreiheitsstrafe von neun Monaten. Das **BayObLG** verwies auf die Revision der Staatsanwaltschaft die Sache zur erneuten Verhandlung an das LG Kempten zurück und verwarf die Revision des Angekl. **LG Kempten**, Urt. v. 03.07.2023 - 4 Ns 111 Js 10508/14 (4) - verurteilte den Angekl. wegen vorsätzlicher Körperverletzung in elf Fällen und schwerer Körperverletzung in einem Fall zu einer Bewährungsstrafe von einem Jahr und zehn Monaten. Das **BayObLG** hob die Vorinstanz unter erneuter Zurückweisung auf, weil von einer „gefährlichen Körperverletzung“ auszugehen sei. Als „gefährliches Werkzeug“ sei hier das bei den Operationen verwendete Skalpell anzusehen. Dieses werde zwar grundsätzlich nach den Regeln der ärztlichen Kunst eingesetzt. Der Arzt müsse aber in der Lage sein, es ordnungsgemäß und fachgerecht zu gebrauchen. Sei dies wegen körperlicher Einschränkungen nicht möglich, stelle der Skalpelleinsatz eine „gefährliche Körperverletzung“ dar.

c) Suizidhilfe bei psychischer Erkrankung: Minder schwerer Fall des Totschlags

LG Essen, Urteil v. 01.02.2024 - 32 Ks-70 Js 354/20-5/23

RID 24-02-80

www.juris.de
StGB §§ 25 I, 212 I, 213

Die XII. Strafkammer - Schwurgericht - des Landgerichts Essen hat gestern Herrn Dr. Johann Spittler wegen Totschlags in mittelbarer Täterschaft zu einer **Freiheitsstrafe von 3 Jahren verurteilt**.

Die Kammer ist dabei von dem in der Anklage beschriebenen Sachverhalt ausgegangen, der in dem Strafverfahren außer Streit gestanden hatte. Demnach hatte Herr Dr. Spittler nach Kontaktaufnahme und Suizid-Beihilfe-Wunsch durch den Geschädigten diesen untersucht und ein psychiatrisches Gutachten zur Freiverantwortlichkeit des Suizidwillens erstellt. Herr Dr. Spittler bejahte die Freiverantwortlichkeit trotz Vorliegens psychischer Erkrankungen beim Geschädigten. Am 31.08.2020 legte Herr Dr. Spittler dem Geschädigten dann einen venösen Zugang und hängte eine Infusion mit einer tödlich wirkenden Menge Natrium-Thiopental in Kochsalzlösung an, deren Zuflussventil der Geschädigte sodann selbstständig öffnete und an der tödlich wirkenden Dosis verstarb.

In der mündlichen Urteilsbegründung hat das Gericht betont, dass der in autonomer Selbstbestimmung freiverantwortlich vorgenommene Suizid verfassungsrechtlich geschützt sei, was auch das Recht des Sterbewilligen, Hilfe in Anspruch zu nehmen, ebenso wie das Recht des Begleiters, Hilfe zu leisten, beinhaltet. Die Grenze zu strafbarem Verhalten des Suizidhelfers sei jedoch erreicht, wo die **Entscheidung zum Suizid durch den Sterbewilligen nicht freiverantwortlich gebildet werden** könne.

Diese Grenze habe Herr Dr. Spittler überschritten, weil **der Geschädigte an gravierenden psychischen Erkrankungen**, nämlich einer akuten paranoiden Schizophrenie sowie einer mittelgradigen depressiven Episode gelitten habe. Diese hätten seine Einsichtsfähigkeit im Tatzeitpunkt derart gestört, dass er zur Beurteilung seiner Situation nach objektiven Maßstäben bzw. zu einer realitätsbezogenen Abwägung des Für und Wider der Suizidentscheidung nicht mehr in der Lage gewesen sei. Sein Suizidwunsch habe wesentlich auf einer erkrankungsbedingten, nicht realistisch begründeten Annahme beruht, dass es für seine psychische Beschwerdesymptomatik keine Besserungsaussichten mehr gegeben habe, ferner, dass er unter einer zunehmenden Sehstörung leiden würde.

Dabei hat die Kammer sich vor allem auf das Gutachten des gerichtlichen Sachverständigen Prof. Dr. Norbert Leygraf, aber u.a. auch auf Aussagen von (sachverständigen) Zeugen gestützt.

Weiter war die Kammer der Überzeugung, dass Herr Dr. Spittler im Hinblick auf die fehlende Freiverantwortlichkeit **vorsätzlich gehandelt** hat, weil ihm die Lage des Geschädigten, die zu einem Ausschluss der Freiverantwortlichkeit geführt hat, bekannt gewesen sei. Der Angeklagte habe in der Hauptverhandlung selbst bestätigt, dass ihm bewusst gewesen sei, dass das Denken und die Suizidentscheidung des Geschädigten durch eine aktuelle krankheitswertige Störung beeinträchtigt und auch krankheitswertig richtungsbestimmend beeinflusst gewesen seien. Soweit der Angeklagte dennoch in seinem Gutachten zu dem Ergebnis der „Freiverantwortlichkeit“ gekommen sei, beruhe dies nicht auf einem Irrtum, sondern auf einer von ihm selbst entwickelten falschen Definition des Begriffs der Freiverantwortlichkeit. Der Angeklagte habe dies gewusst und jedenfalls mit der Möglichkeit gerechnet, rechtswidrig zu handeln und dies billigend in Kauf genommen, um die von ihm als ethisch geboten erachtete Hilfestellung gewähren zu können.

Die Kammer ist im Rahmen der Strafzumessung von einem **minder schweren Fall des Totschlags** ausgegangen, weil insbesondere erheblich strafmildernd zu berücksichtigen gewesen sei, dass Herr Dr. Spittler aus Mitleid heraus gehandelt habe, nicht vorbestraft sei und sein hohes Alter ihn auch besonders haftempfindlich mache.

Die Kammer hat den gegen Herrn Dr. Spittler bestehende Haftbefehl aufrechterhalten, aber weiter unter der Auflage außer Vollzug gesetzt gelassen, dass Herr Dr. Spittler bis zum rechtskräftigen Abschluss des Verfahrens keine Beihilfe zum Suizid mehr leistet.

Die Staatsanwaltschaft hatte in ihrem Plädoyer eine Freiheitsstrafe von 7 Jahren beantragt, die Verteidigung Freispruch gefordert. Beide Seiten kündigten an, in Revision gehen zu wollen.

Vgl. Presseerklärung der Präsidentin des Landgerichts Essen vom 02.02.2024 (12 b E - 1. 336), <https://www.lg-essen.nrw.de>

d) Übermittlung von Ablichtungen aus der Strafakte an KV

BayObLG, Beschluss v. 29.01.2024 - 203 VAs 532/23

RID 24-02-81

www.juris.de
StPO §§ 474, 480

Leitsatz: 1. Die **Staatsanwaltschaft** ist nach § 474 Abs. 2 S. 1 Nr. 1 StPO i.V.m. § 480 Abs. 1 S. 1 StPO berechtigt, einer **Kassenärztlichen Vereinigung** zur Prüfung eines möglichen Fehlverhaltens und zur Prüfung der Abrechnung ihres Mitglieds **Ablichtungen aus der Strafakte zu übermitteln**.
2. Dies gilt auch, wenn das Strafverfahren nach § 153 Abs. 2 StPO **eingestellt** wurde.
3. Die Übermittlung von Ablichtungen von mehreren von der Ermittlungsbehörde ausgewählten Aktenstücken stellt keine **Akteneinsicht** nach § 474 Abs. 3 StPO, sondern lediglich eine **Auskunft** nach § 474 Abs. 2, § 478 StPO dar.

3. Berufspflichten

a) Vorwurf eines unkollegialen Verhaltens in gutachterlichen Stellungnahmen

Bayerisches Oberstes Landesgericht, Beschluss v. 14.02.2024 - 301 LBG-Z 1/23

RID 24-02-82

www.juris.de
HKG Bayern Art. 17, 19, 66, 77, 80 I; GG Art. 5 I 1, 103 II 2

Leitsatz: 1. Die Klauseln des **zahnärztlichen Berufsrechts** können auch nach dem Maßstab des Art. 103 Abs. 2 GG eine ausreichende Grundlage für eine **berufsgerichtliche Sanktion** darstellen.
2. Bei **Ausführungen eines Gutachters** zu dem Ergebnis einer vorangegangenen ärztlichen Behandlung handelt es sich in der Regel um ein Werturteil.
3. Wird gegen einen **gutachterlich** tätigen Zahnarzt aufgrund der von ihm gutachterlich getätigten Äußerungen im berufsgerichtlichen Verfahren der **Vorwurf eines unkollegialen Verhaltens** erhoben, bedarf es einer Abwägung zwischen der Meinungsfreiheit des Antragsgegners einerseits und der von der Berufsordnung geschützten Rechtsgüter andererseits. Dazu ist der Sinn der Äußerung ausgehend von ihrem Wortlaut zu deuten. Der sprachliche Kontext, in dem sie steht, sowie die für den Rezipienten erkennbaren Begleitumstände, unter denen sie gefallen ist, sind zu berücksichtigen.
4. Bei der **Abwägung** der widerstreitenden Rechtsgüter kann eine maßgebliche Rolle spielen, wenn der Antragsgegner die verfahrensgegenständlichen Formulierungen jeweils im Rahmen der Erstattung von Gutachten für Versicherungen verwendete, um die nach seiner Ansicht folgenschweren Behandlungsfehler von Kollegen zu unterstreichen. Kritik kann, auch wenn sie mit deutlichen Worten erfolgt, der Qualitätssicherung innerhalb des Berufsstandes dienen.

b) Zahnärztliche Bescheinigungen zur Befreiung von der Maskenpflicht

VG Münster, Urteil v. 06.12.2023 - 18 K 2456/21.T

RID 24-02-83

www.juris.de
HeilBerG NRW §§ 29, 30, 58a, 58e

Ein Zahnarzt ist u.a. insb. verpflichtet, die **Regeln der zahnärztlichen Wissenschaft** zu beachten und dem ihm im Zusammenhang mit dem Beruf entgegengebrachten **Vertrauen** zu entsprechen. Gegen diese Berufspflicht verstößt ein Zahnarzt, indem er in den **Bescheinigungen** jeweils Diagnosen anführt, die nach den Regeln der zahnärztlichen Wissenschaft von vornherein nicht geeignet sind, eine Befreiung von der Maskenpflicht zu begründen.

c) Verwahrung der Patientenakten nach Anordnung einer Betreuung

aa) Keine Verpflichtung der Ärztekammer zur Aufbewahrung der Patientenakten

VG Schwerin, Beschluss v. 27.06.2023 - 3 B 737/23 SN

RID 24-02-84

www.juris.de

HeilBerG MV § 4 I Nr. 14; BGB §§ 630f, 1814 ff.

Leitsatz: 1. Ein Kammermitglied kann aus § 4 Abs. 1 Nr. 14 HeilBerG M-V kein subjektiv-öffentliches Recht gegenüber der **Ärztekammer** auf **Aufbewahrung der Patientenakten** herleiten.

2. Die Ärztekammer ist nicht dazu verpflichtet, die Aufbewahrung der Patientenakten eines gesundheitlich hierzu nicht mehr fähigen **Kammermitglieds** für dieses zu übernehmen, wenn dem Kammermitglied zur Besorgung seiner rechtlichen Angelegenheiten eine **Betreuung** bestellt wurde.

Zur Berufungsentscheidung s. nachstehend.

bb) Kein Anspruch gegen die Landesärztekammer auf Inobhutnahme der Patientenakten

OVG Mecklenburg-Vorpommern, Beschluss v. 05.02.2024 - 2 M 337/23 OVG

RID 24-02-85

www.juris.de

HeilBerG Mecklenburg-Vorpommern § 4 I Nr. 14; BGB § 630f III

Ein Arzt hat **keinen Anspruch gegen die Landesärztekammer auf Inobhutnahme seiner Patientenakten** für die Dauer der Aufbewahrungspflicht und Gestattung von Einsicht durch die Patienten gemäß § 4 Abs. 1 Nr. 14 HeilBerG Mecklenburg-Vorpommern, wenn für ihn eine **Betreuung** angeordnet wird, die u.a. auch die „Auflösung und Abwicklung der Hausarztpraxis“ umfasst. Die Betreuung schließt die damit verbundenen Pflichten zur Aufbewahrung der Patientenakten und Einsichtnahme in dieselben ein. Ggf. muss die Betreuerin aufgrund des bestehenden Betreuungsverhältnisses entsprechende Sorge dafür tragen, dass hierzu befugte Personen, die der Schweigepflicht unterliegen, die Einsichtnahme in und Herausgabe der Patientenakten vornehmen können. Dazu gehört auch, dass die Patientenakten sicher verwahrt werden.

Zur Vorinstanz s. vorstehend.

4. Weiterbildung

a) Keine Weiterbildung in übergroßer Praxis für Allgemeinmedizin

VG Hannover, Urteil v. 22.11.2023 - 7 A 190/23

RID 24-02-86

www.juris.de

HKG Niedersachsen §§ 41, 48

Die Zulassung einer Praxis als Weiterbildungsstätte sowie die Erteilung der Ermächtigung zur Weiterbildung eines Facharztes für Allgemeinmedizin scheitert bereits daran, dass in der Praxis die Patienten nicht in so ausreichender Zahl und Art behandelt werden, dass sich die Weiterzubildenden mit den typischen Krankheiten des jeweiligen Gebietes oder Schwerpunkt vertraut machen können. Durch die **Größe des zu versorgenden Patientengutes** ist eine ordnungsgemäß und damit sorgfältig durchzuführende Weiterbildung unter Anleitung nicht möglich. Bei **Fallzahlen von über 2.100 Fällen** pro Quartal mangelt es schlicht an ausreichender Zeit, den Weiterzubildenden gründlich und grundsätzlich ganztägig anleiten zu können. Der Weiterbildungsassistent behandelt unter Anleitung des Facharztes. Das diese Art der Behandlung länger dauert als die Behandlung durch den Facharzt direkt liegt auf der Hand. Wenn der Kl. also vorträgt, **bereits jetzt mehr als 12 Stunden täglich zu arbeiten**, so verbleibt für die angeleitete Behandlung durch den Weiterbildungsassistenten keine Zeit.

b) Eignung für die verantwortliche Leitung der Weiterbildung von Ärzten

VG Berlin, Beschluss v. 22.03.2024 - 9 L 84/24

RID 24-02-87

www.juris.de

VwGO § 123 I 2; HKG Berlin § 33 I 1, VI 1

Die persönliche Eignung für die **verantwortliche Leitung** der **Weiterbildung** von Ärzten umfasst charakterliche und im weitesten Sinne pädagogische Persönlichkeitsmerkmale (OVG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 25.11.2003 - 6 A 11314/03 - juris Rn. 17). **Persönlich geeignet** ist der Arzt, dessen Eigenschaften, wie sie sich in seinem Verhalten offenbaren, keine begründeten Zweifel daran aufkommen lassen, dass er die Aufgaben und Pflichten eines weiterbildenden Arztes uneingeschränkt erfüllen werde. Die persönliche Eignung ist insbesondere an der Einhaltung der ärztlichen Berufspflichten zu messen, z.B. an dem Gebot, seinen Beruf gewissenhaft auszuüben und dem ihm im Zusammenhang mit seinem Beruf entgegengebrachten Vertrauen zu entsprechen (vgl. § 2 Abs. 2 BO sowie VG Hamburg, Urt. v. 17.11.1998 - 13 VG 138/97 - juris Rn. 19). An die persönliche wie auch die fachliche Eignung von Weiterbildungern sind hohe Anforderungen zu stellen. Die Ermächtigung ist nicht nur zu versagen, falls die Eignung fehlt, sondern bereits dann, wenn sie nicht positiv festgestellt werden kann, mit anderen Worten, wenn **Zweifel** an der Eignung des Kammermitglieds bestehen, die nicht ausgeräumt werden können (VGH Baden-Württemberg, Urt. v. 24.06.2014 - 9 S 1348/13 - juris Rn. 38, RID 14-03-165).

Die Ärztekammer kann **Vorwürfe des sexuellen Missbrauchs** im Behandlungsverhältnis und die strafrechtliche Verurteilung wegen sexuellen Missbrauchs unter Ausnutzung des Behandlungsverhältnisses in einem Fall in die Beurteilung der persönlichen Eignung für die Leitung der Weiterbildung einbeziehen, auch wenn die Rechtskraft der erstinstanzlichen strafgerichtlichen Verurteilung noch nicht der Vorwurf des sexuellen Missbrauchs nach einer ausführlichen Beweisaufnahme von einem Kollegialgericht in den Urteilsgründen nachvollziehbar und schlüssig als festgestellt erachtet wurde.

Das **Wohlverhalten** während des seit 2013 geführten berufsrechtlichen und seit 2016 geführten strafrechtlichen Verfahrens ist allein nicht geeignet, eine zuvor gezeigte persönliche Ungeeignetheit aufzuheben.

c) Anerkennung gleichwertiger Weiterbildung

VG Münster, Urteil v. 15.02.2024 - 5 K 185/21

RID 24-02-88

www.juris.de

HeilBerG NRW § 42; WBO §§ 10, 12

Bei § 10 WBO (**Anerkennung gleichwertiger Weiterbildung**) handelt es sich um eine **Ausnahmevorschrift**, die grundsätzlich eng auszulegen ist. Sie dient nur dazu, in besonders gelagerten Fällen sachlich unbegründete Härten zu vermeiden. Sie greift bereits dann nicht ein, wenn der Arzt von Anfang an die Möglichkeit zu einer regulären Weiterbildung hatte. Ein Arzt hatte Gelegenheit, die reguläre Weiterbildung für die Anerkennung der Facharztbezeichnung Physikalische und Rehabilitative Medizin zu durchlaufen, wenn er stattdessen - nach Erlangung zweier Facharzt- und zweier Zusatzbezeichnungen - eine Chefarztstelle angetreten hat.

Eine **abweichende Weiterbildung** ist dann **gleichwertig**, wenn sie wesentliche Merkmale der vorgeschriebenen Weiterbildung aufweist und die (zumindest) gleiche Qualifikation vermittelt, welche die WBO verlangt. Das liegt vor, wenn eine über die Berufspraxis hinausgehende, gezielte, systematische, konzeptionell strukturierte und dokumentierte theoretische Unterweisung durch einen nachweislich ausreichend qualifizierten Arzt erfolgt und sich der - weiterzubildende - Arzt dem Weiterbildungsziel ausschließlich und umfassend widmet. Dabei muss der Weiterzubildende auf ein definiertes, an den Richtlinien über den Inhalt der Weiterbildung orientiertes Weiterbildungsziel planvoll und strukturiert hingeleitet werden. Dem müssen sich Anleitender und Weiterzubildender bewusst sein und sich darauf mit einem entsprechenden rechtsgeschäftlichen Willen verständigt haben. Nur eine systematische, strukturierte und hinreichend dokumentierte Weiterbildung ermöglicht eine Einschätzung der vermittelten Kompetenz durch die Beklagte und stellt sicher, dass die erworbenen Kenntnisse und Fähigkeiten den Anforderungen der Weiterbildungsordnung entsprechen und der dort vorgesehenen regulären Weiterbildung gleichwertig sind.

d) Aufhebung der Zusatzbezeichnung Homöopathie in WBO: Keine Befugnis zum Normenkontrollantrag

OVG Schleswig-Holstein, Urteil v. 25.03.2024 - 5 KN 9/21

RID 24-02-89

www.juris.de

VwGO § 47 II 1; GG Art. 12 I

Leitsatz: Die **Weiterbildungsbefugnis** für die Zusatzbezeichnung Homöopathie vermittelt keine **Antragsbefugnis** für einen gegen die Aufhebung der Zusatzbezeichnung gerichteten **Normenkontrollantrag**.

5. Rückforderung der Vergütung für PCR-Testungen

VG Karlsruhe, Beschluss v. 07.02.2024 - 2 K 2565/23

RID 24-02-90

www.juris.de

TestV §§ 7a, 9; VwGO § 80

Leitsatz: 1. Fordert die Kassenärztliche Vereinigung Vergütungen nach § 7a Abs. 5 TestV unter Anordnung der sofortigen Vollziehung vom Leistungsempfänger zurück, ist **Rechtsschutz** über § 80 Abs. 5 Satz 1 Var. 2 VwGO zu suchen. Zahlt die Kassenärztliche Vereinigung Vergütungen nach der TestV hingegen nicht aus, ist Rechtsschutz über § 123 Abs. 1 VwGO zu suchen.

2. Aus dem Wortlaut des § 9 TestV ist ersichtlich, dass keine Trennung zwischen den Bestandteilen der **ärztlichen Laborleistungen** und **sonstigen Laborleistungen** vorgesehen ist. Leistungen, die im Zusammenhang mit der Auswertung von **PCR-Testungen** vorgenommen werden, sind demnach nur abrechenbar, sofern sie unter ärztlicher Aufsicht durchgeführt werden.

3. **Zuständig** für eine Beauftragung i.S.v. § 6 Abs. 1 Nr. 2 TestV ist das örtlich zuständige Gesundheitsamt.

6. BVerwG: Verwaltungsrechtsweg in Streitigkeiten im Zusammenhang mit der Coronavirus-TestV

a) Streitigkeit über Auszahlung von Vergütung

BVerwG, Beschluss v. 21.03.2024 - 3 B 20/23

RID 24-02-91

www.juris.de

VwGO § 40 I 1; SGG § 51 I Nr. 2 u. 5

Für eine **Streitigkeit** gegen die Kassenärztliche Vereinigung über die Auszahlung von Vergütung für im Zeitraum Oktober 2021 bis September 2022 erbrachte Leistungen aufgrund der Verordnung zum Anspruch auf Testung in Bezug auf einen direkten Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 (**Coronavirus-Testverordnung** - TestV) ist der **Verwaltungsrechtsweg** zulässig. Der Verordnung der Verordnungsermächtigung im SGB V kommt keine ausschlaggebende Bedeutung für die Frage zu, ob der Rechtsstreit seine Grundlage im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung hat. Die der KV durch §§ 7 f. TestV übertragenen Aufgaben sind keine Aufgaben der vertragsärztlichen Versorgung im Sinne von § 77 Abs. 1, §§ 72 ff. SGB V (BSG, Beschl. v. 19.06.2023 - B 6 SF 1/23 R - RID 23-03-43). Regelungsgegenstand, Systematik und Zielsetzung der Coronavirus-Testverordnung sprechen dafür, dass das streitige Rechtsverhältnis überwiegend vom **Infektionsschutzrecht** geprägt ist.

Parallelverfahren:

BVerwG, Beschluss v. 21.03.2024 - 3 B 1/24

RID 24-02-92

www.juris.de

b) Rückforderung von Vergütung für Leistungen nach der Coronavirus-Testverordnung

BVerwG, Beschluss v. 21.03.2024 - 3 B 12/23

RID 24-02-93

www.juris.de

VwGO § 40; SGG § 51 I Nr. 2

Leitsatz: Für die Klage eines vom öffentlichen Gesundheitsdienst beauftragten **Betreibers einer Coronavirus-Teststelle** gegen einen **Bescheid der Kassenärztlichen Vereinigung** (hier: Berlin) über die Rückforderung von Vergütung für Leistungen nach der Coronavirus-Testverordnung ist gemäß § 40 Abs. 1 Satz 1 VwGO der Verwaltungsrechtsweg gegeben.

7. BGH: Anwendung der GOÄ auch bei Vertrag mit Krankenhausträger

BGH, Urteil v. 04.04.2024 - III ZR 38/23

RID 24-02-94

www.juris.de

GOÄ § 1 I

Leitsatz: Der in § 1 Abs. 1 der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) beschriebene Anwendungsbereich der GOÄ setzt nicht voraus, dass **Vertragspartner des Patienten** ein Arzt ist, sondern dass die Vergütung für die beruflichen **Leistungen eines Arztes** geltend gemacht wird. Die GOÄ findet deshalb auch dann Anwendung, wenn der Behandlungsvertrag mit einer juristischen Person, zum Beispiel einem Krankenhausträger, abgeschlossen wird und ambulante Leistungen durch Ärzte erbracht werden, die lediglich im Rahmen eines Anstellungs- oder Beamtenverhältnisses in der Erfüllung ihrer eigenen Dienstaufgaben tätig werden und selbst mit dem Patienten keine Vertragsbeziehung eingehen.

II. Arzthaftung

1. Bundesgerichtshof (BGH)

a) Übergehen des Vortrags des Klägers/Reaktion auf einen richtigen ärztlichen Befund

BGH, Beschluss v. 23.01.2024 - VI ZR 213/22

RID 24-02-95

www.juris.de

GG Art. 103 I

Leitsatz: Zur Verletzung des **Anspruchs auf rechtliches Gehör** durch Übergehen von Vortrag des Klägers, wie er auf einen **richtigen ärztlichen Befund reagiert hätte**.

b) Keine Aufteilung der Berufung in teilweise unzulässig und im Übrigen unbegründet

BGH, Beschluss v. 27.03.2024 - VI ZB 50/22

RID 24-02-96

www.juris.de

ZPO § 522

Leitsatz: Zur Unzulässigkeit, die **Berufung** in einem Arzthaftungsprozess infolge einer **Aufteilung in Primär- und Sekundärschäden** als teilweise unzulässig zu verwerfen und im Übrigen als unbegründet zurückzuweisen.

2. Behandlungsfehler

a) Von der Dokumentation abweichender Sachverhalt

LG München II, Beschluss v. 06.12.2023 - 1 O 1722/22 Hei

RID 24-02-97

www.juris.de

BGB § 630h V 2

Leitsatz: 1. Behandler können den **Nachweis einer ordnungsgemäßen Aufklärung** dadurch führen können, dass sie glaubhaft bekunden, wie sie **stets vorgehen** (vgl. BGH, Urteil vom 08. Januar 1985 - VI ZR 15/83, NJW 1985, 1399 und BGH, Urteil vom 28. Januar 2014 - VI ZR 143/13, NJW 2014, 1527).

2. Diese sog. „immer-so-Rechtsprechung“ ist jedoch nicht auf das Behandlungsgeschehen übertragbar. Ein von Behandlerseite (oder auch von Patientenseite) behaupteter, **von der Dokumentation abweichender Sachverhalt** wird im Arzthaftungsprozess vielmehr nur dann zugrunde gelegt, wenn er mit einem für das praktische Leben brauchbaren Grad an Gewissheit feststeht, welcher vernünftigen Zweifeln das Schweigen gebietet.

Der Rechtsstreit endete durch Vergleich. Die Parteien haben den in dem Beschluss enthaltenen Vergleichsvorschlag - nach einer Modifikation noch in Bezug auf Zinsen und vorgerichtliche Kosten - angenommen.

b) Indizwirkung einer ordnungsgemäßen Dokumentation (Behauptete intraoperative Nervenschädigung)

OLG Jena, Urteil v. 24.01.2023 - 7 U 677/18

RID 24-02-98

www.juris.de

BGB §§ 280 I, 630h I, 823 I; ZPO § 286 I

Einer **ordnungsgemäßen Dokumentation** kommt zugunsten der Behandlungsseite **Indizwirkung** zu (OLG Frankfurt, Urt. v. 18.12.2014 - 22 U 57/12 - RID 15-02-271). Dem Patienten bleibt die Möglichkeit, die Unrichtigkeit der Dokumentation geltend zu machen und deren Indizwirkung zu erschüttern, wobei ihn die **Beweislast** für eine unrichtige Dokumentation obliegt (OLG Naumburg, Urt. v. 16.04.2015 - 1 U 119/13 - RID 15-03-209 und OLG Köln, Urt. v. 14.04.2014 - 5 U 117/13 - juris).

c) Hautarzt: Keine Verwendung eines Auflichtmikroskops/Fehlende Dokumentation

OLG Dresden, Urteil v. 26.03.2024 - 4 U 1718/23

RID 24-02-99

www.juris.de

BGB §§ 630a, 630f, 630h

Leitsatz: 1. Der Vorwurf, ein **Hautarzt** habe bei der Untersuchung einer Auffälligkeit kein **Auflichtmikroskop** verwendet und infolgedessen einen **bösartigen Tumor** fehldiagnostiziert, betrifft im Schwerpunkt einen Befunderhebungsfehler.

2. Die aus der **fehlenden Dokumentation** folgende Vermutung, dass eine Behandlungsmaßnahme nicht getroffen wurde, kann im Wege der freien Beweiswürdigung durch eine Anhörung des Arztes entkräftet werden.

d) Hausärztliche Behandlung: Schilderung zahlreicher Symptome

OLG München II, Urteil v. 31.10.2023 - 1 O 5153/21 Hei

RID 24-02-100

www.juris.de

BGB § 630a

Schildert der Patient **zahlreiche Symptome** während der Behandlung, welche sich nicht einem einzigen Organsystem oder konkreten Krankheitsbild zuordnen lassen, ist nach dem Ausschluss lebensbedrohlicher Erkrankungen in derartigen Fällen eine **etappenweise Abklärung der Ursache** für die Beschwerden geboten. Der Bkl. hat eine gründliche Anamnese sowie klinische, laborchemische und sonografische Untersuchungen durchgeführt. Darüber hinaus hat er eine fachspezifische

Abklärung von Symptomen bei HNO-Ärzten, Gastroenterologen und Orthopäden empfohlen. Im gesamten Verlauf hat der Bekl. stets sorgfältig, zeit- und fachgerecht gehandelt.

e) Anamnesefehler eines Anästhesisten: Klärung der Form einer Sichelzellanämie

OLG Düsseldorf, Urteil v. 21.03.2024 - 8 U 166/20

RID 24-02-101

www.juris.de

BGB §§ 249, 280 I, 611; SGX § 116

Ein **Anästhesist** begeht einen **Anamnesefehler**, wenn er vor Durchführung der **ambulanten Operation eines zweijährigen Kindes in Vollnarkose** trotz Angabe chronischer Schmerzen nicht hinreichend klärt, ob der Patient unter der heterozygoten oder der homozygoten Form der ihm mitgeteilten Sichelzellanämie leidet.

f) Kein Anscheinsbeweis für Kausalität zwischen Behandlung und Körperschaden/Zeugenbeweis

OLG Dresden, Beschluss v. 22.04.2024 - 4 U 1984/23

RID 24-02-102

www.juris.de

ZPO §§ 286, 529

Leitsatz: 1. Ein **Anscheinsbeweis** für die **Kausalität** zwischen ärztlicher **Behandlung** und einem in der Folge eingetretenen **Körperschaden** scheidet regelmäßig aus.

2. Dass das erstinstanzliche Gericht den **Angaben eines Zeugen** keinen Glauben schenkt, die in Widerspruch zu den Behandlungsunterlagen stehen, begründet nicht bereits deshalb Zweifel an der Beweiswürdigung, weil nach den Angaben eines gegenbeweislich vernommenen Zeugen auch eine gegenteilige Beweiswürdigung möglich gewesen wäre.

g) Kein Anscheinsbeweis zwischen Dislokation einer Fraktur und unzureichender Bildwandlerkontrolle

OLG Dresden, Beschluss v. 18.04.2024 - 4 U 2001/23

RID 24-02-103

www.juris.de

BGB § 630a; ZPO § 286

Leitsatz: Die intraoperative aufgetretene **Dislokation einer Fraktur** begründet regelmäßig keinen **Anscheinsbeweis**, dass diese infolge **unzureichender Bildwandlerkontrolle** behandlungsfehlerhaft übersehen wurde.

3. Aufklärung

a) Operative und konservative Behandlungsalternative (Wirbelsäule)

OLG Hamm, Urteil v. 02.02.2024 - 26 U 36/23

RID 24-02-104

www.juris.de

BGB §§ 253, 280, 630a, 823

Leitsatz: Kommen für die Behandlung eines Patienten (hier an der Wirbelsäule) sowohl eine **operative** als auch eine **konservative Behandlung** in Betracht, ist eine umfassende **Aufklärung** geboten. Der Patient muss in der Lage sein, einen Abwägungsprozess zwischen der konservativen Behandlung und dem operativen Vorgang vorzunehmen. Dieser Abwägungsprozess ist zu dokumentieren.

b) Unzureichende Risikoaufklärung und Schadensersatzanspruch/ Fachgebiet des Sachverständigen

OLG Dresden, Beschluss v. 05.02.2024 - 4 U 1376/23
BGB § 630a

RID 24-02-105

Leitsatz: 1. Auch bei einer **unzureichenden medizinischen Risikoaufklärung** scheidet ein **Schadensersatzanspruch** aus, wenn nicht feststeht, dass der eingetretene Schaden durch den wegen der unwirksamen Einwilligung rechtswidrigen Eingriff verursacht worden ist.
2. Bei der **Auswahl eines medizinischen Sachverständigen** ist grundsätzlich auf die Sachkunde in dem **Fachgebiet** abzustellen, in das der Eingriff fällt.

c) Aufklärungsbögen mit Individualisierungen und handschriftlichen Eintragungen (Bandscheiben-Op)

LG Bochum, Urteil v. 15.01.2023 - 6 O 113/19
www.juris.de
BGB §§ 253 II, 278, 280 I, 823 I, 831

RID 24-02-106

Psychische Erkrankungen, vor allem Angst- und Affektstörungen sind immer Alarmzeichen (sog. Red Flags) bei der Behandlung von **Rückenschmerzen**. Solche Patienten sollten in der Regel zuerst ausreichend hinsichtlich der Depression behandelt werden. Ist die Diagnose dem behandelnden Neurochirurgen nicht bekannt, kann diese Erkrankung in die Überlegung zum weiteren Vorgehen zur Behandlung der Rückenschmerzen und die Frage der Bejahung einer Indikation zur Operation nicht einbezogen werden.

Eine **Aufklärungspflichtverletzung** liegt nicht vor, wenn in den Aufklärungsbögen maßgebliche Individualisierungen und handschriftliche Eintragungen der wesentlichen Risiken sowie auch ein nochmaliger diesbezüglicher Verweis auf konservative Behandlungsmöglichkeiten enthalten sind. Derartige Individualisierungen und handschriftliche Eintragungen sind ein wesentliches Indiz dafür, dass ein Aufklärungsgespräch stattgefunden hat, in dem über die individualisierten Punkte sowie die handschriftlich vorgenommenen Eintragungen gesprochen worden ist.

d) Aufklärungsbogen vor kosmetischer Behandlung

OLG Dresden, Beschluss v. 04.03.2024 - 4 U 1796/23
www.juris.de
BGB §§ 630a ff.

RID 24-02-107

Leitsatz: 1. Fehlt es vor einer **kosmetischen Behandlung** an einer umfassenden ärztlichen **Aufklärung**, mit der dem Patienten das Für und Wider mit allen Konsequenzen deutlich vor Augen geführt wird, kann der Patient dem Honoraranspruch des Arztes **Schadensersatzansprüche entgegenhalten**, die im Ergebnis zu einer Befreiung von der Vergütungspflicht führen.

2. Ist mit einem **Aufklärungsbogen** einiger Beweis für ein gewissenhaftes Aufklärungsgespräch erbracht, sollte dem Arzt in der Regel geglaubt werden, dass die Aufklärung auch im Einzelfall in der gebotenen Weise geschehen ist (st. Rechtsprechung, zuletzt OLG Dresden v. 10.11.2023 - 4 U 906/23 - RID 24-01-147).

e) Verjährung für Schadensersatzansprüche aus ärztlichen Aufklärungsmängeln

OLG Düsseldorf, Urteil v. 18.01.2024 - 8 U 102/22
www.juris.de
BGB § 199 I

RID 24-02-108

Steht für den Patienten fest, dass der Eingriff im Rahmen der ihm anhaftenden Risiken zu **gesundheitlichen Beeinträchtigungen** geführt hat, beginnt der **Lauf der Verjährungsfrist** für Ansprüche aus Mängeln der Eingriffs- und Risikoaufklärung.

4. Sachverständige

a) Darstellung des medizinischen Standards in gerichtlichem Sachverständigengutachten

OLG Dresden, Beschluss v. 05.02.2024 - 4 U 1279/23

RID 24-02-109

www.juris.de
ZPO § 286

Leitsatz: Allgemeine Ausführungen zu Forschungsansätzen sind in gerichtlichen **Sachverständigengutachten** nicht zwingend geboten. Ein medizinisches Sachverständigengutachten ist erst dann unverwertbar, wenn sich aus fehlenden Verweisen auf Fachliteratur Zweifel an der Sorgfalt des Gutachtens ergeben; im Übrigen kann der medizinische Standard auch durch Verweise auf Leitlinien, Richtlinien oder die geübte Praxis dargestellt werden.

Vorausgehend: OLG Dresden, Beschl. v. 04.01.2024 - 4 U 1279/23 - RID 24-01-149.

b) Besorgnis der Befangenheit

aa) Lücken oder Unzulänglichkeiten in schriftlichem Gutachten/ Bedenken gegen Sachkunde

OLG Dresden, Beschluss v. 23.02.2024 - 4 W 26/24

RID 24-02-110

www.juris.de
ZPO §§ 42, 406

Leitsatz: **Lücken oder Unzulänglichkeiten** in dessen schriftlichen Gutachten oder **Bedenken gegen dessen Sachkunde** können regelmäßig die Unparteilichkeit des Sachverständigen nicht in Frage stellen und rechtfertigen die Besorgnis der Befangenheit nicht.

bb) Frist zur Geltendmachung der Befangenheit/Berufliche Bekanntschaft

OLG Dresden, Beschluss v. 05.02.2024 - 4 W 782/23

RID 24-02-111

www.juris.de
ZPO §§ 42, 406 ff.

Leitsatz: 1. Die auf die **berufliche Zusammenarbeit** des Sachverständigen mit einer Partei gestützte **Besorgnis der Befangenheit** ist grundsätzlich **innerhalb von 2 Wochen** nach Bekanntgabe von dessen Ernennung geltend zu machen. Dass erst dessen Gutachten für die Partei Anlass gibt, sich auch mit der Person des Sachverständigen zu beschäftigen, führt nicht zur Zulässigkeit des Ablehnungsgesuchs.

2. Allein die **berufliche Bekanntschaft** oder **enge fachliche Beziehungen des Sachverständigen** zu einer Partei ohne besonders Näheverhältnis begründen die Besorgnis der Befangenheit nicht (Festhaltung Senat, Beschl. v. 31.08.2021 - 4 W 587/21 - RID 21-04-143).

c) Sachverständigenhaftung aufgrund familienpsychologischen Gutachtens

OLG Hamm, Urteil v. 24.11.2023 - 11 U 112/22

RID 24-02-112

www.juris.de
BGB § 839

Leitsatz: Zu der Fragestellung, unter welchen Voraussetzungen ein in Teilen unrichtiges **familienpsychologisches Sachverständigengutachten** eine **Sachverständigenhaftung** gem. § 839a BGB begründen kann.

d) Auswahl eines Gutachters: Kinderchirurg statt Kinderarzt

OLG Köln, Urteil v. 08.04.2024 - 5 U 26/23

RID 24-02-113

www.juris.de
ZPO § 286

Leitsatz: Der Patient wird durch die **Auswahl eines Gutachters** einer Fachrichtung, die in der streitigen Behandlungssituation strengere Anforderungen an Diagnostik und Therapie stellt als die Fachrichtung des behandelnden Arztes, grundsätzlich nicht beschwert (konkret: Kinderchirurg statt Kinderarzt bei Streit um die Rechtzeitigkeit der kinderärztlichen Reaktion auf eine Blinddarmentzündung).

5. Fehlende Entscheidungsreife: Aufklärung des Sachverhalts (Wirbelsäulenbehandlung)

OLG Naumburg, Urteil v. 16.01.2024 - 1 U 54/22

RID 24-02-114

www.juris.de
BGB §§ 278, 280 I, 630a II; ZPO § 300 I

Dem Gericht unterläuft ein Ermessensfehler, wenn ein **Sachverständiger** aus dem der Beweisfrage nicht entsprechenden **Fachgebiet** gewählt wird. Grundsätzlich ist bei der Auswahl auf die Sachkunde in dem medizinischen Fachgebiet abzustellen, in das die Behandlung fällt (BGH, Urt. v. 18.11.2008 - VI ZR 198/07 - juris Rn. 18 m.w.N.). Orthopäden und Neurochirurgen vertreten unterschiedliche Behandlungsansätze.

Der Sachverständige darf sein Gutachten nach Aktenlage nicht erstatten, ohne dass das Gericht die Arztseite zuvor angehalten hat, sich ggf. im Zuge sekundärer Darlegungslast in geschlossener Weise **zum Behandlungsgeschehen zu äußern**.

Mit dem **Übergehen** eines vom Sachverständigen festgestellten **Behandlungsfehlers** wird der Anspruch des Patienten auf Gewährung rechtlichen Gehörs (Art. 103 Abs. 1 GG) verletzt.

Die weiter vom Kl. für seine Infektion verantwortlich gemachte **Unterschreitung des Hygienestandards** im Hause der Bekl. hat das Landgericht ebenso verfahrensfehlerhaft übergangen und dazu keine Feststellungen getroffen.

Zu welchem Zeitpunkt der ordnungsgemäß aufgeklärte Patient seine Entscheidung über die Erteilung oder Versagung seiner Einwilligung trifft, ist seine Sache. Sieht er sich bereits nach dem **Aufklärungsgespräch** in der Lage, eine wohlüberlegte Entscheidung zu treffen, ist es sein gutes Recht, die Einwilligung sofort zu erteilen. Wünscht er dagegen Bedenkzeit, so kann von ihm erwartet werden, dass er dies gegenüber dem Arzt zum Ausdruck bringt und zunächst von der Einwilligung absieht (BGH NJW 2023, 1435, 1436 f.). Die **Selbstbestimmungsaufklärung** geht jedoch besonders im Falle lediglich relativer Indikation erheblich darüber hinaus. Der Behandelnde ist verpflichtet, den Patienten über sämtliche für die Einwilligung wesentlichen Umstände aufzuklären (§ 630e Abs. 1 BGB). Dies verlangt nach einem ausführlichen Aufklärungsgespräch, in dem bei hohem Misserfolgsrisiko und zweifelhafter Indikation auch über das Misserfolgsrisiko aufzuklären ist (BGH NJW 2015, 477, 478).

6. Keine Anfechtung eines Vergleiches wegen Fehler des Sachverständigen

OLG Hamm, Urteil v. 12.04.2024 - 26 U 2/23

RID 24-02-115

www.juris.de
BGB §§ 119, 123, 779

Leitsatz: 1. Die Richtigkeit der **Angaben eines gerichtlichen Sachverständigen** ist kein von den Parteien als feststehend zu Grunde gelegter **Sachverhalt** gem. § 779 Abs. 1 BGB.

2. Ein **Fehler des Sachverständigen** berechtigt nicht zur Anfechtung des Vergleiches.

Anhang I: BSG - Anhangige Revisionen Vertragsarztrecht

Stand: 10.05.2024. Die Angaben „Aktenzeichen“, „Termin“ und „Rechtsfrage“ sowie über die Vorinstanz (Gericht und Aktenzeichen) beruhen auf der Veröffentlichung des BSG (Anhangige Rechtsfragen des 6. Senats – <http://www.bundessozialgericht.de>).

Sachgebiet	Aktenzeichen:	Rechtsfrage	Vorinstanz	RID
Honorarverteilung				
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?	<i>LSG Hessen</i> , Ur t. v. 22.03.2022 - L 4 KA 6/20 - - L 4 KA 7/20 -	23-03-3 juris
Arzt-/Psychotherapeutenregister				
Zweigpraxis/Genehmigung der KV/Fachkunde/Notdienst/Disziplinarrecht				
Sachlich-rechnerische Berichtigung				
Zeitbezogene Plausibilitätsprüfung: Fremdanamnese	B 6 KA 25/22 R	Zu den Voraussetzungen einer sachlich-rechnerischen Richtigstellung im Quartal 2/2014 aufgrund einer zeitbezogenen Plausibilitätsprüfung (hier: Anforderung an eine Fremdanamnese nach der Gebührenordnungsposition 21216 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs).	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Ur t. v. 26.10.2022 - L 5 KA 3703/21 -	23-01-10
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> , Ur t. 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> , Ur t. 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 übertragender wirtschaftlicher Bedeutung ist? Zur erforderlichen Bedarfsprüfung bei der Ermächtigung einer Ambulanz an einer nach  117 Absatz 3a SGB V.	<i>SG Magdeburg</i> , Ur t. v. 18.01.2023 - S 1 KA 244/21 -	23-03-33
Gesamtvergütung/Integrierte Versorgung/Aufsicht/GBA/KV/ Pädiatrische Spezialambulanz/Hausarztzentrierte Versorgung				
Schiedsspruch: Differenzbetragsregelung des  106b Abs. 2a SGB V	B 6 KA 10/23 R	Findet die Differenzbetragsregelung des  106b Absatz 2a SGB V auch auf Nachforderungen wegen unzulässiger Verordnungen Anwendung? Hier zur Rechtmäßigkeit eines Schiedsspruches des Bundesschiedsamtes nach  89 Absatz 2 SGB V.	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Ur t. v. 26.04.2023 - L 7 KA 19/22 KL - V.	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	<i>SG Mainz</i> , Ur t. v. 07.09.2022 - S 7 KA 36/19 -	23-02-29

		allein innerhalb der hausarztzentrierten Versorgung gegenüber der Krankenkasse, sondern innerhalb der vertragsärztlichen Regelversorgung gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung abgerechnet wurden?		
Hochschulambulanzen/Schiedsstelle: Ausnahme vom Grundsatz der Beitragssatzstabilität	B 6 KA 12/23 R	Zur Rechtmäßigkeit eines Schiedsspruchs der "Schiedsstelle für die Festsetzung der Krankenhauspflegesätze für Rheinland-Pfalz" über die Festsetzung der Vergütung von Hochschulambulanzen für die Jahre 2019 und 2020.	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , Urt. v. 05.10.2023 - L 5 KA 10/22 KL -	24-01-27

Erweiterte Honorarverteilung (EHV) der KV Hessen

Sonstiges/Verfahrensrecht

Anhang II: BSG - Anhängige Revisionen Krankenversicherung

Stand: 10.05.2024. 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				
Lipoproteinapheresetherapie: Votum der Apherese-Kommission	B 1 KR 40/22 R Termin: 16.05.2024	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 NZB
Kryokonservierung nach geschlechtsangleichender Behandlung	B 1 KR 28/23 R	Besteht ein Anspruch auf Kryokonservierung von Samenzellen gemäß § 27a Absatz 4 Satz 1 SGB V zur Ermöglichung einer späteren Kinderwunschbehandlung, wenn die Zeugungsunfähigkeit infolge einer geschlechtsangleichenden Behandlung eintritt?	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urt. v. 11.10.2023 - L 4 KR 291/23 -	
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
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

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 -	
Sesseldreirad „Easy Rider“ für Erwachsenen	B 3 KR 1/24 R	Zur Hilfsmittelversorgung eines erwachsenen Versicherten mit dem Sesseldreirad "Easy Rider"; hier: wesentliche Auswirkungen im Nahbereich unter Berücksichtigung des Wunsch- und Wahlrechts des Menschen mit Behinderungen.	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urt. v. 22.05.2023 - L 4 KR 297/21 -	24-01-65
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 omV B 1 KR 7/23 R Termin: 16.05.2024	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
Keine Genehmigungsfiktion für Krankentransport	B 1 KR 7/24 R	Gilt die Genehmigungsfiktion des § 60 Absatz 1 Satz 5 SGB V auch für Krankentransporte im Sinne des § 60 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 SGB V oder bedarf ein Anspruch auf Kostenübernahme für ärztlich verordnete Krankentransporte in diesem Sinne grundsätzlich einer vorherigen ausdrücklich erteilten Genehmigung durch die Krankenkasse?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 18.01.2024 - L 5 KR 931/21 -	24-02-32

Zuzahlung

Rehabilitationsmaßnahmen

Krankenhauskosten

Vollstationäre/Teilstationäre Behandlung	B 1 KR 31/23 R	Zur Abgrenzung zwischen vollstationärer und teilstationärer Behandlung in Fällen, in denen sich der Versicherte an etwa der Hälfte der Behandlungstage länger außerhalb der Räume des Krankenhauses aufhält.	<i>LSG Hamburg</i> , Urt. v. 15.12.2021 - L 1 KR 55/21 -	24.01-75 NZB
Abgrenzung stationäre/ambulante Entbindung	B 1 KR 5/24 R B 1 KR 6/24 R	Zur Abgrenzung einer stationären von einer ambulanten Entbindung. Sind die Vorschriften über die Vergütung einer stationären Entbindung analog auf eine im Krankenhaus durchgeführte ambulante Entbindung anzuwenden?	<i>LSG Sachsen</i> , Urt. v. 13.12.2023 - L 1 KR 448/20 - - L 1 KR 449/20	24-02-36 24-02-37
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	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urt. v. 18.01.2023 - L 4 KR 308/21 -	23-02-83

		hierüber nicht aufgeklärt wurde (hier: Sichtung und Verschluss eines offenen Foramen ovale (PFO) mittels Direktnaht während eines Herzklappeneingriffs)? Schließt § 8 Satz 3 Prüfverfahrensvereinbarung (PrüfvV) 2014 den Einwand der Aufklärungspflichtverletzung aus, wenn zwar Nebendiagnose und OPS unter dem Gesichtspunkt der Wirtschaftlichkeit Gegenstand des Prüfverfahrens waren, der sich hierauf beziehende Einwand der Aufklärungspflichtverletzung jedoch erst im Klageverfahren benannt wird?		
Nichterfüllung von Qualitätssicherungsrichtlinien und Vergütungsanspruch	B 1 KR 30/23 R	Entfällt der Vergütungsanspruch des Krankenhauses vollständig, wenn bei der Behandlung Mindestanforderungen nach einer Richtlinie des GBA gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V nicht erfüllt sind, die entsprechende Richtlinie aber keine Regelung eines Vergütungsausschlusses enthält (hier: Richtlinie zu minimalinvasiven Herzklappeninterventionen - MHI-RL)?	<i>LSG Sachsen-Anhalt</i> , Urt. v. 12.10.2023 - L 6 KR 75/21 -	24-01-77
Fiktives wirtschaftliches Alternativverhalten	B 1 KR 3/23 R	Gilt der für Krankenhausabrechnungen entwickelte Grundsatz des fiktiven wirtschaftlichen Alternativverhaltens auch für ambulante Behandlungsalternativen?	<i>LSG Schleswig-Holstein</i> , Urt. v. 27.09.2022 - L 10 KR 30/18 -	23-01-79
Frist zur Mitteilung der abschließenden Entscheidung: Materielle Präklusion	B 1 KR 8/24 R	Handelt es sich bei der Regelung des § 8 Satz 3 und 4 der Prüfverfahrensvereinbarung - PrüfV vom 18.7.2014 um eine materiell-rechtliche Ausschlussfrist oder schließt diese Regelung im Sinne einer materiellen Präklusion die Nachholung einer abschließenden Entscheidung einschließlich Begründung nach Ablauf der Frist aus?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 01.02.2024 - L 5 KR 357/22 KH -	24-01-84
Fibrinogen-Mangel keine erworbene Afibrinogenämie	B 1 KR 33/23 R	Setzt die Mitteilung des Erstattungsanspruchs gemäß § 8 Satz 1 Prüfverfahrensvereinbarung 2016 voraus, dass der Erstattungsanspruch von der Krankenkasse konkret beziffert werden muss? Ist die Nebendiagnose D65.0 (Erworbene Afibrinogenämie) bei einem erworbenen Fibrinogenmangel zu kodieren?	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urt. v. 17.05.2022 - L 16 KR 522/21 -	24-01-90
Vergütungsanspruch nach Verlegung	B 1 KR 29/22 R Termin: 16.05.2024	Verliert ein Krankenhaus der Maximalversorgung seinen Vergütungsanspruch ganz oder teilweise durch die Verlegung eines Patienten zur Weiterbehandlung in ein wohnortnahes Krankenhaus einer niedrigeren Versorgungsstufe ohne medizinische Notwendigkeit?	<i>LSG Sachsen</i> , Urt. v. 25.06.2022 - L 1 KR 246/19 -	22-04-110
Verlegungsabschluss: 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?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 16.02.2022 - L 10 KR 208/21 KH -	22-02-100 NZZ
Besondere Einrichtung nach § 17b I 10 KHG	B 1 KR 11/24 R	Ist eine Besondere Einrichtung nach § 17b Absatz 1 Satz 10 KHG für die Abrechnung der erbrachten Leistungen an die Vorgaben des OPS-Katalogs gebunden?	<i>LSG Schleswig-Holstein</i> , Urt. v. 31.01.2023 - L 10 KR 235/20 -	23-03-76 NZZ
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	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urt. v. 15.08.2023 - L 16 KR 346/21 -	23-04-59

		Behandlungsmaßnahmen (Es gibt jeweils eine eigene Abteilung im Hause ...) im OPS 8-981.		
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
Durchführung einer Bronchoskopie	B 1 KR 29/23 R	Ist die Durchführung einer Bronchoskopie unter Verwendung eines mit Metallspiralen verstärkten und damit lumenstarrten Schlauches (Bronchoflex Tubus), durch den ein flexibles Bronchoskop in die Luftröhre geführt wird, nach dem OPS-Kode 1-620.00 (Diagnostische Tracheobronchoskopie mit flexiblem Instrument) oder 1-620.10 (Diagnostische Tracheobronchoskopie mit starrem Instrument) zu kodieren?	LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 23.10.2022 - L 4 KR 35/21 -	24-02-56
Korrektur der Rechnung: Nachreichung von Nebendiagnosen	B 1 KR 12/24 R	Wenn sich das von der Krankenkasse eingeleitete Prüfverfahren einer Krankenhausabrechnung auf die Prüfung der korrekten Kodierung der angegebenen Nebendiagnosen bezieht, ist dann die Abrechnung anderer, erstmals nach Ablauf der 5-Monatsfrist kodierter Nebendiagnosen nach § 7 Absatz 5 PrüfV 2016 präkludiert?	LSG Schleswig-Holstein , Urt. v. 25.04.2023 - L 10 KR 15/21 -	23-03-96 NZZ
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
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?	LSG Berlin-Brandenburg , Urt. v. 22.06.2022 - L 9 KR 186/19 KL	22-04-108 NZZ
GBA: Zentrums-Regelungen	B 1 KR 4/24 R	Verstößt § 1 Absatz 1 Buchstabe b der Anlage 4 der Zentrums-Regelungen, soweit danach ein Rheumatologisches Zentrum neben einer organisatorisch eigenständigen Fachabteilung für Rheumatologie zusätzlich drei Fachabteilungen aus den Bereichen Kardiologie, Nephrologie, Pneumologie, Dermatologie, Neurologie, Orthopädie/Unfallchirurgie, Gastroenterologie oder Augenheilkunde an seinem Standort vorhalten muss, gegen höherrangiges Recht?	LSG Berlin-Brandenburg , Urt. v. 22.11.2023 - L 16 KR 426/20 KL -	24-01-95
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 B 1 KR 26/23 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 - v. 15.06.2023 - L 4 KR 92/23 KL -	23-04-68 23-04-69 23-04-65 23-04-67 23-04-66 24-01-96
Festlegung von pflegesensitiven Bereichen	B 1 KR 3/24 R	Ist die pauschalierte, fachabteilungsbezogene Festlegung von pflegesensitiven Bereichen nach § 3 Absatz 2 Nummer 1 PpUGV in der ab dem 14.11.2020 geltenden	LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 13.12.2023	24-01-94

		Fassung vom 9.11.2020 in Zusammenschau mit § 6 Absatz 1 PpUGV, der ebenfalls die pauschalierte Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen vorsieht, mit höherrangigem Recht (insbesondere § 137i Absatz 1 Satz 3 SGB V) vereinbar?	- L 5 KR 3223/22 -	
Insolventer Krankenhausträger: Gerichtlichen Geltendmachung einer Vergütungsforderung	B 1 KR 1/24 R B 1 KR 2/24 R	Umfasst bei der Eigenverwaltung eines insolventen Krankenhausträgers die Befugnis des Sachwalters zur Anfechtung von Rechtshandlungen gemäß § 280 InsO auch die gerichtliche Geltendmachung einer (unstreitigen) Vergütungsforderung gegen eine Krankenkasse unter Berufung auf die Unzulässigkeit der von dieser hiergegen erklärten Aufrechnung mit einer anderen Forderung gemäß § 96 Absatz 1 Nummer 3 InsO? Handelt es sich bei der gerichtlichen Geltendmachung einer Vergütungsforderung des Krankenhauses unter Berufung auf die Unwirksamkeit der von der Krankenkasse hiergegen erklärten Aufrechnung mit einer anderen Forderung gemäß § 96 Absatz 1 Nummer 3 InsO um einen Rechtsstreit, „der die Insolvenzanfechtung zum Gegenstand hat“ und deshalb nach § 259 Absatz 3 InsO vom Verwalter auch nach Aufhebung des Insolvenzverfahrens fortgeführt werden kann?	LSG Niedersachsen-Bremen , Urt. v. 18.01.2023 - L 4 KR 139/21 - Urt. v. 27.04.2023 - L 16 KR 514/20 -	24-02-62 NZZ 24-02-61 NZZ
Erstattungsanspruch der im Erörterungsverfahren angefallenen Rechtsanwaltskosten	B 1 KR 32/23 R	Hat ein Krankenhaus Anspruch gegen die Krankenkasse auf Erstattung der Rechtsanwaltskosten, die in einem Erörterungsverfahren nach § 17c Absatz 2b KHG entstanden sind?	SG Nürnberg , Urt. v. 13.09.2023 - S 18 KR 8/23 -	24-01-85

Ambulante Versorgung

Weitere Leistungserbringer/Arzneimittelhersteller

Rezepturzuschlag für die Herstellung zytostatikahaltiger parenteraler Lösungen	B 3 KR 21/22 R	Fällt der Rezepturzuschlag für die Herstellung einer "applikationsfertigen Einheit" nach dem Vertrag über die Preisbildung für Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen (sogenannte Hilfstaxe; Fassung vom 1.3.2012 beziehungsweise 1.9.2014) auch dann nur einmal an, wenn die verordnete Gesamtmenge des Zytostatikums an einem Tag in zwei Spritzen aufgeteilt wird?	LSG Thüringen , Urt. v. 10.03.2022 - L 6 KR 1224/18 -	23-01-124 NZZ
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 NZZ
	B 3 KR 9/23 R	Haben Einzelverträge zwischen Krankenkassen und Apotheken zur Versorgung mit parenteralen Zubereitungen aus Fertigarzneimitteln nach § 129 Absatz 5 Satz 3 SGB V (idF bis 12.5.2017 sowie der Übergangsregelung bis 31.8.2017) eine die Leistungserbringung durch andere Apotheken ausschließende Exklusivwirkung?	LSG Sachsen , Urt. v. 13.07.2022 - L 1 KR 209/21 -	23-03-114 NZZ
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
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?	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 09.11.2022 - L 1 KR 438/20 KL ZVW -	23-01-125
Aufnahme in das Hilfsmittelver- zeichnis bei mehreren Funktionen (Motorbewegungsschiene)	B 3 KR 17/23 R	Setzt die Aufnahme eines medizinischen Hilfsmittels im Sinne des § 33 Absatz 1 Satz 1 SGB V in das Hilfsmittelverzeichnis gemäß § 139 SGB V voraus, dass der medizinische Nutzen hinsichtlich sämtlicher auf dem Markt angebotener und beworbener Funktionen nachgewiesen ist, so dass das Hilfsmittel nur insgesamt und nicht bezogen auf einzelne Funktionen eintragungsfähig ist?	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 22.11.2023 - L 16 KR 111/19 -	24-01-101

Integrierte Versorgung

Krankenkassen

GBA

Sonstiges