

Rechtsprechungsinformationsdienst 24-04

REDAKTION	4
EDITORISCHE HINWEISE	4
A. VERTRAGSARZTRECHT	5
I. Honorarverteilung	5
1. Absinken der Auszahlungsquote für einen wesentlichen Leistungsbereich	5
a) Vergleich der Auszahlungsquote der Fachgruppe	5
b) Beobachtungs- und Reaktionspflicht/Vergleich der Auszahlungsquote der Fachgruppe	6
2. Individuelles Leistungsbudget: Änderung der Bewertung einer Leistung	6
3. Geringere Vergütung der neuropsychologischen Therapie	7
4. Anspruch auf Rückzahlung des Honorars bei erschlichener Approbation	7
II. Sachlich-rechnerische Berichtigung	8
1. Fehlende Mitwirkung: Nichtvorlage von Quartalsdokumentationen	9
2. Für sofort vollziehbar erklärter Approbationsentzug	9
III. Genehmigung	10
1. Filialgenehmigung: Anwesenheitspflicht des ärztlichen Leiters eines MVZ	10
IV. Wirtschaftlichkeitsprüfung/Arzneikostenregress/Schadensersatz	10
1. BAG: Keine Prüfung allein der Leistungen eines einzelnen Mitglieds	10
2. Verordnungsfähigkeit des Arzneimittels Prolutex (Progesteron): Erhalt der Schwangerschaft	10
3. Sonstiger Schaden: Unterschriftsstempel für Verordnung von Sprechstundenbedarf	11
4. Zahnärzte	11
a) Fachzahnarzt für Parodontologie und Oralchirurgie: Nr. 04 (PSI) BEMA-Z	11
b) Regress wegen prothetischer Behandlung: Keine Mitteilung des Untersuchungstermins	12
V. Zulassungsrecht	12
1. Zulassung	12
a) Keine Zulassung unter Verzichtsvorbehalt bei zwei hälftigen Versorgungsaufträgen	12
b) Sonderbedarf: Vorübergehende Vakanzen (Strahlentherapeut)	13
2. Nachbesetzung einer Viertelarztstelle	13
3. Ermächtigung	14
a) Keine MVZ-Ermächtigung wegen Vorrangs der persönlichen Ermächtigung von Ärzten	14
b) Drittanfechtung einer radiologischen Ermächtigung	15
4. Zulassungsentziehung: Verstoß gegen Fortbildungsverpflichtung	15
5. Streitwertfestsetzung in Zulassungssachen: Konkurrentenstreitverfahren	15
VI. Gesamtvergütung	16
1. Hausarztzentrierte Versorgung: Falsch- bzw. Doppelabrechnung durch Vertragsarzt	16
VII. Bundessozialgericht (BSG)	16
1. Bescheid des Beschwerdeausschusses nach Vorschlag der Vorsitzenden der Prüfstelle	16
B. KRANKENVERSICHERUNGSRECHT	17
I. Vertrags(zahn)ärztliche Behandlung	17
1. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	17
a) PET/CT (Positronen-Emissions-Tomographie/Computertomographie) bei Prostatakarzinom	17
b) Lipidapherese: Einstweiliger Rechtsschutz/Votum der Apherese-Kommission	18
2. Künstliche Befruchtung: Erfolgreiche Behandlungsversuche	18
3. Keine privatärztliche Behandlung wg. Chronischen Fatigue-Syndroms/Myalgische Enzephalomyelitis	19
4. Zahnärztliche Behandlung	19
a) Keine Wurzelbehandlung an nicht erhaltungswürdigem Zahn	19
b) Aligner/Invisalign-Methode als neue Behandlungsmethode: Benachteiligungsverbot wg. Behinderung	19
c) Erhöhung des Festzuschusses für Zahnersatz: Einmaliges Versäumnis einer Vorsorgeuntersuchung	19

II. Stationäre Behandlung	20
1. Beidseitige Mastektomie bei einem männlichen Versicherten	20
2. Postbariatrische Bruststraffung beidseits	20
III. Kostenerstattung	20
1. Einhaltung des Beschaffungswegs	21
2. Keine Beschränkung der Wahl der Kostenerstattung für einzelnes Hilfsmittel	21
IV. Arzneimittel	22
1. Off-Label-Use: Versorgung mit Rytary zur Behandlung der Parkinson-Erkrankung	22
2. Versorgung mit Medizinal-Cannabisblüten	23
a) Cannabis in Form standardisierter Vollpflanzenextrakte: Spannungsartige Kopfschmerzen	23
b) Fehlen einer begründeten Einschätzung	23
3. Arzneimittel der Homöopathie: Nicht als Therapiestandard angezeigt	23
V. Hilfsmittel	23
1. Neuromodulationsanzug Exopulse Mollii Suit	25
a) Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode	25
b) Neuromodulationsanzug bei Multipler Sklerose zu therapeutischen Zwecken	26
c) Hilfsmittel zur Sicherung des Erfolgs der Krankenbehandlung	26
2. Stationäre Einrichtung: Mobiler Patientenlifter	26
3. Versorgung mit einem „Schülerarbeitsplatz“ zur Teilnahme am Schulunterricht	26
4. Spracherkennungssoftware für Schulunterricht	26
5. Assistenzhund	27
a) Assistenzhund zum Behinderungsausgleich bei Autismus	27
b) Assistenzhund bei posttraumatischer Belastungsstörung: Methodenbewertungsvorbehalt	27
6. Hörgeräteversorgung: 5 % besseres Sprachverstehen als nicht unwesentlicher Gebrauchsvorteil	27
7. Power-Plate-Vibrationsgerät	28
VI. Heilmittel: Langfristige Genehmigung	28
VII. Häusliche Krankenpflege/Rehabilitation/Fahrkosten	28
1. Außerklinische Intensivpflege: Schulbegleitung	28
2. Entwöhnungsbehandlung bei Zurückstellung der Strafvollstreckung nach § 35 BtMG	28
VIII. Beziehungen zu Krankenhäusern	29
1. Vergütungsanspruch/Fälligkeit	31
a) Notwendigkeit stationärer Versorgung	31
aa) Keine frühere Verlegung in Sonderpflegeeinrichtung	31
bb) Unterbringung in psychiatrischem Krankenhaus: Behandlungskonzept	31
cc) Fehlende Dokumentation für Implantation eines Herzschrittmachers	32
dd) Teil- anstatt vollstationäre Behandlung bei multimodaler Schmerztherapie	32
ee) Neuropädiatrische Komplexbehandlung	33
b) Begründung für Überschreiten der gemeldeten voraussichtlichen Verweildauer	33
c) Qualitätsgebot: Implantation eines Antirefluxstimulators EndoStim	33
d) Notfallmäßige Behandlung eines nicht erwerbstätigen und mittellosen EU-Staatsangehörigen	33
e) Rückzahlung der Vergütung bei Behandlung durch Nichtarzt	34
f) Geltendmachung von Ansprüchen durch Aufrechnung (§ 409 SGB V)	34
g) Aufrechnungsverbot des § 109 Abs. 6 S. 1 SGB V	34
2. Schadenersatz: Verlegung wegen Erschöpfung der bestehenden Ressourcen	34
3. Prüfvereinbarung	35
a) Pauschale Unterlagenanforderung und Nachreichung von Beatmungsprotokollen	35
b) Präklusion einer Um- bzw. Nachkodierung/Keine teleologische Reduktion	35
c) Verrechnungsausschluss bei fehlender leistungsrechtlicher Entscheidung	36
4. Fallpauschalen	36
a) Kein spezifischer Kode für eine nach den DKR abzubildende Diagnose	36
b) Intensivmedizinisch versorgte Patienten: Beatmungstunden	36
c) Intensivmedizinische Komplexbehandlung: Intensivstation	36
d) Wirbelkörperersatz und komplexe Rekonstruktion der Wirbelsäule	37
e) Zwei medikamentenfreisetzungsfähige Ballons an Koronargefäßen (OPS 8-83b.b7)	37
f) Behandlung eines Aszites durch Punktion bei bekannter Leberzirrhose	37
5. Mindestmengenregelung	38
a) Erreichen der Mindestmenge im vorausgegangenen Kalenderjahr und Prognose	38
b) Keine Ungleichbehandlung bei Nichtwiderlegung anderer Krankenhäuser	38
c) Widerlegung der Mindestmengenprognose eines Krankenhauses (Streitwert)	38
6. Prüfung von Strukturmerkmalen (§ 275d): Positivbescheinigung des MD	39
7. Durchsetzung und Kontrolle von Qualitätsanforderungen	39

a) Mitteilung über Kontrollergebnis des MD ohne Verwaltungsaktqualität	39
b) Durchsetzung von Qualitätsanforderungen durch Verwaltungsakt	39
8. Aufwandpauschale: Rücksichtnahmepflicht/Unmittelbare Beauftragung des MDK	40
9. Zulässigkeit von Abschlagszahlungen einer Krankenkasse	40
10. Klage gg. Spitzenverband Bund der Krankenkassen wg. quartalsbezogener Prüfquote	40
11. Vergütung von Gutachten zu Fragen zur Kodierung von Krankenhausleistungen	41
a) Vermischung medizinischer Fragen mit Fragen der Kodierung von DRG-Fallpauschalen	41
b) Vermischung medizinischer und rechtlicher Fragen/Schutzwürdiges Vertrauen	41
IX. Beziehungen zu Leistungserbringern	41
1. Apotheken: Missachtung des Substitutionsgebots für rabattierte Arzneimittel	44
2. Absenkung des Herstellerabgabepreises und vorausgehende Preiserhöhung als Inflationsausgleich	44
3. Systematische Beeinträchtigung eines Hilfsmittelerbringers	44
4. Ausschluss eines Heilmittelverbandes von der Bildung der Schiedsstelle	45
5. Ambulante Pflegeleistungen	45
a) Medikamentenverabreichung durch Einrichtung zur Eingliederungshilfe	45
b) Medikamentengabe in Wohngruppe: Pflegeunternehmer und Einrichtung zur Eingliederungshilfe	46
X. Angelegenheiten der Krankenkassen	46
1. Kostenerstattung: Krankenhausbehandlung oder stationäre Rehabilitationsmaßnahme	46
C. ENTSCHEIDUNGEN ANDERER GERICHTE	48
I. Ärztliches Berufsrecht	48
1. Approbation/Berufserlaubnis	48
a) Approbation	48
aa) Kenntnisprüfung: Facharzt für Allgemeinmedizin kein zulässiger Prüfer	48
bb) Wiedererteilung der ärztlichen Approbation nach Widerruf: Facharzt für Anästhesiologie	48
b) Entziehung der Approbation	48
aa) Medizinisch nicht indizierte Stoßwellentherapien	48
bb) Feststellung der Unwürdigkeit zur Berufsausübung: Reichsbürgernahe Auffassungen	49
cc) Wiedererlangung der Würdigkeit bei Zeitdauer von ca. 10 Jahren	49
c) Berufserlaubnis	50
aa) Vorrang der Gleichwertigkeitsprüfung trotz erfolgloser Kenntnisprüfung	50
bb) Verlängerung der Berufserlaubnis: Keine Durchführung der Gleichwertigkeitsprüfung	50
2. Strafrecht	50
a) BVerfG: Darlegungsanforderungen in Klageerzwingungsverfahren wegen sexuellen Missbrauchs	50
b) BGH: Abbruch der kurativen Therapie/Tötung	51
c) Auskunftsanspruch einer Krankenkasse gegenüber Staatsanwaltschaft	52
3. Berufspflichten	52
a) Professorenbezeichnung nur mit Angabe der Fakultäts- und Hochschulzugehörigkeit	52
b) Einsicht in die Akten eines Haftpflichtprozesses durch Landes Zahnärztekammer	52
c) Datenübermittlung aus staatsanwaltschaftlichen Ermittlungsakten an Kammeranwalt	52
d) Amtsenthebung eines ehrenamtlichen Richters am Heilberufegericht	53
4. Heranziehung zum zahnärztlichen Notdienst bei Zweigpraxis in anderem Bezirk	53
5. Weiterbildung: Beginn des Weiterbildungsverhältnisses	53
6. Anspruch auf Überlassung einer ersten Kopie der Behandlungsunterlagen	54
II. Arzthaftung	54
1. Bundesgerichtshof (BGH)	54
a) Bestimmung der Passivlegitimation: Erstversorgung durch Durchgangsarzt	54
b) Gewährung rechtlichen Gehörs: Ergänzende Anhörung des Sachverständigen	54
2. Behandlungsfehler	54
a) Grober Behandlungsfehler und Beweiserleichterung	54
b) Hebamme/Pädiaterin: Nichtbeachtung der Blutgasanalyse/Schmerzensgeld	54
c) Geburt unter Anleitung und Aufsicht des Arztes	55
d) Keine Anhaltspunkte für eine Kniegelenksinfektion nach Knie-TEP-Wechsel	55
e) Durchtrennung des Nervus accessorius	56
f) Suizidgefährdeter Patient: Unbeaufsichtigtes Duschens	56
g) Zahnärztliche Behandlung	56
aa) Ohne Einwilligung vorgenommene Erweiterung der zahnärztlichen Behandlung	56
bb) Notfallpatient: Keine Versorgung mit einer definitiven Prothese	56
3. Aufklärung	56
a) Höhergradige Ausprägung einer Erkrankung (hier: Morbus Dupuytren)	56
b) Aufklärung durch Kooperationspartner eines Krankenhauses	57
4. Sachverständige	57
a) Facharzt für Neurochirurgie für Behandlungsfehler eines Orthopäden	57

- b) Ablehnung eines Sachverständigen: Offenlegung des Näheverhältnisses zu einer Partei _____ 57
5. Zuständiges Gericht für Klage auf Hinterbliebenengeld nach angeblichem Arztfehler _____ 58

ANHANG I: BSG - ANHÄNGIGE REVISIONEN VERTRAGSARZTRECHT _____ 59

ANHANG II: BSG - ANHÄNGIGE REVISIONEN KRANKENVERSICHERUNG _____ 60

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 15.11.2024 eingestellten Entscheidungen.

A. VERTRAGSARZTRECHT

I. Honorarverteilung

Nach BSG, Urt. v. 28.08.2024 - **B 6 KA 8/23 R** - ist ein im Rahmen eines **Jobsharings** zugelassener Arzt in einer BAG bei der Prüfung der Zuschlagsvoraussetzungen der **GOP 04040 EBM** mit zu berücksichtigen. Die Behandlungsfälle der Praxis dürfen nicht durch zwei Ärzte geteilt werden, da die beiden Jobsharing-Ärzte sich **einen Versorgungsauftrag teilen**. Dass es entscheidend auf den Versorgungsauftrag ankommt, folgt aus dem Wortlaut der Anmerkung zu der streitigen GOP.

Nach BSG, Urt. v. 06.03.2024 - **B 6 KA 2/23 R** - durfte die Bekl. den **Investitionskostenabschlag** auf die **gesamte Vergütung der ambulanten Notfalleleistungen** 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 Notfalleleistungen 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 a.F.) 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 Vollaustattung 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. Absinken der Auszahlungsquote für einen wesentlichen Leistungsbereich

a) Vergleich der Auszahlungsquote der Fachgruppe

LSG Hessen, Urteil v. 25.09.2024 - L 4 KA 16/23

RID 24-04-1

www.juris.de
SGB V § 87b I 1

Leitsatz: 1. Die Beurteilung, ob aus dem **Absinken der Auszahlungsquote** für einen wesentlichen Leistungsbereich eine Verpflichtung der KV zur **Korrektur der Honorarverteilung** folgt, kann nur im Rahmen einer **Gesamtbetrachtung** ermittelt werden (Anschluss an BSG, Urt. v. 29.08.2007 - B 6 KA 43/06 R - SozR 4-2500 § 85 Nr. 40, juris).

2. Für den anzustellenden Vergleich ist auf die Auszahlungsquote der Fachgruppe des betroffenen Facharztes mit denen **Auszahlungsquote aller Fachärzte mit RLV** abzustellen, wenn der betroffene Facharzt dem RLV unterliegt.

Die Beteiligten streiten über die quotierte Vergütung des Leistungsbereichs „Praxisklinische Beobachtung und Betreuung“ (GOP 01510, 01511 und 01512 EBM) in den Honorarbescheiden für die Quartale III/17 bis IV/18. Die Kl. ist eine BAG für Innere Medizin mit Schwerpunkt Hämatologie und Onkologie mit zusätzlicher hausärztlicher Zulassung, bestehend aus drei Ärzten. *SG Marburg*, Urt. v. 25.01.2023 - S 17 KA 194/20 - juris verpflichtete die Bekl. zur Neubescheidung, das *LSG* wies die Klage ab.

b) Beobachtungs- und Reaktionspflicht/Vergleich der Auszahlungsquote der Fachgruppe

LSG Hessen, Urteil v. 18.09.2024 - L 4 KA 13/23, L 4 KA 14/23

RID 24-04-2

www.juris.de
SGB V § 87b I 1; GG Art. 3 I, 12 I

Leitsatz: 1. Ob aus dem **Absinken der Auszahlungsquote** für einen wesentlichen Leistungsbereich eine Verpflichtung der KV zur Korrektur der Honorarverteilung im Rahmen der Beobachtungs- und Reaktionspflicht folgt, kann nur im Rahmen einer **Gesamtbetrachtung** ermittelt werden (Anschluss u.a. an BSG, Urt. v. 29.08.2007 - B 6 KA 43/06 R - SozR 4-2500 § 85 Nr. 40, juris).

2. Die Funktion der **Beobachtungs- und Reaktionspflicht** besteht in der Vermeidung von verfassungswidrigen Härtefällen, die zu einer Versorgungsgefährdung führen könnten (vgl. BSG, Urt. v. 20.10.2004 - B 6 KA 30/03 R - BSGE 93, 258 = SozR 4-2500 § 85 Nr. 12, juris Rn. 26-28).

3. Für die Prüfung des Absinkens der Auszahlungsquote ist ein **Vergleich der Auszahlungsquoten** der Leistungen der betroffenen Fachgruppe mit denen aller Fachärzte mit Regelleistungsvolumen hinreichend aussagekräftig.

Die kl. BAG, bestehend aus verschiedenen Fachärzten, streitet über die Quotierung von freien Leistungen in den Quartalen III u. IV/15, konkret hinsichtlich der GOP 01510, 01511 und 01512 EBM. *SG Marburg*, Urt. v. 25.01.2023 - S 17 KA 831/16 u. S 17 KA 881/16 - verpflichtete die Bekl., die Kl. unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden. Das *LSG* wies die Klage ab.

2. Individuelles Leistungsbudget: Änderung der Bewertung einer Leistung

SG Hamburg, Urteil v. 04.10.2023 - S 3 KA 128/20

RID 24-04-3

www.juris.de
SGB V § 87b

Leitsatz: Die sich **ändernde Bewertung einer Leistung** (hier: PRT mit Kortison) stellt keinen die Anpassung des **individuellen Leistungsbudgets** erfordernden außergewöhnlichen Grund nach § 19 Verteilungsmaßstab der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg dar, wenn sie alle Ärzte einer oder mehrerer Fachgruppen gleichermaßen trifft.

Der Kl., ein Facharzt für Neurochirurgie, führt u.a. seit Jahren die periradikuläre Therapie (PRT) - GOP 34502 EBM (bis Quartal II/13), danach GOP 34504 EBM - mit Kortikoiden durch. Im Juni 2013 informierte die KBV nach einer Stellungnahme des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) zum Zulassungsstatus von Kortikoiden zur wirbelsäulennahen Injektion u.a. die Bekl. darüber, dass der Einsatz von Kortikoiden, auch neben einem Lokalanästhetikum, bei wirbelsäulennahen Injektionen einen Off-Label-Use darstelle, der die vom BSG formulierten Voraussetzungen für eine Finanzierung durch die GKV nicht erfülle, weil keine schwerwiegende/lebensbedrohliche Erkrankung vorliege und Therapiealternativen zur Verfügung stünden. Die zukünftig zulasten der Krankenkassen abgerechneten Leistungen seien sachlich-rechnerisch zu berichtigen. Für die Vergangenheit könnten sich Vertragsärzte auf Vertrauensschutz berufen, sodass eine Honorarkürzung für die Vergangenheit nicht rechtssicher sei. Im September 2014 wurde die Zulassung des kortisonhaltigen V. A 40 für die Indikationen der Perineuritis, Periarthritis bei Spondylarthropathie und Radikulopathie erweitert, sodass

von diesem Zeitpunkt an wirbelsäulennahe Injektionen bei Wahl des lateralen Zugangswegs zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung möglich waren. Das BfArM bestätigte, dass die Anwendung von V. nach seiner Zulassungserweiterung nun auch für den Einsatz bei der PRT unter CT-Kontrolle zugelassen sei, nach Auskunft der Bekl. in ihrem KV-Journal auch für die Leistung nach GOP 34504 EBM. Gegen die Honorarabrechnung für das Quartal IV/15 legte der Kl. erfolglos Widerspruch ein mit der Begründung, wegen der zeitweise fehlenden Abrechenbarkeit der PRT mit Kortison im Jahr 2014 sei die Leistung als individuelle Gesundheitsleistung erbracht worden und habe zu einer geringen Anforderung im Bereich des ILB im Aufsatzquartal IV/14 geführt. Das **SG** wies die Klage ab.

3. Geringere Vergütung der neuropsychologischen Therapie

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 18.09.2024 - L 7 KA 28/20

RID 24-04-4

Revision anhängig: B 6 KA 8/24 R

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 87b

Leitsatz: Die im Vergleich zur Vergütung entsprechender psychotherapeutischer Leistungen nach Kapitel 35.2 EBM **geringere Vergütung der neuropsychologischen Therapie** ist im Quartal III/17 im Hinblick darauf gerechtfertigt, dass die entsprechenden psychotherapeutischen Leistungen genehmigungspflichtig sind (vgl. BSG, Urt. v. 13.12.2023 - B 6 KA 1/22 R - SozR 4-2500 § 87 Nr. 40, juris Rn. 33).

Die Beteiligten streiten (noch) über die Höhe der Vergütung der zeitgebundenen neuropsychologischen Leistungen der GOP 30932 EBM (Neuropsychologische Therapie [Einzeltherapie]) im Quartal III/17. Die Kl. nimmt seit Oktober 2013 im Rahmen einer Sonderbedarfszulassung als Psychologische Psychotherapeutin an der vertragspsychotherapeutischen Versorgung teil. Im streitigen Quartal III/17 erbrachte sie u.a. Leistungen der mit 819 Punkten bewerteten GOP 30932 EBM. **SG Berlin**, Urt. v. 29.07.2020 - S 83 KA 158/19 - verpflichtete die Bekl., das Honorar für das Quartal III/17 neu festzusetzen, und wies im Übrigen, hinsichtlich des Quartals I/16, die Klage ab. Das **LSG** wies die Klage insgesamt ab.

Zur **Revisionszulassung** weist das LSG darauf hin, dass zwar die Vergütung der neuropsychologischen Leistungen mit Wirkung zum 01.01.2019 an die der Psychotherapie nach Abschnitt 35.2 EBM angeglichen worden sei. Allerdings handele es sich bei dem vorliegenden Verfahren nach den Angaben der Kl. um ein Musterverfahren des Berufsverbandes der Neuropsychologen, das bundesweit noch für viele anhängige Widersprüche Bedeutung habe. Die streitige Rechtsfrage sei durch BSG, Urt. v. 13.12.2023 - B 6 KA 1/22 R - SozR 4-2500 § 87 Nr. 40 noch nicht ausreichend geklärt worden. Hinsichtlich des streitigen Quartals III/17 liege lediglich ein obiter dictum vor.

4. Anspruch auf Rückzahlung des Honorars bei erschlichener Approbation

SG Berlin, Gerichtsbescheid v. 19.02.2024 - S 143 KR 853/22

RID 24-04-5

www.juris.de

SGB V § 15 I 1

Eine Krankenkasse hat einen **Anspruch auf Rückzahlung des Honorars** nach Abtretung durch die KV, wenn der Behandler die Approbation als Psychotherapeut für Kinder und Jugendliche lediglich **aufgrund gefälschter Unterlagen** erworben hat.

Der Bekl. wurde im November 2018 vom AG Mannheim wegen Urkundenfälschung, Missbrauch von Titeln und Berufsbezeichnungen und Betrug zu einer Freiheitsstrafe verurteilt, deren Vollstreckung zur Bewährung ausgesetzt wurde. Das Gericht ging davon aus, dass sich der Bekl. folgende gefälschte Unterlagen verschafft hatte: Abschlusszeugnis für den Diplomstudiengang Psychologie, Diplom über die Verleihung des Doktorgrades „Ph. D.“, Diplom über den erfolgreichen Abschluss der Fachprüfungen und Erhalt von Urkunde und Titel eines Kinder- und Jugendpsychologen „stationär und im Bereich Mental-Hygiene“. Im Jahr 2013 legte der Bekl. diese Unterlagen beim Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung Rheinland-Pfalz vor. Er beantragte damit die Erteilung einer Approbation als Psychotherapeut für Kinder und Jugendliche. Nach den Feststellungen des Gerichts wusste der Bekl., dass es sich bei diesen Urkunden um Totalfälschungen handelte, die er sich zuvor gegen Entgelt verschafft hatte. Wie von ihm beabsichtigt, wurde ihm im Mai 2014 die beantragte Approbation erteilt im Vertrauen darauf, dass der Bekl. die besagten Abschlüsse und Qualifikationen tatsächlich erlangt habe. Zum Oktober 2015 wurde der Bekl. für einen Vertragsarztsitz als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut zugelassen und in das Arztregister Baden-Württemberg eingetragen. Er eröffnete in M. eine Praxis für Psychosomatik und Psychotherapie, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. In der Folge reichte der Bekl. bei der KV Baden-Württemberg Sammelerklärungen zur Abrechnung der von ihm erbrachten „Behandlungsleistungen“ ein. Daraufhin wurden ihm Honorare in Höhe von insgesamt 111.726 € ausgezahlt. Das **SG** stellte die Forderung der

kl. Krankenkasse in dem Insolvenzverfahren über das Vermögen des Bekl. beim Amtsgericht Charlottenburg - Insolvenzgericht - zum Aktenzeichen 36v IN 4535/21 unter der laufenden Tabellennummer 6 in Höhe von 417,05 € zur Insolvenztabelle fest, ferner dass die zur laufenden Tabellennummer 6 zur Insolvenztabelle in dem Insolvenzverfahren über das Vermögen des Bekl. beim Amtsgericht Charlottenburg - Insolvenzgericht - zum Aktenzeichen 36v IN 4535/21 angemeldete Forderung der Kl. sich aus einer vorsätzlich begangenen unerlaubten Handlung begründet.

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 europäischem 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 **ärztlichen 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 Senatsrspr. 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. Fehlende Mitwirkung: Nichtvorlage von Quartalsdokumentationen

LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 14.10.2024 - L 7 KA 28/24 B ER

RID 24-04-6

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 106d, 295 Ia; SGG § 86b I 1 Nr. 2

Eine KV ist berechtigt, wegen **fehlender Mitwirkung** eines Vertragsarztes - **Nichtvorlage u.a. von Quartalsdokumentationen** für namentlich bezeichnete Patienten - die Gebührenordnungspositionen (hier: 03230, 35100 und 35110 in den Quartalen IV/20 bis III/21) vollständig von der Vergütung auszunehmen und die entsprechende Vergütung zurückzufordern (vgl. zur sachlich-rechnerischen Richtigstellung bei fehlender Mitwirkung bzw. fehlendem Nachweis der Leistungsvoraussetzungen LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 06.09.2017 - L 3 KA 108/14 - juris, RID 17-04-19; LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 22.02.2022 - L 4 KA 77/18 - juris Rn. 37, RID 22-03-9; BSG, Beschl. v. 06.09.2000 - B 6 KA 17/00 B - juris Rn. 8).

SG Potsdam, Beschl. v. 22.05.2024 - S 1 KA 4/24 ER - lehnte den Antrag, die aufschiebende Wirkung des Widerspruchs gegen den Bescheid v. 25.10.2023, mit dem die Ag. die Honorarbescheide der Abrechnungsquartale IV/20 bis III/21 teilweise aufgehoben und Honorar in Höhe von insgesamt 68.531,98 € zurückgefordert hatte, anzuordnen, ab. Das *LSG* wies die Beschwerde zurück.

2. Für sofort vollziehbar erklärter Approbationsentzug

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 18.09.2024 - L 7 KA 7/22

RID 24-04-7

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 106d II 1

Leitsatz: Ein Vertragsarzt, dem die **Approbation sofort vollziehbar widerrufen** wurde, ist ab der Bekanntgabe des Widerrufsbescheides nicht mehr berechtigt, den ärztlichen Beruf auszuüben und daher - unabhängig von der weiterhin bestehenden Zulassung als Vertragsarzt - nicht berechtigt, als Vertragsarzt tätig zu sein und vertragsärztlich erbrachte Leistungen gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung abzurechnen sowie Abschlagszahlungen zu beanspruchen.

Das aus der Anordnung des sofortigen Vollzuges des Widerrufs einer Approbation folgende **präventive Berufsverbot** verliert seine Wirkung nicht bereits durch die **Einleitung eines einstweiligen Rechtsschutzverfahrens**.

Eine zur Vermeidung des Erlasses eines „Hängebeschlusses“ im Verfahren des einstweiligen Rechtsschutzes gegenüber dem Verwaltungsgericht abgegebene **Stillhalteerklärung der Behörde** bewirkt ab ihrer Bekanntgabe die **vorübergehende Hemmung des sofortigen Vollzuges** und damit die erneute Berechtigung des Approbationsinhabers, als Arzt und Vertragsarzt tätig zu sein und die Leistungen abzurechnen.

Die Beteiligten streiten um die Rechtmäßigkeit einer sachlich-rechnerischen Richtigstellung für das Quartal III/19 in Höhe von 61.921,93€ sowie um die Rückforderung geleisteter Abschlagszahlungen für die Quartale II u. III/20 in Höhe von 137.500 €. Der Kl. war seit Februar 2001 als Facharzt für Allgemeinmedizin zugelassen. Gegründet auf den Vorwurf grenzüberschreitenden Verhaltens mit sexuellem Bezug gegenüber Patientinnen widerrief die Approbationsbehörde mit Bescheid v. 16.07.2019, dem Kl. **zugegangen am 19.07.2019**, die Approbation und erklärte den Widerruf der Approbation für sofort vollziehbar. Gegen den Bescheid erhob der Kl. vor dem VG **am 31.07.2019 Klage**. Zugleich beantragte er, die aufschiebende Wirkung der Klage anzuordnen. Auf Anfrage des VG sicherte die Approbationsbehörde mit Schreiben v. 06.08.2019 - beim VG eingegangen am **09.08.2019** - zu, „dass vor einer Entscheidung der Kammer im vorläufigen Rechtsschutzverfahren von einer Vollziehung/Vollstreckung abgesehen wird“. Das VG lehnte mit Beschl. v. 27.03.2020 (VG 17 L 19/20), dem Kläger taggleich zugestellt, den Antrag auf Gewährung vorläufigen Rechtsschutzes ab. Hiergegen erhob der Kl. am 06.04.2020 fristwährend Beschwerde. OVG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 07.08.2020, dem Kläger zugestellt am 12.08.2020, wies die Beschwerde zurück. Der Zulassungsausschuss stellte das Ruhen der Zulassung des Kl. für die Zeit vom 03.09.2020 bis zum 30.06.2021 fest und ordnete die sofortige Vollziehung des Bescheides an. Diese Entscheidung wurde bis zum 30.06.2022 verlängert. Mit Wirkung zum 30.09.2021 verzichtete der Kl. auf seine Zulassung. Der Kläger übte in der Zeit ab dem 19.07.2019 seine Tätigkeit als Vertragsarzt weiter aus und rechnete die von ihm erbrachten ärztlichen Leistungen ab. VG Berlin, Urt. v. 03.05.2022 - VG 17 K 20/20) - wies die Klage gegen den Widerruf der Approbation ab, OVG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 28.12.2023 lehnte den Antrag auf Zulassung der Berufung ab. *SG Berlin*, Urt. v. 23.02.2022 - S 83 KA 105/21 - hob die beiden angefochtenen Bescheide auf. Das *LSG* hob den angefochtenen Bescheid auf, soweit die Bekl. die Vergütung des Kl. für das Quartal III/19 für von ihm erbrachte ärztliche Leistungen in der Zeit vom 09.08.2019 bis zum

30.09.2019 sachlich-rechnerisch richtiggestellt und erstattet verlangt hat, und wies im Übrigen die Klage ab und die weitergehende Berufung der Bekl. zurück.

III. Genehmigung

1. Filialgenehmigung: Anwesenheitspflicht des ärztlichen Leiters eines MVZ

SG München, Urteil v. 11.07.2024 - S 28 KA 95/22

RID 24-04-8

www.juris.de

SGB V §§ 82 I, 95; Ärzte-ZV § 24 III, IV; SGB X § 32 I, II Nr. 4

Leitsatz: Zur Frage der Rechtmäßigkeit einer Auflage zur Genehmigung einer Filiale gemäß § 24 Abs. 3 Ärzte-ZV, wonach die **ärztliche Leitung** des MVZ an mindestens zwei Werktagen **in der Filiale tätig** werden muss.

Die Kl. ist Trägerin eines MVZ. Sie beantragte die Genehmigung zur vertragsärztlichen Tätigkeit in der Filiale am Standort K-Straße (Entfernung zum Vertragsarztsitz ca. 83,35 km bei einer Fahrzeit von ca. 1 Stunde 13 Minuten). Die Bekl. erteilte die Genehmigung u.a. unter der Auflage, dass die ärztliche Leitung des MVZ an mindestens zwei Werktagen ebf. in der Filiale tätig werde und zwar in einem solchen zeitlichen Umfang, dass eine Beurteilung über das Verhalten der Mitarbeiter aus eigener Anschauung möglich sei. Die im Rahmen der Auflage auferlegten Verpflichtungen beruhten auf § 95 Abs. 1 S. 3 1. HS SGB V und BSG, Ur. v. 14.12.2011 - B 6 KA 33/10 R - MedR 2012, 695. Demnach müsse der ärztliche Leiter eines MVZ die Verantwortung für die ärztliche Steuerung der Betriebsabläufe und eine Gesamtverantwortung gegenüber der KV übernehmen. Er habe den ordnungsgemäßen Ablauf der vertragsärztlichen Versorgung im MVZ zu gewährleisten. Die Wahrnehmung von Leitungsfunktionen und die dazu notwendige tatsächliche Einwirkungsmöglichkeit erforderten zunächst ärztliche Präsenz. Der Widerspruch blieb erfolglos. Das **SG** hob die Auflage unter Ziffer II. im Bescheid vom 29.11.2021 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 30.03.2022 auf.

IV. Wirtschaftlichkeitsprüfung/Arzneikostenregress/Schadensersatz

1. BAG: Keine Prüfung allein der Leistungen eines einzelnen Mitglieds

LSG Schleswig-Holstein, Urteil v. 27.08.2024 - L 4 KA 7/22

RID 24-04-9

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 106

Leitsatz: 1. **Sprachbarrieren** in der Behandlungssituation sind keine **Praxisbesonderheit**, die eine überdurchschnittlich häufige Abrechnung der GOP 01435 EBM-Ä (Haus-/Fachärztliche Bereitschaftspauschale) durch den anderen BAG-Partner zu rechtfertigen vermag.

2. Das Abrechnungsverhalten für abgerechnete Einzelleistungen (GOP EBM-Ä) von Mitgliedern einer **BAG** aus Vertragsärzten ist **nicht arztbezogen auf Wirtschaftlichkeit zu prüfen**.

3. Bei einer Wirtschaftlichkeitsprüfung von **Einzelleistungen** (GOP EBM-Ä) ist als **Vergleichsgruppe** eine solche aus allen die geprüfte GOP EBM-Ä abrechnenden BAGen der Fachgruppe zu bilden und diese Ansatzfrequenz der gebildeten Vergleichsgruppe ist ins Verhältnis zu der Ansatzfrequenz der geprüften Praxis einer BAG zu setzen.

4. Wenn ein Vertragsarzt bereits über die unwirtschaftliche Abrechnung einer GOP EBM-Ä **beraten** wurde und später eine unwirtschaftliche Abrechnung einer anderen GOP EBM-Ä festgestellt wird, ist er vor einem Regress nicht erneut zu beraten.

Der kl. Arzt für Allgemeinmedizin betrieb mit einer Ärztin für Allgemeinmedizin eine BAG. Er wandte sich gegen einen Regressbescheid für das Quartal II/15 i.H.v. 356,20 € und für das Quartal III/15 i.H.v. 771,12 € wegen der Absetzung von 52 bzw. 119 Leistungen der GOP 01435 EBM („Haus-/Fachärztliche Bereitschaftspauschale“), die wegen der Überschreitung des doppelten Untergruppenwerts als unwirtschaftlich zu kürzen seien. **SG Kiel**, Ur. v. 30.03.2022 - S 16 KA 45/18 - wies die Klage ab, das **LSG** verurteilte die Bekl., über die Wirtschaftlichkeit der von der BAG des Kl. in den Quartalen II/15 und III/15 abgerechneten GOPen 01435 EBM-Ä unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats neu zu entscheiden.

2. Verordnungsfähigkeit des Arzneimittels Prolutex (Progesteron): Erhalt der Schwangerschaft

SG München, Urteil v. 15.10.2024 - S 28 KA 188/22

RID 24-04-10

Berufung zugelassen

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 27a, 106, 106b

Für die **Verordnungsfähigkeit des Arzneimittels Prolutex** mit dem **Wirkstoff Progesteron**, das im Rahmen eines Behandlungsprogramms zur assistierten Reproduktion bei Frauen angewendet wird, die zusätzliches Progesteron benötigen und Vaginalpräparate nicht anwenden können oder nicht vertragen, kommt es auf die Voraussetzungen des § 27a SGB V (medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft) nicht an. Die Verabreichung des Arzneimittels Prolutex dient nicht der Herbeiführung der Schwangerschaft, sondern dem **Erhalt der durch die künstliche Befruchtung bereits herbeigeführten Schwangerschaft**. Rechtsgrundlage der Verordnungen ist § 24e S. 1 SGB V. Danach hat die Versicherte während der Schwangerschaft und im Zusammenhang mit der Entbindung Anspruch auf Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil-, Hilfsmitteln und digitalen Gesundheitsanwendungen. Hierunter fallen Verordnungen, die wegen sog. Schwangerschaftsbeschwerden erforderlich werden und die noch keinen eigenständigen Krankheitswert haben.

Zwischen den Beteiligten ist die Verordnung des Arzneimittels Prolutex zu Lasten der GKV streitig. Die bekl. Prüfungsstelle setzte gegen das kl. MVZ im Quartal III/20 einen Nachforderungsbetrag i.H.v. 201,92 € fest. Das **SG** hob den angefochtenen Bescheid v. 30.03.2022 auf und verpflichtete die Bekl., den Regressantrag der Beigel. zu 2. abzuweisen.

3. Sonstiger Schaden: Unterschriftsstempel für Verordnung von Sprechstundenbedarf

SG Marburg, Urteil v. 03.07.2024 - S 17 KA 88/23

RID 24-04-11

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 72 II, 82 I, 106 b; BMV-Ä §§ 35 II 2, 48

Leitsatz: 1. § 48 BMV-Ä genügt als Rechtsgrundlage dem **Vorbehalt des Gesetzes**.

2. Die Ersetzung der persönlichen Unterschrift des Arztes auf einem Rezept durch einen **Unterschriftsstempel** begründet eine Pflichtverletzung und einen sonstigen Schaden.

3. Für Verhältnismäßigkeitserwägungen ist beim verschuldensunabhängigen **sonstigen Schaden** kein Raum.

4. Die **Differenzkostenberechnung** entsprechend § 106b Abs. 2a S. 1 SGB V ist auf den sonstigen Schaden nicht anwendbar.

Der Kl. war vom Januar 2012 bis Juni 2018 als Facharzt für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Kardiologie in einer Einzelpraxis zugelassen. Die Beigel. zu 2) beantragte als sprechstundenbedarfsverwaltende Stelle die Feststellung eines sonstigen Schadens wegen Verletzung der persönlichen Unterschriftspflicht in den Quartalen I/15 bis II/18. Die Prüfungsstelle setzte im September 2020 n einen Regress in Höhe von insgesamt 491.163,98 € netto fest. Der Widerspruch blieb erfolglos. Das **SG** wies die Klage ab.

4. Zahnärzte

a) Fachzahnarzt für Parodontologie und Oralchirurgie: Nr. 04 (PSI) BEMA-Z

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 10.04.2024 - L 11 KA 36/20

RID 24-04-12

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 106, 87 II, IIIh

Die **Prüfung der Wirtschaftlichkeit nach Durchschnittswerten** kann in einer Prüfvereinbarung als methodischer Regelfall vorgesehen werden.

Ein **Fachzahnarzt für Parodontologie und Oralchirurgie** kann bzgl. der **Nr. 04 (PSI) BEMA-Z** (Erhebung Parodontaler Screening-Index) mit der **Gruppe der abrechnenden MKG-Chirurgen** verglichen werden.

Der Kl. ist Fachzahnarzt für Parodontologie und für Oralchirurgie. Die Prüfungsstelle kürzte im Juli 2018 für die Quartale I/15 bis IV/16 das Honorar des Kl. um 9.603,06 € bzgl. der Nr. 04 BEMA-Z. Der Bekl. reduzierte im Januar 2019 auf die Beschwerde des Kl. und der Krankenkassen die Kürzung auf 7.084,35 €. **SG Münster**, Urt. v. 14.09.2020 - S 5 KA 2458/19 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

b) Regress wegen prothetischer Behandlung: Keine Mitteilung des Untersuchungstermins

SG Marburg, Urteil v. 18.09.2024 - S 12 KA 75/23

RID 24-04-13

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 87 I c 6; BMV-Z § 4; BMV-Z Anl. 6

Leitsatz: Bei Fehlern im Gutachterverfahren gemäß § 4 BMV-Z i.V.m. Anlage 6 (hier: **Unterlassene Mitteilung des Untersuchungstermins**) kommt die **Festsetzung eines Regresses** nur dann in Betracht, wenn die Fehlerhaftigkeit der Behandlung auch unabhängig von den Feststellungen des Gutachters objektiv durch eigene Anschauung der Kammer nachvollzogen werden kann (Fortführung von SG Marburg, Urt. v. 19.01.2011 - S 12 KA 318/10 - RID 11-01-36).

Die Kl. ist eine zahnärztliche BAG bestehend aus zwei Zahnärzten. Die Ersatzkasse stellte im August 2022 einen Antrag auf Rückforderung des Kassenanteils für eine prothetische Behandlung in Höhe von 2.154,08 € und verwies auf das Ergebnis des Gutachterverfahrens. Die Bekl. gab dem Antrag statt. Die Kl. hat hiergegen Widerspruch eingelegt. Die Bekl. wies den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid zurück. Das **SG** hob den angefochtenen Bescheid auf.

V. Zulassungsrecht

1. Zulassung

a) Keine Zulassung unter Verzichtsvorbehalt bei zwei hälftigen Versorgungsaufträgen

LSG Bayern, Beschluss v. 21.10.2024 - L 12 KA 16/23

RID 24-04-14

www.juris.de

SGB V § 95; Ärzte-ZV § 20

In zahlreichen Entscheidungen hat das BSG dargelegt, dass einem Arzt **nicht mehr als eine Zulassung mit vollem Versorgungsauftrag** zugeordnet werden kann. Dies folgt nach BSG, Beschl. v. 12.02.2020 - B 6 KA 25/19 B - juris, RID 20-02-45 allerdings nicht aus § 20 Abs. 1 Ärzte-ZV, der die Frage der Vereinbarkeit mit anderen Tätigkeiten des Arztes zum Gegenstand hat, sondern bereits aus dem Wesen der vertragsärztlichen Zulassung.

Eine **Ungleichbehandlung** mit der Zulässigkeit einer Nebentätigkeit außerhalb des Vertragsarztsystems liegt nicht vor. Der Vertragsarzt kann seine vertragsärztliche Tätigkeit innerhalb des Vertragsarztsystems im Rahmen eines vollen Versorgungsauftrags ausweiten. Dies gilt auch in Konstellationen, in denen der Vertragsarzt auch außerhalb seines Vertragsarztsitzes tätig werden will. Hierfür stehen im geltenden System ausreichend Möglichkeiten zur Verfügung, etwa in Form ausgelagerter Praxisräume (§ 24 Abs. 5 Ärzte-ZV), Zweigpraxen (§ 24 Abs. 3 Ärzte-ZV) oder durch Verzicht auf die Hälfte der Zulassung am Hauptsitz und hälftige Zulassung am weiteren Vertragsarztsitz.

Geht es darum, zusätzlich zu zwei Teilzulassungen mit jeweils hälftigem Versorgungsauftrag (insgesamt voller Versorgungsvertrag) eine weitere vertragsärztliche Zulassung mit einem hälftigen Versorgungsvertrag zu erlangen, so kommt eine Zulassung unter einer **Bedingung** gem. § 20 Abs. 3 Ärzte-ZV nicht in Betracht.

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

15 Wochenstunden nicht ausüben könne. *SG München*, Urt. v. 15.03.2023 - S 38 KA 12/21 - RID 23-02-26 wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

b) Sonderbedarf: Vorübergehende Vakanzen (Strahlentherapeut)

SG Nürnberg, Urteil v. 01.08.2024 - S 13 KA 5/22

RID 24-04-15

www.juris.de

SGB V §§ 95 II, 101 I 1 Nr. 3; BedarfspIRL §§ 36, 37

Das BSG geht für die **spezialisierte fachärztliche Versorgung** davon aus, dass bei Fahrzeiten von rund 45 Minuten grundsätzlich an der **Zumutbarkeit der Erreichbarkeit** nicht zu zweifeln ist. Das schließt jedoch laut BSG nicht aus, dass die Zulassungsgremien in Ausübung ihres Beurteilungsspielraums im Einzelfall - etwa unter Berücksichtigung der lokalen Gegebenheiten in besonders dünn besiedelten ländlichen Gebieten - zu dem Ergebnis kommen, dass auch längere Wegzeiten zumutbar sind, soweit sie dies näher begründen. Die Grenze von 60 Minuten darf dabei aber regelmäßig nicht überschritten werden. Dabei kommt es grundsätzlich bei der Beurteilung der zumutbaren Erreichbarkeit anderer Praxen im ländlichen Raum auf Entfernungen mit dem PKW und damit auf die Zeit an, die man mit dem PKW benötigt (vgl. BSG, Urt. v. 17.03.2021 - B 6 KA 2/20 R - SozR 4-2500 § 101 Nr. 21).

Für die Frage eines Sonderbedarfs ist auf die **tatsächliche Versorgungslage** abzustellen. **Vorübergehende Unregelmäßigkeiten bzw. Vakanzen** aufgrund personeller Wechsel an einzelnen Standorten können jedoch nicht zu einer langfristig in die Zukunft gerichteten Sonderbedarfszulassung führen; dies würde ein planvoll in die Zukunft gerichtete Bedarfsplanung verzerren bzw. unmöglich machen. Wenn ein „regulärer“ Arztsitz (vorübergehend) nicht besetzt werden kann, kann dies nicht zu einer neuen Stelle wegen lokalen Sonderbedarfs führen.

Eine **unvollständige Sachverhaltsaufklärung** der Zulassungsgremien stellt einen Verfahrensfehler dar, der grundsätzlich zur Aufhebung des streitbefangenen Beschlusses und zur Verpflichtung führt, die Angelegenheit neu zu entscheiden. Dies kann sich aber dann erübrigen, wenn i.S.v. § 42 S. 1 SGB X offensichtlich ist, dass die unzureichenden Sachverhaltsermittlungen des Berufungsausschusses dessen Entscheidung in der Sache nicht beeinflusst haben (BSG, Urt. v. 05.11.2008 - B 6 KA 10/08 R - MedR 2009, 560).

Im Streit stand eine Anstellungsgenehmigung im Sonderbedarf für einen Facharzt für Strahlentherapie. Das *SG* wies die Klage ab.

2. Nachbesetzung einer Viertelarztstelle

SG Nürnberg, Urteil v. 01.08.2024 - S 13 KA 1/23

RID 24-04-16

Berufung anhängig: L 12 KA 36/24

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 95 II, IXb, 103 IV, IVa

Bei **nachzubesetzenden Viertelstellen** darf der **zeitliche Zusammenhang** zwischen dem Ausscheiden des Arztes und der Nachbesetzung der Stelle nicht maximal sechs Monate bzw. in besonderen Fällen ein Jahr betragen, sondern grundsätzlich **ein Jahr** und kann darüber hinaus sogar **verlängert** werden, wenn zwei Voraussetzungen erfüllt sind: 1. Das MVZ unternimmt ernsthafte und aussichtsreiche Bemühungen zur Nachbesetzung und 2. das MVZ belegt - vor Ablauf eines Jahres ab Freiwerden der Viertelstelle - warum trotz bislang erfolgloser Nachbesetzungsbemühungen zeitnah noch mit einer Nachbesetzung im Beschäftigungsumfang von einem Viertel gerechnet werden kann (vgl. BSG, Urt. v. 04.05.2016 - B 6 KA 28/15 R - SozR 4-2500 § 103 Nr. 21). Es reicht nicht aus, irgendwelche Ärzte oder sonstige Mitarbeiter für irgendwelche MVZ zu suchen. Es muss das **ernsthafte Bemühen** um die Nachbesetzung genau einer **konkreten Stelle belegt** werden.

Das **Herantreten an den Zulassungsausschuss** mit Beleg dafür, dass trotz der bereits verstrichenen Zeit zeitnah noch mit einer Nachbesetzung zu rechnen ist, hat innerhalb des vom BSG vorgegebenen einjährigen zeitlichen Zusammenhangs zwischen Ausscheiden des Arztes und Nachbesetzung der Viertelstelle zu erfolgen. Würde man als Beleg für eine noch zeitnahe Erfolgsaussicht der Nachbesetzungsbemühungen (Voraussetzung 2.) quasi rückwirkend auch ausreichen lassen, dass nach Ablauf eines Jahres ein Nachfolger für die Viertelstelle (doch noch irgendwann) gefunden wird, so wäre

diese zweite vom BSG gesetzte Voraussetzung für eine Verlängerung des Nachbesetzungskorridors über ein Jahr hinaus praktisch obsolet und die Viertelstellen könnten, sofern Nachbesetzungsbemühungen nachgewiesen werden (Voraussetzung 1.), damit praktisch beliebig lange „offen“ gehalten werden.

Die Beteiligten streiten um die Nachbesetzung einer Viertelarztstelle. Im kl. MVZ war bis Ende 2020 Frau A als hausärztlich tätige Internisten im Umfang von zehn Wochenstunden (Bedarfsplanungsanrechnungsfaktor 0,25) beschäftigt. Im Januar 2022 beantragte die Kl. erfolglos die Nachbesetzung durch Dr. B, der bereits bisher als Gastroenterologe beschäftigt wurde und für eine weitere hausärztlich-internistische Tätigkeit zur Verfügung stehe. Das SG wies die Klage ab.

3. Ermächtigung

a) Keine MVZ-Ermächtigung wegen Vorrangs der persönlichen Ermächtigung von Ärzten

SG Nürnberg, Urteil v. 01.08.2024 - S 13 KA 7/23

RID 24-04-17

www.juris.de

SGB V § 98 II Nr. 11; Ärzte-ZV § 31 II; BMV-Ä § 5 I

Das Gericht lässt es offen, ob der Antrag auf Ermächtigung eines MVZ schon deshalb scheitern muss, weil es rechtlich nicht möglich ist, ein **MVZ zu ermächtigen** (so der Bekl.) oder ob es sich auch bei einem MVZ um eine ärztlich geleitete Einrichtung i.S.d. § 5 BMV-Ä handelt (vgl. den Wortlaut des § 95 Abs. 1 S. 2 SGB V; so SG Köln, Urt. v. 23.11.2020 - S 40 KA 8/19 - RID 21-04-23).

Ebenso wenig bedarf es einer Entscheidung, ob eine **Institutsermächtigung** nach § 5 Abs. 1 BMV-Ä bereits daran scheitert, dass die **Zulassung als Vertragsarzt bzw. eines MVZ** zur vertragsärztlichen Versorgung einerseits und die Ermächtigung nicht zugelassener Ärzte bzw. ärztlich geleiteter Einrichtungen andererseits sich - grundsätzlich - gegenseitig ausschließen. Das BSG führt insoweit aus, dass die beiden Formen der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung in Bezug auf denselben Arzt oder eine von ihm geleitete Gesundheitseinrichtung nicht nebeneinander bestehen können, „jedenfalls soweit sie das gleiche Tätigkeitsfeld betreffen“ (BSG, Urt. v. 30.11.1994 - 6 RKa 32/93 - SozR 3-2500 § 119 Nr. 1). Das wäre vorliegend aber nicht der Fall. Die Kl. begehrt für ihr radiologisches MVZ eine zusätzliche Ermächtigung im Bereich der Strahlentherapie.

Nach der BSG-Rspr. ist davon auszugehen, dass der **persönlichen Ermächtigung von Ärzten** grundsätzlich der **Vorrang** vor der Ermächtigung einer „Institution“, also einer ärztlich geleiteten Einrichtung, gebührt (st. Rspr., z.B. BSG; Urt. v. 25.01.2017 - B 6 KA 11/16 R - BSGE 122, 264 = SozR 4-5540 § 5 Nr. 2 m.w.N.). Dies ergibt sich auch aus dem Wortlaut des § 5 Abs. 1 BMV-Ä, wonach ärztlich geleitete Einrichtungen - anders als Ärzte - nur „in Ausnahmefällen“ zur Durchführung bestimmter Leistungen ermächtigt werden können (vgl. auch § 31 Abs. 1 ZV-Ärzte: „oder in besonderen Fällen Einrichtungen“). Strahlentherapeutische Behandlungen können auch im Rahmen einer persönlichen Ermächtigung erbracht werden, weshalb ein MVZ nicht aufgrund der Anstellung eines Strahlentherapeuten ermächtigt werden kann.

Im Streit stand die Ermächtigung des kl. und seit Juli 2020 zugelassenen MVZ zur Teilnahme an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung im Rahmen einer Institutsermächtigung gem. § 31 Abs. 2 Ärzte-ZV i.V.m. § 5 Abs. 1 BMV-Ä, um Röntgenschmerzbestrahlungen bei verschiedenen (näher genannten) schmerzhaften Erkrankungen durchführen zu können. Diese hatte bis zu seinem Ausscheiden aus dem MVZ ein Facharzt für Radiologie im Rahmen des geltenden Bestandsschutzes seines Weiterbildungsumfanges erbracht. Der Antrag auf Sonderbedarfszulassung für die Anstellung eines Strahlentherapeuten war erfolglos geblieben (SG Nürnberg, Urt. v. 01.08.2024 - S 13 KA 5/22 - RID 24-04). Das SG wies die Klage ab.

b) Drittanfechtung einer radiologischen Ermächtigung

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 17.05.2023 - L 5 KA 743/20

RID 24-04-18

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 116

Die Auffassung der Vorinstanz, wonach **kein Konkurrenzverhältnis** vorliegt, wenn der Vertragsarzt die entsprechenden Leistungen, zu denen eine Ermächtigung erteilt wurde, selbst nicht anbietet, ist nicht zu beanstanden. Dies gilt auch hinsichtlich der **Einschränkung der Ermächtigung** auf solche (dringlichen) Leistungen, die noch am Tage der Überweisung durch ein bestimmtes Klinikum durchgeführt werden. Damit wird bezweckt, die Ermächtigung zuvörderst auf die Behandlung schwerkranker Patienten zu begrenzen, bei denen eine sofortige und ortsnahe Versorgung notwendig ist.

Streitig ist die Drittanfechtung einer dem Beigel. zu 7), seit 2001 als Arzt für Radiologische Diagnostik ermächtigt, erteilten Folgeermächtigung für die Jahre 2016/17 im Wege der Fortsetzungsfeststellungsklage eines zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Facharztes für Radiologie. *SG Stuttgart*, UrT. v. 07.01.2020 - S 4 KA 6549/17 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

4. Zulassungsentziehung: Verstoß gegen Fortbildungsverpflichtung

SG Hamburg, Urteil v. 17.07.2024 - S 3 KA 84/22

RID 24-04-19

www.juris.de
SGB V § 95d

Leitsatz: Die **Entziehung der Zulassung** ist bei einem Verstoß gegen die **Fortbildungsverpflichtung** für zwei aufeinanderfolgende Zeiträume **nicht unverhältnismäßig**.

Der Kl. nimmt seit dem 01.10.2005 als Facharzt für Allgemeinmedizin an der ärztlichen Versorgung teil. Er übt seine Tätigkeit seit dem 02.01.2014 mit einem Facharzt für Allgemeinmedizin in Form einer BAG aus. Der Kl. hatte im Fortbildungszeitraum vom 01.10.2009 bis zum 30.09.2014 den Nachweis über die bestehende Fortbildungsverpflichtung nicht erbracht (Stand 30.09.2014: 220 Punkte), dies aber innerhalb der Nachholfrist bis zum 02.06.2015 erreicht, sodass die Honorarkürzung mit Ablauf des Quartals II/15 endete. Von Juli 2012 bis September 2013 war er mit einer kurzen Unterbrechung erkrankt. Im darauffolgenden Fortbildungszeitraum vom 01.10.2014 bis zum 30.09.2019 erreichte der Kl. 118 von 250 notwendigen Fortbildungspunkten. Ab dem Quartal IV/19 erfolgten Honorarkürzungen. Die KV informierte den Kl. wiederholt über die Nachholfrist von zwei Jahren und erneut über den drohenden Antrag auf Zulassungsentziehung für den Fall, dass er die Nachholfrist nicht einhalte, sowie über verlängerte Nachholfristen, die wegen der Corona-Pandemie zuletzt bis zum 30.06.2022 eingeräumt worden waren. Bis zum 30.06.2022 erreichte der Kläger 223 Fortbildungspunkte. Am 03.08.2022 erreichte der Kläger 255 Punkte. Der Zulassungsausschuss entzog dem Kl. in seiner Sitzung am 03.08.2022 die Zulassung. Der Bekl. beschloss in seiner Sitzung am 28.09.2022, dem Kl. die Zulassung zum 30.09.2022 zu entziehen. Das *SG* wies die Klage ab.

5. Streitwertfestsetzung in Zulassungssachen: Konkurrentenstreitverfahren

LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 06.09.2024 - L 7 KA 25/24 RG

RID 24-04-20

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGG § 197a I 1; GKG §§ 47 I, 52 I, 63 II u. III

„Beschwerde und Widerspruch“ gegen einen nach § 68 Abs. 1 S. 5 GKG i.V.m. § 66 Abs. 3 S. 3 GKG unanfechtbaren Streitwertbeschluss sind als **Gegenvorstellung** auszulegen (vgl. dazu BSG, Beschl. v. 28.06.2022 - B 5 R 37/22 BH - juris, Rn. 4; LSG Rheinland-Pfalz, Beschl. v. 17.04.2014 - L 7 KA 6/14 B - RID 14-02-94).

Maßgeblich für die **Streitwertfestsetzung in Zulassungssachen** ist die Höhe des Überschusses für einen Dreijahreszeitraum (vgl. BSG, Beschl. v. 09.07.2020 - B 6 KA 3/20 B - juris Rn. 10; BSG, Beschl. v. 30.03.2022 - B 6 KA 24/21 B - juris Rn. 19). Es kann in der Regel pauschalierend auf die Werte abgestellt werden, die im Gesamtbundesdurchschnitt für die Arztgruppe ausgewiesen sind, welcher der betreffende Arzt angehört (vgl. BSG, Beschl. v. 12.10.2005 - B 6 KA 47/04 B - juris), und zwar auf die von der KBV vierteljährlich im Internet veröffentlichten Daten zur Entwicklung des Honorarumsatzes und des Überschusses aus vertragsärztlicher Tätigkeit (vgl. LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 10.04.2019 - L 11 KA 89/16 - juris Rn. 2, RID 19-02-47). Vom Zeitpunkt her sind aus

Vereinfachungsgründen gemäß § 40 GKG die Verhältnisse zu Grunde zu legen, die bei Einleitung des jeweiligen Rechtszuges vorliegen (vgl. BSG, Beschl. v. 25.09.2005 - B 6 KA 69/04 B - juris).

Im Hinblick auf die gebotene pauschalierende Bestimmung von Streitwerten ist eine **Reduzierung** insb. nicht unter dem Gesichtspunkt veranlasst, dass eine neue Praxis in ihrer Anlaufphase möglicherweise geringere Umsätze erreicht (vgl. BSG, Beschl. v. 12.10.2005 - B 6 KA 47/04 B - juris Rn. 5).

Eine Reduzierung des Streitwerts hat auch nicht im Hinblick darauf, dass in **Konkurrentenstreitverfahren** regelmäßig nicht unmittelbar eine Zulassung, sondern nur eine neue Auswahlentscheidung durchgesetzt werden kann, zu erfolgen (vgl. LSG Hamburg, Beschl. v. 20.03.2015 - L 5 KA 54/14 B - RID 15-02-81), wenn das Rechtsschutzbegehren im Hauptantrag darauf gerichtet ist, aufgrund eines geltend gemachten Zulassungsanspruchs eine Zulassung zu erhalten.

Das LSG setzte mit Beschl. v. 24.04.2024 zu LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 24.04.2024 - L 7 KA 4/22 - RID 24-03-17 den Streitwert auf 420.984 € fest. Der K. legte im Mai 2024 „Beschwerde und Widerspruch“ gegen den Streitwertbeschluss ein und machte eine Herabsetzung des Streitwerts auf 180.000 € geltend. Das **LSG** setzte nunmehr den Wert des Streitgegenstandes für das erstinstanzliche Verfahren auf 405.288 € und für das Berufungsverfahren auf 398.244 € fest.

VI. Gesamtvergütung

Nach BSG, Urt. v. 28.08.2024 - B 6 KA 1/23 R - besteht ein Anspruch der kl. KV gegenüber der bekl. Krankenkasse auf Vergütung für erbrachte Leistungen zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung in Fällen, in denen der an der hausarztzentrierten Versorgung (HzV) teilnehmende Versicherte einen **nicht an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Vertragsarzt in Anspruch nimmt, nicht aber** in den - hier geltend gemachten - **Fällen, in denen der vom Versicherten gewählte HzV-Arzt seine Leistungen zu Unrecht (auch) gegenüber der Kl. abrechnet**. Das folgt aus dem Wortlaut der hier einschlägigen **Vorgaben des Bewertungsausschusses** und der - damit übereinstimmenden - Regelungen des Bereinigungsvertrags, den die Beteiligten des vorliegenden Verfahrens geschlossen haben.

1. Hausarztzentrierte Versorgung: Falsch- bzw. Doppelabrechnung durch Vertragsarzt

SG für das Saarland, Urteil v. 05.07.2023 - S 2 KA 31/17

RID 24-04-21

www.juris.de

SGB V §§ 73b, 87a

Die KV Saarland kann keine Ansprüche aus § 13 des Vertrags zur Ermittlung des zu bereinigenden Behandlungsbedarfs (**Bereinigungsvertrag**) von der Krankenkasse geltend machen, wenn nicht oder nicht so am HzV-System teilnehmende (Fach)Ärzte kollektivvertraglich EBM-Ziffern abgerechnet haben, welche auch im HzV-Abrechnungsziffernkranz gemäß Anlage 2 zum Bereinigungsvertrag Berücksichtigung gefunden haben. Denn für solche Leistungen wurde keine Bereinigung durchgeführt. Die KV Saarland kann auch keinen Erstattungsanspruch in Fällen geltend machen, in denen eine HzV-Praxis Leistungen für HzV-Versicherte **zusätzlich** zum Erhalt der HzV-Vergütung **im vertragsarztrechtlichen Kollektivsystem abgerechnet** hat.

Die Parteien streiten darum, ob der kl. KV Zahlungen wegen sog. nichtvertragskonformer Inanspruchnahmen („NVI“) betreffend die Quartale II/15 bis I/17 zustehen. Das **SG** wies die Klage ab.

BSG, Urt. v. 28.08.2024 - B 6 KA 1/23 R - hat zwischenzeitlich entschieden, dass ein Anspruch der kl. KV gegenüber der bekl. Krankenkasse auf Vergütung für erbrachte Leistungen zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung in Fällen besteht, in denen der an der hausarztzentrierten Versorgung (HzV) teilnehmende Versicherte einen **nicht an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Vertragsarzt in Anspruch nimmt, nicht aber** in den - hier geltend gemachten - **Fällen, in denen der vom Versicherten gewählte HzV-Arzt seine Leistungen zu Unrecht (auch) gegenüber der Kl. abrechnet**. Das folgt aus dem Wortlaut der hier einschlägigen **Vorgaben des Bewertungsausschusses** und der - damit übereinstimmenden - Regelungen des Bereinigungsvertrags, den die Beteiligten des vorliegenden Verfahrens geschlossen haben.

VII. Bundessozialgericht (BSG)

1. Bescheid des Beschwerdeausschusses nach Vorschlag der Vorsitzenden der Prüfstelle

BSG, Beschluss v. 24.07.2024 - B 6 KA 21/23 B

RID 24-04-22

www.juris.de

Ein Vorschlag des Personals der Prüfstelle für die **schriftliche Ausformulierung des Bescheides** im Anschluss an die Entscheidungsfindung durch den Beschwerdeausschuss steht nicht im Widerspruch zu

einer eigenverantwortlichen Wahrnehmung ihrer jeweiligen Aufgaben durch die Prüfungsgremien (vgl. jetzt § 106c Abs. 2 S. 1 SGB V).

Es steht außer Zweifel, dass auch für die **Einzelleistung „Füllungen“** eine **statistische Vergleichsprüfung** grundsätzlich zulässig ist, ggf. ergänzt durch eine intellektuelle Betrachtung.

Der Senat hat die übliche Praxis der Prüfungsgremien, im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach Durchschnittswerten auf **praxisbezogene Fallwerte** abzustellen, bislang nie in Frage gestellt.

Entscheidend sind der **Behandlungs- bzw. Verordnungsbedarf der konkreten Patienten** des behandelnden Vertrags(zahn-)arztes und die hierdurch hervorgerufenen Mehrkosten. Dementsprechend **obliegt** es auch dem Arzt, eine besondere Zusammensetzung der Patienten darzulegen und ggf. durch die Vorlage von Behandlungsunterlagen zu belegen.

Der Kl. ist seit 1990 zur vertragszahnärztlichen Versorgung zugelassen. Im streitgegenständlichen Zeitraum war ein angestellter Zahnarzt, des Weiteren seine Ehefrau als Kieferorthopädin in der Praxis tätig. Der Kl. wandte sich gegen die Festsetzung einer Honorarkürzung aufgrund einer Wirtschaftlichkeitsprüfung in den Quartalen II und III/12 über 59.017,29 €. **SG Stuttgart**, Urt. v. 22.11.2019 - S 10 KA 6989/14 - wies die Klage ab, **LSG Baden-Württemberg**, Urt. v. 17.05.2023 - L 5 KA 856/20 - RID 23-03-29 die Berufung, das **BSG** die Nichtzulassungsbeschwerde zurück.

Parallelverfahren:

BSG, Beschluss v. 24.07.2024 - B 6 KA 22/23 B
www.juris.de

RID 24-04-23

B. KRANKENVERSICHERUNGSRECHT

I. Vertrags(zahn)ärztliche Behandlung

Nach BSG, Urt. v. 28.08.2024 - **B I KR 21/23 R** - muss die gesetzliche Krankenversicherung nicht schon ab Inkrafttreten von § 27a Abs. 4 SGB V am 11.05.2019 die Kosten für **Kryokonservierungsleistungen** übernehmen, sondern erst für solche, die **ab Inkrafttreten der Richtlinie des GBA** zur Kryokonservierung am 20.02.2021 erbracht wurden. Nach BSG, Urt. v. 28.08.2024 - **B I KR 28/23 R** - begründen nur solche Behandlungen einen Anspruch auf **Kryokonservierung**, auf die die Versicherten nach dem SGB V einen Anspruch haben. Das ist bei **geschlechtsangleichenden Behandlungen** nach BSG, Urt. v. 19.10.2023 - B I KR 16/22 R - derzeit grundsätzlich nicht der Fall, weil es an der hierfür erforderlichen Empfehlung des GBA fehlt. Dies hindert grundsätzlich auch den Anspruch auf Kryokonservierung. In Betracht kommt aber ein Anspruch des Klägers aufgrund von **Vertrauensschutz**. Ausreichend hierfür wäre, dass die geschlechtsangleichende Behandlung auf der Grundlage eines auch die Kryokonservierung einschließenden Behandlungsplans unmittelbar durch einen Leistungserbringer der gesetzlichen Krankenversicherung begonnen wurde.

Nach BSG, Urt. v. 16.05.2024 - **B I KR 40/22 R** - ist die Beachtung der Einzelheiten des Verfahrens bei der **Apherese-Kommission** (Anlage I Ziffer 1 MVV-RL) keine Sachentscheidungsvoraussetzung für die Krankenkasse. Die Zuständigkeit der **Krankenkasse**, den Leistungsanspruch der Versicherten auf eine **Apherese-Behandlung** zu **prüfen**, hierzu den Medizinischen Dienst einzuschalten (§ 275 Abs. 1 S. 1 Hs. 2 SGB V) und über den Anspruch abschließend zu entscheiden, wird durch das Beratungsverfahren der Apherese-Kommission nicht eingeschränkt. Für die dem GBA obliegende Qualitätssicherung ist eine Beschränkung der Prüfungs- und Entscheidungsbefugnis der Krankenkasse nicht notwendig. Sie ist ohne eine ausdrückliche Regelung des Gesetzgebers, an der es hier fehlt, auch nicht möglich. Eine Bindungswirkung des Votums der Apherese-Kommission gegenüber der abschließend entscheidenden Krankenkasse ergibt sich weder aus dem Wortlaut der zugrundeliegenden Vorschriften, noch aus systematischen, entstehungsgeschichtlichen und teleologischen Gründen. Bei Annahme einer Bindungswirkung würde der Kommission ein nur sehr eingeschränkt überprüfbarer Beurteilungsspielraum zugebilligt. Im Falle eines negativen Votums träte dann eine - ohne ausdrückliche gesetzliche Regelung mit Art. 19 Abs. 4 GG unvereinbare - Beschränkung der Rechtsschutzmöglichkeiten der Versicherten ein. Mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung durch die Gerichte (§ 128 SGG) ist es überdies nicht zu vereinbaren, dass einem Votum der Apherese-Kommission bei der Tatsachenfeststellung ein höheres Gewicht als einem Gutachten des Medizinischen Dienstes beigemessen werden soll - wie es das LSG angenommen hat.

1. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

a) PET/CT (Positronen-Emissions-Tomographie/Computertomographie) bei Prostatakarzinom

SG Darmstadt, Urteil v. 27.10.2023 - S 10 KR 194/19
www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 2 I, 12 I, 27 I 2 Nr. 1, 135 I 1

RID 24-04-24

Die PET/CT-Untersuchung stellt eine **neue ambulante Untersuchungsmethode** dar, für die der GBA keine positive Empfehlung abgegeben hat. Daher ist sie vom Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung grundsätzlich nicht erfasst.

Ein Versicherter kann das PET/CT als **Ausnahmefall** aufgrund § 2 Abs. 1a S. 1 SGB V als Sachleistung beanspruchen, wenn er an einem **Prostatakarzinom** bei einem möglichen Lokalrezidiv leidet und das PET/CT **aufklären soll, ob ein lokales Tumorrezidiv oder bereits Metastasen** vorliegen. Im Fall der Metastasierung hätte keine Heilungsmöglichkeit mehr bestanden.

Das PET-CT ist sensitiver als die vertraglichen Methoden, um eine **Metastasierung festzustellen** und ist damit die geeignetste Methode.

Das *SG* verurteilte die Bekl., dem Kl. für die am 14.08.2018 durchgeführte PET-CT 1.522,43 € zu erstatten.

b) Lipidapherese: Einstweiliger Rechtsschutz/Votum der Apherese-Kommission

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 08.10.2024 - L 10 KR 500/24 B ER

RID 24-04-25

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 27 I 1; MVV-RL; SGG § 86b II

Dem **Votum der Apherese-Kommission** als funktionsbedingt und qua Besetzung besonders sachkundigem Gremium - noch dazu unter Einbeziehung des Sachverständigen des MD (vgl. § 6 Abs. 1 der Anlage 1 MVV-RL) - kann jedenfalls im Rahmen des eine abschließende Klärung schwieriger (insbesondere medizinischer) Tatsachenfragen regelhaft ausschließenden **Verfahren des einstweiligen Rechtsschutzes** besondere und maßgebliche Bedeutung zukommen, auch wenn dem Votum der Apherese-Kommission bei der Tatsachenfeststellung nicht a priori ein höheres Gewicht als einem Gutachten des MD beigemessen werden kann (BSG, Urt. v. 16.05.2024 - B 1 KR 40/22 R - BSGE = SozR 4, juris Rn. 26).

SG Detmold, Beschl. v. 01.08.2024 - S 24 KR 472/24 ER - lehnte den Antrag auf einstweiligen Rechtsschutz ab. Das *LSG* verpflichtete die Ag. im Wege der einstweiligen Anordnung, den Ast. vorläufig, längstens bis zum 28.05.2025 oder bis zu einer Entscheidung im Hauptsacheverfahren *SG Detmold* - S 24 KR 514/24 - mit einer Lipidapherese zu versorgen.

2. Künstliche Befruchtung: Erfolglose Behandlungsversuche

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 16.10.2024 - L 16 KR 101/22

RID 24-04-26

Revision zugelassen

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 27a

Leitsatz: Als **erfolglose Behandlungsversuche** i.S.d. § 27a Abs. 1 Nr. 2 SGB V können nur solche Maßnahmen der künstlichen Befruchtung gewertet werden, die in den Richtlinien über künstliche Befruchtung nach § 27a Abs. 5 SGB V aufgeführt sind.

Unterschiedliche Maßnahmen der künstlichen Befruchtung können bei der Zählung der erfolglosen Behandlungsversuche i.S.d. § 27a Abs. 1 Nr. 2 SGB V grundsätzlich **nicht addiert** werden.

SG Potsdam, Urt. v. 27.01.2022 - S 32 KR 46/20 - wies die Klage ab. Das *LSG* verurteilte die Bekl., an die Kl. 6.256,31 € zu zahlen, und wies die weitergehende Berufung der Kl. zurück.

3. Keine privatärztliche Behandlung wg. Chronischen Fatigue-Syndroms/Myalgische Enzephalomyelitis

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 21.08.2024 - L 10 KR 894/22

RID 24-04-27

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 27, 76 I, 135

Ein Versicherter darf **nur zugelassene Leistungserbringer** i.S. des § 76 SGB V und nicht privatärztliche Behandlungen in Anspruch nehmen.

Ein **Systemversagen** liegt nicht vor, wenn die begehrten privatärztlichen Behandlungen keine neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden darstellen. Psychotherapie nebst übenden Verfahren sowie eine ernährungsmedizinische Betreuung stellen keine besonderen Methoden dar.

SG Münster, Urt. v. 23.11.2022 - S 25 KR 1008/18 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

4. Zahnärztliche Behandlung

a) Keine Wurzelbehandlung an nicht erhaltungswürdigem Zahn

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 27.06.2023 - L 11 KR 3426/22

RID 24-04-28

www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 13 III, 27 I 2 Nr. 2, 28 II 1, 92 I 1, 2

Es ist nicht ausreichend, wenn der Versicherte sich - vor der rechtlichen Bindung oder vor der Inanspruchnahme - lediglich in irgendeiner Weise, z.B. telefonisch, bei der gesetzlichen Krankenkasse gemeldet und ihr die beabsichtigte Beschaffung mitgeteilt hat. Erforderlich ist vielmehr, dass sich der Versicherte **vor der Beschaffung**/rechtlichen Verpflichtung mit der **Krankenkasse** ins Benehmen setzt und deren **Entscheidung abwartet**.

Ist ein **Zahn nicht erhaltungswürdig**, besteht kein Anspruch auf eine Wurzelbehandlung und Wurzelspitzenresektion als Kassenleistung.

SG Karlsruhe, Gerichtsbb. v. 31.10.2022 - S 7 KR 1636/19 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

b) Aligner/Invisalign-Methode als neue Behandlungsmethode: Benachteiligungsverbot wg. Behinderung

LSG Bayern, Urteil v. 25.06.2024 - L 5 KR 364/22

RID 24-04-29

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 2a, 27 I, 28 II 1, 29 I

Leitsatz: 1. Im Einzelfall kann sich ein Anspruch auf Kostenübernahme für **eine kieferorthopädische Behandlung** mittels sog. **Aligner/Invisalign-Methode** aus § 27 Abs. 1 Satz 1 und Satz 2 Nr. 2, § 28 Abs. 2 Satz 1, § 29 Abs. 1 SGB V i.V.m. § 2a SGB V ergeben. Dies ist dann gegeben, wenn konventionelle Methoden (wie eine festsitzende Multiband-/Multibracket-Apparatur oder ein herausnehmbares FKO-Gerät) wegen einer **schwersten Behinderung** (GdB 100) und einer schweren Kiefer- und Zahnfehlstellung sich als ungeeignet erweisen und den besonderen behinderungsbedingten Belangen des Versicherten widersprechen.

2. Dass es sich bei der Aligner/Invisalign-Methode um eine **neue Behandlungsmethode** im Sinne von § 135 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V handelt, für die es (bisher) keine Empfehlung des Gemeinsamen Bundesausschusses gibt, steht als einfachgesetzlicher Leistungsausschluss der Leistungsgewährung nicht entgegen, wenn sich der Verweis auf die herkömmlichen Behandlungsmethoden und die damit einhergehende Ablehnung der Aligner/Invisalign-Methode als mit dem gemäß Art. 3 Abs. 3 Satz 2 GG und den Regelungen über die Gewährung von Gesundheitsdiensten gemäß Art. 25 der UN-Behindertenrechtskonvention als unvereinbar erweist.

SG München, Gerichtsbb. v. 09.08.2022 - S 35 KR 960/21 - juris verurteilte die Bkl., die Kosten für die Aligner-Therapie der Kl. zu übernehmen. Das **LSG** wies die Berufung zurück.

c) Erhöhung des Festzuschusses für Zahnersatz: Einmaliges Versäumnis einer Vorsorgeuntersuchung

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 10.10.2024 - L 5 KR 1137/23

RID 24-04-30

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 13 III, 55 I

Die Erhöhung der Festzuschüsse von 60 auf 75 Prozent nach § 55 Abs. 1 S. 5 SGB V setzt tatbestandlich die regelmäßige Zahnpflege sowie darüber hinaus voraus, dass in den letzten zehn Jahren vor Beginn der **Behandlungen die Untersuchungen** nach Satz 4 Nr. 1 und 2 **nur mit einer einmaligen Unterbrechung** in Anspruch genommen wurden. Es ist danach für den Anspruch nicht erforderlich, dass das einmalige Versäumnis einer Vorsorgeuntersuchung mehr als fünf Jahre zurückliegt. Auch eine (einjährige) Vorsorgelücke in den letzten fünf Jahren vor Antragstellung erfüllt die tatbestandlichen Voraussetzungen.

SG Münster, Urt. v. 20.09.2023 - S 7 KR 433/21 - verurteilte die Bekl., den Antrag auf die Gewährung von Festzuschüssen im Hinblick auf deren Höhe unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts erneut zu bescheiden., das *LSG* wies die Berufung zurück.

II. Stationäre Behandlung

1. Beidseitige Mastektomie bei einem männlichen Versicherten

LSG Hessen, Urteil v. 25.07.2024 - L 1 KR 193/22

RID 24-04-31

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 27 I 1

Ein Versicherter hat keinen Anspruch auf eine **beidseitige Mastektomie** inkl. volumenreduzierender und bruststraffender Maßnahmen, wenn aus den Befundberichten der behandelnden Ärzte sich keinerlei Anhaltspunkte für eine besondere Ausprägung der geltend gemachten **Schmerzen** ergeben.

SG Darmstadt, Urt. v. 14.07.2022 - S 18 KR 1406/19 - www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

2. Postbariatrische Bruststraffung beidseits

SG Mannheim, Gerichtsbescheid v. 08.09.2024 - S 5 KR 713/24

RID 24-04-32

www.juris.de

SGB V §§ 27, 39 I

Eine **Hauterschaffung** z.B. an Oberschenkeln, an Brüsten und Oberarmen aufgrund Gewichtsverlustes **nach einer bariatrischen Operation** hat für sich genommen als solche keinen behandlungsbedürftigen Krankheitswert (st. Rspr. vgl. z.B. LSG Berlin- Brandenburg, Urt. v. 14.01.2011 - L 1 KR 197/08 - RID 11-02-134, juris Rn. 28, 14; LSG Bayern, Urt. v. 13.08.2020 - L 4 KR 287/19 - RID 20-04-68, juris Rn. 34).

Im vorliegenden Fall verursacht die **starke Hauterschaffung** im Bereich der Brüste mit einer Ausprägung Mamma-Ptoxis-Stadium 3 nach Regnault mit u.a. stark verlängertem Jugulum-Mamillen-Abstand von 41 cm rechts und 40 cm links und im Ergebnis einer Auflagefläche der Brüste auf dem Oberbauch mit jeweils ca. 315 cm² bei der Kl. **dermatologische Beschwerden**, die eine Beeinträchtigung der Kl. in ihren Körperfunktionen darstellen und in der Gesamtschau einen Eingriff mittels Hautstraffungsoption rechtfertigen. Zwar sind dermatologische Erkrankungen grundsätzlich mit den Mitteln dieser Fachrichtung zu behandeln. Nur wenn mit diesen Mitteln kein dauerhafter Erfolg erzielt werden kann, ist im Anschluss zu prüfen, ob als ultima ratio eine Hautstraffung notwendig ist. Eine Entfernung der überschüssigen Hautlappen aus dermatologischen Gründen kommt nur in Betracht, wenn durch den Hautüberschuss ständige Hautreizungen wie Pilzbefall, Sekretionen oder entzündliche Veränderungen auftreten, die sich als dauerhaft therapieresistent erweisen. (LSG Bayern, aaO., Rn. 36)

Das *SG* verurteilte die Bekl., der Kl. eine beidseitige Bruststraffung als Sachleistung zu gewähren.

III. Kostenerstattung

Nach BSG, Urt. v. 25.06.2024 - **B I KR 39/22 R** - steht der Kl. der geltend gemachte Kostenerstattungsanspruch als Rechtsnachfolgerin des verstorbenen Versicherten zu. Dieser hatte zu Lebzeiten teilweise bereits fällige Kostenerstattungsansprüche nach § 13 Abs. 2 SGB V, teilweise zumindest Anwartschaften auf Kostenerstattung erworben, die

im Wege der Gesamtrechtsnachfolge nach § 1922 Absatz 1 BGB auf die Kl. als Alleinerbin übergangen und zu Ansprüchen erstarkt. Ein **Kostenerstattungsanspruch** entsteht erst, wenn Versicherten **Kosten im Rechtssinne entstanden** sind. Zwar wurde ein Teil der Rechnungen erst nach dem Tod des Versicherten beglichen. Insoweit hatte der Versicherte aber bereits zu Lebzeiten eine gefestigte Rechtsposition im Sinne einer Anwartschaft erworben, die sich mit der Begleichung der fälligen Forderungen durch die Kl. zu einem Kostenerstattungsanspruch verfestigte. Denn die Leistungspflicht der Krankenkasse für eine konkrete Behandlungsmaßnahme hängt grundsätzlich allein vom **Versichertenstatus im Zeitpunkt der tatsächlichen Leistungserbringung** ab. Andernfalls käme es zu einer willkürlichen Ungleichbehandlung zwischen Versicherten, die Kostenerstattung gewählt haben und denen, die dem Sachleistungsgrundsatz unterliegen. Mit der Inanspruchnahme einer medizinischen Leistung setzen sich die Versicherten gegenüber dem Leistungserbringer unmittelbar einer Vergütungsforderung aus. Der Eintritt des Todes vor Rechnungstellung und deren Begleichung darf aufgrund seiner Zufälligkeit und der davon unabhängigen Beitragslast dem Kostenerstattungsanspruch nicht entgegenstehen. §§ 56, 58, 59 SGB I finden auf die Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V keine Anwendung. Nach § 37 Satz 1 SGB I gelten die Vorschriften des SGB I (nur), soweit sich aus den übrigen Büchern nichts Abweichendes ergibt. Die Vorschrift räumt der sich aus dem SGB V ergebenden Besonderheit der funktionalen Einheit von Naturalleistungsansprüchen und Kostenerstattungsansprüchen und dem danach gebotenen Gleichlauf Vorrang gegenüber den Regelungen des SGB I ein. Dieser Gedanke liegt auch der Regelung des § 35 S. 3 SGB XI zugrunde. Ein Ausschluss der Rechtsnachfolge wäre ein nachträglicher Eingriff in eine bereits erworbene Rechtsposition. Dafür bilden die §§ 56 ff. SGB I keine hinreichende Grundlage.

1. Einhaltung des Beschaffungswegs

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 10.04.2024 - L 10 KR 335/23

RID 24-04-33

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 13 III, 27 I 1

Es besteht kein Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sich einer Überweisung schon nicht entnehmen lässt, **welche konkreten Maßnahmen** „zur Abklärung und Behandlung“ und im Hinblick auf welche „Erkrankungen des Kiefers im Hinblick auf eine Stoffwechselerkrankung, die einer Vergiftung zu Grunde liegen“, ein Versicherter im Einzelnen beansprucht. Vor diesem Hintergrund muss sich der Kl. wegen konkreter Maßnahmen auf den im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung grundsätzlich einzuhaltenden **Beschaffungsweg** verweisen lassen.

SG Köln, Gerichtsbs. v. 29.03.2023 - S 21 KR 335/23 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

2. Keine Beschränkung der Wahl der Kostenerstattung für einzelnes Hilfsmittel

LSG Schleswig-Holstein, Urteil v. 28.05.2024 - L 10 KR 113/21

RID 24-04-34

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

Es ist nicht möglich, dass ein Versicherter die **Wahl der Kostenerstattung** anstelle der Sach- und Dienstleistung nach § 13 Abs. 2 SGB V singular für ein einzelnes konkret benötigtes Hilfsmittel trifft, auch wenn er die Krankenkasse über diese singuläre Wahl vor der tatsächlichen Beschaffung informiert. Eine Einschränkung der Wahl ist nach dem eindeutigen Wortlaut von § 13 Abs. 2 S. 4 SGB V nur für die dort genannten Bereiche möglich.

Auch mit der Wahl der Kostenerstattung anstelle der Sach- oder Dienstleistung nach § 13 Abs. 2 SGB V können regelhaft nur **zugelassene oder ermächtigte Leistungserbringer** in Anspruch genommen werden, wobei das Gesetz in § 13 Abs. 2 S. 5 SGB V die Ausnahme einräumt, nach vorheriger Zustimmung der Krankenkasse einen nicht zugelassenen Leistungserbringer in Anspruch nehmen zu können.

Ein Versicherter kann sich nicht darauf berufen, dem **Leistungserbringer sei unwirksam gekündigt** worden.

SG Kiel, Urt. v. 19.01.2021 - S 10 KR 72/20 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

IV. Arzneimittel

Nach BSG, Urt. v. 20.03.2024 - **B I 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 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 I 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 den 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 nachprüfbare 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 widerspräche 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. Off-Label-Use: Versorgung mit Rytary zur Behandlung der Parkinson-Erkrankung

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 26.06.2024 - L 11 KR 844/21

RID 24-04-35

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 13 III, 27 I 1, 31 I 1

Es besteht kein Anspruch auf Versorgung mit **Rytary** im Rahmen eines **Off-Label-Use** zur Behandlung der **Parkinson-Erkrankung**, da es an einer Zulassung fehlt.

Ein Anspruch besteht auch nicht wegen eines sog. **Seltenheitsfalles**. Morbus Parkinson ist die häufigste neuro-degenerative Erkrankung mit Erkrankungszahlen von mindestens 300.000 Personen.

Ein Anspruch nach § 2 Abs. 1a SGB V besteht nicht, weil keine lebensbedrohliche oder regelmäßig tödliche oder damit wertungsmäßig vergleichbare Erkrankung vorliegt. Zudem kam hier die Anlage einer **Duodupa-Sonde** in Betracht.

SG Gelsenkirchen, Urt. v. 24.08.2021 - S 28 KR 3121/19 - verurteilte die Bekl., die Kosten für das Medikament Rytary gem. Antrag vom 12.07.2019 zu übernehmen und rückwirkend die seitdem verauslagten Kosten zu erstatten. Das **LSG** wies die Klage ab.

2. Versorgung mit Medizinal-Cannabisblüten

a) Cannabis in Form standardisierter Vollpflanzenextrakte: Spannungsartige Kopfschmerzen

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 16.10.2024 - L 16 KR 22/24

RID 24-04-36

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 31 VI

Ist die **Erkrankung** nicht lebensbedrohlich, besteht ein Anspruch auf Versorgung mit Cannabis nur, wenn die **Lebensqualität auf Dauer nachhaltig beeinträchtigt** ist. Die Lebensqualität wird im Wesentlichen nicht durch die Diagnose einer Erkrankung beeinflusst, sondern durch die Auswirkungen der Erkrankung auf das Leben der Betroffenen. **Lebensqualität** umschreibt das Vermögen, die Befriedigung von Grundbedürfnissen selbst zu gewährleisten, soziale Beziehungen einzugehen und aufrechtzuerhalten sowie am Erwerbs- und Gesellschaftsleben teilzunehmen. Ob und inwieweit eine erkrankte Person noch dazu in der Lage ist, hängt von der Art und Schwere der durch die Erkrankung verursachten Gesundheitsstörungen ab (vgl. BSG, Urt. v. 10.11.2022 - B 1 KR 28/21 R - BSGE 135, 89 = SozR 4-2500 § 31 Nr. 31, juris Rn. 15 ff.). Die Lebensqualität wird durch spannungsartige Kopfschmerzen nicht nachhaltig beeinträchtigt, wenn schon eine plausible Schmerzanamnese nicht ersichtlich ist, bislang kein GdB festgestellt wurde, der Versicherte voll im Berufsleben steht und auch ehrenamtlich tätig ist, Arbeitsunfähigkeitszeiten wegen der Schmerzerkrankung nicht dokumentiert sind wie auch ansonsten längere Arbeitsunfähigkeitszeiten ebenso wenig vorliegen wie stationäre bzw. rehabilitative Behandlungen.

Ein Anspruch auf Versorgung mit Cannabis setzt ferner voraus, dass eine **allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung** nicht zur Verfügung steht (§ 31 Abs. 6 S. 1 Nr. 1a SGB V).

SG Berlin, Urt. v. 13.12.2023 - S 223 KR 1872/20 - verurteilte die Bekl., die Kostenübernahme für Cannabis in Form standardisierter Vollpflanzenextrakte zu genehmigen und den Kl. nach vertragsärztlicher Verordnung damit zu versorgen. Das *LSG* wies die Klage ab.

b) Fehlen einer begründeten Einschätzung

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 05.06.2024 - L 10 KR 39/22

RID 24-04-37

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 31 VI

Fehlt es an einer **begründeten Einschätzung** des behandelnden Vertragsarztes gem. § 31 Abs. 6 S. 1 Nr. 1 Buchst. b SGB V, besteht kein Anspruch auf **Versorgung mit Medizinal-Cannabisblüten**. Auf eine begründete Einschätzung kann nicht verzichtet werden, auch nicht angesichts der **Erkrankung** an einer Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung, einer Autismus-Spektrum-Störung sowie daneben u.a. Angst und depressiver Störung, einer Migräne ohne Aura und einem iatrogenen Cannabisabusus.

SG Düsseldorf, Urt. v. 15.11.2021 - S 47 KR 1498/17 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

3. Arzneimittel der Homöopathie: Nicht als Therapiestandard angezeigt

LSG Hessen, Urteil v. 25.01.2024 - L 1 KR 69/21

RID 24-04-38

www.juris.de

SGB V § 34

Es ist schon in keiner Weise nachgewiesen, dass die Verordnung der hier streitigen **Arzneimittel der Homöopathie** (Urtica Com. Globuli 20 mg Wala, Urtica Injektion Ampullen, Linola H Fett mit 0,4 % Prednisolon N Salbe, Goldtropfen Weber 100 ml, Bronchialis Heel Tabletten und Disci Comp C Stanno Ampullen) zur Anwendung bei einer **mitochondrialen Erkrankung** nach dem Erkenntnisstand **als Therapiestandard angezeigt** ist (s. § 12 Abs. 6 Arzneimittel-Richtlinie).

SG Gießen, Gerichtsbb. v. 22.01.2021 - S 7 KR 1984/19 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück. *BSG*, Beschl. v. 27.08.2024 - B 1 KR 27/24 B - juris verwarf die Nichtzulassungsbeschwerde als unzulässig.

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 **Rollstuhlzuggerät** 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 fahrradgleiche 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 Senatspr. 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. Neuromodulationsanzug Exopulse Mollii Suit

a) Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode

SG Augsburg, Urteil v. 24.07.2024 - S 10 KR 381/23

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 33 I, 135 I

RID 24-04-39

Leitsatz: Exopulse Mollii Suit (Neuromodulationsanzug) als **Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode**.

Das SG wies die Klage der an einer spastischen Tetraparese bei Multipler Sklerose erkrankten Kl. ab.

b) Neuromodulationsanzug bei Multipler Sklerose zu therapeutischen Zwecken

SG Köln, Urteil v. 16.08.2024 - S 24 KR 1058/23

RID 24-04-40

www.juris.de
SGB V §§ 33 I, 135 I 1

Ein **Neuromodulationsanzug** ist in der Regel als **Hilfsmittel**, das vorrangig **therapeutischen Zwecken** dient, zu werten und daher zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung erst nach Durchführung des Prüfverfahrens und positiver Bewertung zu gewähren, § 139 Abs. 4 i.V.m. § 135 Abs. 1 SGB V (Anschluss an SG Augsburg, Urt. v. 18.09.2023 - S 10 KR 160/23 - RID 23-04-40).

Das *SG* wies die Klage ab.

c) Hilfsmittel zur Sicherung des Erfolgs der Krankenbehandlung

SG Heilbronn, Urteil v. 20.03.2024 - S 12 KR 2798/22

RID 24-04-41

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

Leitsatz: Bei dem Neurostimulations-Ganzkörperanzug (Exopulse Suit/Mollii Suit) handelt es sich um ein Hilfsmittel zur Sicherung des **Erfolgs der Krankenbehandlung** und nicht um ein Hilfsmittel zum unmittelbaren Behinderungsausgleich.

Das *SG* wies die Klage ab.

2. Stationäre Einrichtung: Mobiler Patientenlifter

LSG Schleswig-Holstein, Beschluss v. 28.08.2024 - L 10 KR 71/24 B ER

RID 24-04-42

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

Leitsatz: 1. Ein **mobiler Patientenlifter** dient dem Wechsel des Aufenthaltsortes und ist ein - nicht individuell angepasstes - Hilfsmittel i.S.v. § 33 Abs. 1 SGB V.

2. Wenn der Versicherte in einer **stationären Einrichtung** Leistungen der **Eingliederungshilfe** erhält, schulden diese Einrichtungen als integralen Bestandteil der Eingliederungshilfe auch Leistungen der Grundpflege (§ 43a SGB XI) mit der Folge, dass sie auch die dafür notwendigen Hilfsmittel vorzuhalten haben. Zu diesen gehört dann auch ein mobiler Patientenlifter.

3. Ein mobiler Patientenlifter ist kein Hilfsmittel zur **sozialen Teilhabe**.

SG Kiel, Beschl. v. 14.04.2024 - S 10 KR 2/24 ER - wies den Antrag auf einstweilige Rechtsschutz ab, das *LSG* die Beschwerde zurück.

3. Versorgung mit einem „Schülerarbeitsplatz“ zur Teilnahme am Schulunterricht

SG Heilbronn, Urteil v. 26.06.2024 - S 10 KR 2680/23

RID 24-04-43

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

Leitsatz: Eine **sehbehinderte Versicherte**, die an einer spastischen Zerebralparese leidet, kann für die Teilnahme am **Schulunterricht** die Versorgung mit einem „Schülerarbeitsplatz“ beanspruchen.

Das *SG* verurteilte die Bekl., die Kl. mit der Vergrößerungssoftware SuperNova Magnifier & Speech, einem Notebook, zwei Monitoren, zwei Schwenkarmen, zwei Anschlusskabel und MS Office zu versorgen.

4. Spracherkennungssoftware für Schulunterricht

SG Heilbronn, Urteil v. 14.05.2024 - S 10 KR 2186/23

RID 24-04-44

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

Leitsatz: Ein Versicherter, der an einer **Bilateralen Zerebralparese** leidet, kann für die Teilnahme am Schulunterricht die Versorgung mit einer **Spracherkennungssoftware** beanspruchen.

Das *SG* verurteilte die Bekl., die Kosten für die Spracherkennungssoftware Dragon Professional Individual und ein Headset zu übernehmen.

5. Assistenzhund

a) Assistenzhund zum Behinderungsausgleich bei Autismus

LSG Niedersachsen-Bremen, Beschluss v. 21.10.2024 - L 16 KR 131/23

RID 24-04-45

www.juris.de
SGB V § 33 I

Leitsatz: Keine Kostenerstattung zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung für die **Ausbildung eines Hundes als Assistenzhund** zum Behinderungsausgleich bei **Autismus**, wenn die Haltung des Hundes für die Versicherte lediglich sinnvoll und nützlich ist, ihr das Rausgehen aus dem Haus erleichtert und soziale Kontakte z.B. zu anderen Hundebesitzern vereinfacht.

SG Oldenburg, Urt. v. 19.01.2023 - S 64 KR 597/19 - wie die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

b) Assistenzhund bei posttraumatischer Belastungsstörung: Methodenbewertungsvorbehalt

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 21.10.2024 - L 4 KR 1714/21

RID 24-04-46

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 13 III, 33 I, 135 I 1

Leitsatz: Soweit die Versorgung mit einem PTBS-Assistenzhund im Sinne von § 33 Abs. 1 Satz 1 SGB V zur Sicherung des Erfolgs der Krankenbehandlung beitragen soll, steht dem derzeit die Sperrwirkung des **Methodenbewertungsvorbehalts** nach § 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V entgegen (neue Behandlungsmethode).

SG Heilbronn, Urt. v. 31.03.2021 - S 12 KR 663/19 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

6. Hörgeräteversorgung: 5 % besseres Sprachverstehen als nicht unwesentlicher Gebrauchsvorteil

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 19.04.2024 - L 16 KR 382/22

RID 24-04-47

Revision anhängig: B 3 KR 5/24 R
www.juris.de
SGB V § 33 I

Die von LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 20.10.2009 - L 11 KR 1229/09 - RID 09-04-87 pauschal vertretene Auffassung, dass die Krankenkasse die Mehrkosten oberhalb des Festpreises erst bei einem Hörgewinn ab 10% übernehmen müsse, wird nicht geteilt. Es wird nicht begründet, warum eine gemessene **Hörverbesserung von 5% bis 10%** keine signifikante Verbesserung und damit keinen wesentlichen Gebrauchsvorteil darstellt. Eine „Messtoleranz“ von 5%-Punkten ist der Hilfsmittel-Richtlinie nicht zu entnehmen (vgl. bereits LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 04.10.2022 - L 16 KR 336/21- RID 23-01-64 m.w.N.). Ein durch 5% besseres Sprachverstehen im Nutzschaal zu erlangende Gebrauchsvorteil ist gegenüber einem zuzahlungsfreien Gerät nicht als unwesentlich anzusehen (anders insoweit LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 30.11.2021 - L 11 R 3540/20 - juris Rn 33, RID 22-03-61; LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 02.02.2021 - L 11 KR 2192/19 - juris Rn. 29, RID 21-02-88).

SG Hannover, Urt. v. 15.06.2022 - S 95 KR 1021/20 - wies die Klage ab. Das *LSG* verurteilte die Bekl., dem Kl. für den Erwerb seiner Hörgeräte der Marke „Unitron T Moxi All 700“ über den Festbetrag hinaus weitere Kosten in Höhe von 1.999 € zu erstatten, und wies im Übrigen die Berufung zurück.

7. Power-Plate-Vibrationsgerät

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 11.07.2024 - L 5 KR 238/24

RID 24-04-48

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

Ein **Power-Plate-Vibrationsgerät** ist kein Hilfsmittel der gesetzlichen Krankenversicherung, sondern stellt einen **Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens** dar. Es ist nicht vorwiegend zum Gebrauch durch Behinderte und Kranke bestimmt. Selbst wenn Vibrationsgeräte, etwa wegen des nicht unerheblichen Preises, (noch) nicht verbreitet sein sollten, sind sie auch unter Berücksichtigung bestimmter einzelner - ggf. behindertengerechter - Funktionen vor allem zum Einsatz in Fitnesscentern und sonstigen Wellnessanlagen sowie als Heimtrainer konzipiert.

SG Köln, Gerichtsbes. v. 21.03.2024 - S 47 KR 1051/22 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

VI. Heilmittel: Langfristige Genehmigung

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 10.10.2024 - L 5 KR 551/22

RID 24-04-49

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 32 Ia

Es besteht kein Anspruch auf eine **langfristige Genehmigung von Heilmitteln**, wenn es an schweren dauerhaften funktionellen/strukturellen **Schädigungen** fehlt.

Verordnungen sind als Grundlage für die Genehmigung langfristiger Heilmittelbehandlung nicht geeignet, wenn sie eine Menge von fünf bzw. sechs Einheiten Krankengymnastik ausweisen. Eine Verordnung langfristiger Heilmittelbehandlung im Sinne des § 8 HeilM-RL setzt eine Verordnung mit einer Laufzeit von jedenfalls einem Jahr voraus.

SG Münster, Urte. v. 25.03.2022 - S 17 KR 446/17 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

VII. Häusliche Krankenpflege/Rehabilitation/Fahrkosten

Nach BSG, Urte. v. 16.05.2024 - *B I KR 7/23 R* - handelt es sich bei **einer stufenweisen Wiedereingliederung Versicherter in das Erwerbsleben** im Sinne des § 74 SGB V um eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation mit der Rechtsfolge, dass Krankenkassen die damit verbundenen Reisekosten gemäß § 60 Abs. 5 SGB V zu übernehmen haben. Die Krankenkasse ist auch nicht als erstangegangener Leistungsträger nach § 14 Abs. 2 S. 1 SGB IX zur Erstattung der Fahrkosten verpflichtet. Auch hier fehlt es an einer von § 28 Abs. 1 SGB VI, § 64 Abs. 1 SGB IX vorausgesetzten Leistung zur medizinischen Reha.

1. Außerklinische Intensivpflege: Schulbegleitung

LSG Niedersachsen-Bremen, Beschluss v. 23.09.2024 - L 16 KR 383/24 B ER

RID 24-04-50

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

Leitsatz: Kein Anspruch auf Gewährung einer **Schulbegleitung** in Form der **außerklinischen Intensivpflege**, wenn aufgrund einer Stoffwechselstörung eine besondere Form und Regelmäßigkeit der **Ernährung** notwendig ist.

SG Braunschweig, Beschl. v. 23.08.2024 - S 6 KR 164/24 ER - lehnte den Antrag auf Gewährung einstweiligen Rechtsschutzes ab, das *LSG* wies die Beschwerde zurück.

2. Entwöhnungsbehandlung bei Zurückstellung der Strafvollstreckung nach § 35 BtMG

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 14.05.2024 - L 11 KR 3343/23

RID 24-04-51

Revision anhängig: B I KR 20/24 R
www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 16, 40; BtMG § 35

Der Anwendungsbereich des JVollzG Baden-Württemberg ist bei einer **Maßnahme nach § 35 BtMG** nicht eröffnet, da es sich nicht um einen Vollzug einer Freiheitsstrafe in (besonderen) Justizvollzugsanstalten handelt. Es besteht daher kein vorrangiger Anspruch auf Gesundheitsfürsorge gegenüber der Justizverwaltung.

SG Freiburg, Urt. v. 20.10.2023 - S 15 KR 929/23 - verurteilte die Bekl., die Kosten für die stationäre Entwöhnungsbehandlung in der Fachklinik Haus W1 zu tragen. Das *LSG* wies die Berufung zurück.

VIII. Beziehungen zu Krankenhäusern

Nach BSG, Urt. v. 14.11.2024 - **B I KR 32/23 R** - hat ein **Krankenhaus keinen Anspruch** gegen die Krankenkasse auf **Erstattung der Rechtsanwaltskosten**, die in einem **Erörterungsverfahren** nach § 17c Abs. 2b KHG entstanden sind. Hierfür fehlt es an einer **Rechtsgrundlage**. Nach BSG, Urt. v. 14.11.2024 - **B I KR 1/24 R** - umfasst bei der **Eigenverwaltung eines insolventen Krankenhausträgers** die **Befugnis des Sachwalters** zur Anfechtung von Rechtshandlungen gem. § 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. Im Rahmen der hier angeordneten Eigenverwaltung besteht die Verwaltungs- und Verfügungsbefugnis des Schuldners im Grundsatz fort. Er wird lediglich unter die Aufsicht eines Sachwalters gestellt. Nach BSG, Urt. v. 14.11.2024 - **B I KR 27/23 R** - enthält die Fallpauschalenvereinbarung 2016 für die **tagesbezogene Abrechnung wiederkehrender teilstationärer Leistungen** spezielle preisrechtliche Regelungen zur Aufnahme und zur Dauer der Behandlung. Diese beinhalten die Fiktion einer einheitlichen, durchgängigen Behandlung im Quartal. Sie schließen eine vergütungsrechtlich relevante **Verlegung** aus. Nach BSG, Urt. v. 14.11.2024 - **B I 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) und nicht nach dem 1-620.10 (Diagnostische Tracheobronchoskopie mit starrem Instrument) zu kodieren. Nach BSG, Urt. v. 28.08.2024 - **B I KR 18/23**, **B I KR 24/24 R**, **B I KR 25/24 R** und **B I KR 23/24 R** - steht der **Aufrechnung** einer Krankenkasse nicht das **Aufrechnungsverbot** nach § 109 Abs. 6 S. 1 SGB V entgegen. Die in der **Übergangsprüfverfahrensvereinbarung** für einen Übergangszeitraum geregelte Weitergeltung der Aufrechnungsmöglichkeit nach der Prüfverfahrensvereinbarung 2016 ist mit höherrangigem Recht vereinbar. § 109 Abs. 6 S. 3 SGB V erlaubt nicht nur die Vereinbarung von Ausnahmen zum Aufrechnungsverbot, sondern lässt abweichende Regelungen grundsätzlich zu. Damit überlässt der Gesetzgeber die Realisierung des Aufrechnungsverbots letztlich den Vereinbarungspartnern, stärkt aber durch die Normierung des Aufrechnungsverbots die Verhandlungsposition der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Die Vereinbarung, das Aufrechnungsverbot übergangsweise zu suspendieren, überschreitet die Grenzen des den Vertragsparteien der Prüfverfahrensvereinbarung zugewiesenen normvertraglichen Gestaltungsspielraums jedenfalls nicht. Nach BSG, Urt. v. 28.08.2024 - **B I KR 33/23 R** - setzt die Wirksamkeit der **Aufrechnung** nach § 10 S. 1 PrüfV 2016 die fristgerechte **Mitteilung des bezifferten Erstattungsanspruchs** nach § 8 PrüfV 2016 voraus. Die bloße Bezifferbarkeit anhand der von der Krankenkasse mitgeteilten abschließenden Entscheidung ist nicht ausreichend. Dem Berufen der Klägerin auf die fehlende Bezifferung des Erstattungsanspruchs könnte jedoch der **Einwand unzulässiger Rechtsausübung** entgegenstehen. Hat ein Krankenhaus in der Vergangenheit jedenfalls wiederholt Aufrechnungen einer Krankenkasse ohne Bezifferung des Erstattungsanspruchs akzeptiert, kann es treuwidrig sein, wenn es sich ohne vorherige Ankündigung erstmals nach Ablauf der Ausschlussfrist auf das Fehlen der fristgerechten Bezifferung des Erstattungsanspruchs beruft. Die Ankündigung muss ausdrücklich oder konkludent erkennen lassen, dass eine Beanstandung nicht nur in einem Einzelfall vorliegt, sondern für die Zukunft alle Abrechnungsfälle betreffen soll. Hierzu hat das Landessozialgericht keine Feststellungen getroffen. Nach BSG, Urt. v. 28.08.2024 - **B I KR 23/23** - entsteht der **Anspruch auf die Aufwandspauschale**, sobald eine Abrechnungsminderung bei wirtschaftlicher Betrachtungsweise jedenfalls faktisch ausgeschlossen ist. Die Richtigkeit des vom Krankenhaus abgerechneten Betrages ist insofern ohne Belang. Der Eintritt einer Abrechnungsminderung ist ausgeschlossen, wenn die Krankenkasse wie hier in einem gerichtlichen Verfahren den ungeminderten Abrechnungsbetrag anerkennt. Der Anspruch entsteht **erst mit dem Zugang** des von der Bekl. abgegebenen **Anerkenntnisses** beim Sozialgericht. Nach BSG, Urt. v. 28.08.2024 - **B I KR 23/23** - entsteht der **Anspruch auf die Aufwandspauschale**, sobald eine Abrechnungsminderung bei wirtschaftlicher Betrachtungsweise jedenfalls faktisch ausgeschlossen ist. Die Richtigkeit des vom Krankenhaus abgerechneten Betrages ist insofern ohne Belang. Der Eintritt einer Abrechnungsminderung ist ausgeschlossen, wenn die Krankenkasse wie hier in einem gerichtlichen Verfahren den ungeminderten Abrechnungsbetrag anerkennt. Der Anspruch entsteht **erst mit dem Zugang** des von der Bekl. abgegebenen **Anerkenntnisses** beim Sozialgericht. Nach BSG, Urt. v. 25.06.2024 - **B I KR 12/23** - wird eine **landesvertragliche Regelung**, in der die Abrechnung einer **Erstuntersuchung im Krankenhaus ohne Einweisungsverordnung wie eine vorstationäre Behandlung** erlaubt wird (hier: § 4 Abs. 6 S. 3 des Hamburger Krankenhausvertrags), von der **Regelungskompetenz der Vertragspartner** nach § 112 Abs. 1 und 2 SGB V nicht erfasst. Danach sind die Vertragspartner auf Landesebene nicht ermächtigt, über die im Krankenhausentgeltgesetz festgelegten Entgeltarten hinausgehende Entgeltatbestände für allgemeine Krankenhausleistungen der DRG-Krankenhäuser festzulegen. Nach BSG, Urt. v. 25.06.2024 - **B I KR 20/23** - erfordert die von OPS 8-980 (Version 2015) verlangte Behandlungsleitung durch einen **Facharzt mit der Zusatzweiterbildung „Intensivmedizin“** bei einer **intensivmedizinischen Behandlung**, dass ein solcher Facharzt **zumindest einmal täglich persönlich auf der Intensivstation anwesend** ist und im Übrigen eine **durchgehende Rufbereitschaft** besteht. Dies folgt aus einer eng am Wortlaut orientierten und durch systematische Erwägungen unterstützten Auslegung des OPS 8-980. Dabei sind auch die Besonderheiten der intensivmedizinischen Behandlung zu berücksichtigen, bei der behandlungsleitende Entscheidungen auch unvorhergesehen zu jeder Zeit kurzfristig erforderlich werden können. Nach BSG, Urt. v. 16.05.2024 - **B I KR 29/22 R** - ist in Fortführung der Rspr. zu den Grundlagen und Voraussetzungen eines **Schadensersatzanspruchs der Krankenkasse im Zusammenhang mit einer Verlegung** BSG, Urt. v. 07.03.2023 - **B I KR 4/22 R** - SozR 4-2500 § 69 Nr. 12 Rn. 27 ff., = BSGE 135, 292) betont der Senat den aus der Behandlungspflicht folgenden **grundsätzlichen Vorrang einer medizinisch möglichen Weiterbehandlung im eigenen Haus gegenüber einer grundlosen Verlegung**. Aufgrund dieses Vorrangverhältnisses erfordert eine Weiterbehandlung im eigenen Haus grundsätzlich nicht die Prüfung, ob eine Verlegung wirtschaftlicher wäre. Eine solche **Wirtschaftlichkeitsprüfung** ist auch dann nicht erforderlich, wenn die Verlegung durch einen sachlichen Grund gerechtfertigt ist. Neben zwingenden medizinischen Gründen kann eine Verlegung auch durch zwingende Gründe in der Person des Versicherten oder -

beispielsweise in einem mehrstufigen Krankenhausversorgungssystem - durch übergeordnete Gründe der Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung gerechtfertigt sein. Verlegt ein Krankenhaus einen Patienten aber ohne sachlichen Grund, dann trägt es in der Regel das Risiko dadurch verursachter Mehrkosten. Eine schuldhaft (Behandlungs-)Pflichtverletzung des Krankenhauses scheidet in einem solchen Fall nur aus, wenn das grundlos verlegende Krankenhaus trotz sorgfältiger Wirtschaftlichkeitsprüfung ausnahmsweise davon ausgehen durfte, die Verlegung werde keine Mehrkosten verursachen. Nicht entscheidend ist demgegenüber, ob das verlegende Krankenhaus die entstehenden Kosten im Einzelnen im Voraus abschätzen konnte.

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 Operationssaal 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-Code 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 Verwirklichungsverhalten 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 sensiblen 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 Abschluss 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 auszuliegen. 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) Notwendigkeit stationärer Versorgung

aa) Keine frühere Verlegung in Sonderpflegeeinrichtung

SG Wiesbaden, Gerichtsbescheid v. 18.07.2024 - S 18 KR 143/21

RID 24-04-52

Berufung anhängig: LSG Hessen - L 8 KR 232/24 -

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 39 I, Ia

Endet ein zunächst bestehender stationärer Behandlungsbedarf i.S.d § 39 Abs. 1 SGB V, bedarf es einer Phase der Entlassung, die durch das **Entlassungsmanagement** geprägt ist. Nach § 39 Abs. 1a SGB V umfasst die Krankenhausbehandlung ein Entlassmanagement zur Unterstützung einer sektorenübergreifenden Versorgung der Versicherten beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung. BSG, Beschl. v. 25.09.2007 - GS 1/06 - BSGE 99, 111 = SozR 4-2500 § 39 Nr. 10 muss im Lichte dieses Entlassungsmanagements betrachtet werden.

Für die weitere vollstationäre Krankenhausbehandlung besteht ein **medizinisches Erfordernis**, wenn die Entlassung aufgrund der gebotenen Sonderpflege, u.a. wegen eines absaugpflichtigen Tracheostomas, nur bei nahtloser Pflege durch **qualifiziertes Personal in einer Sonderpflegeeinrichtung** möglich ist, die Betreuung durch eine examinierte Pflegefachkraft und nicht durch eine medizinische Hilfskraft geboten und eine **frühere Verlegung** des Patienten in eine Sonderpflegeeinrichtung im Rahmen des Entlassmanagements **nicht möglich** ist.

Das **SG** verurteilte die Bekl., an die Kl. 16.323,34 € nebst Zinsen zu zahlen.

bb) Unterbringung in psychiatrischem Krankenhaus: Behandlungskonzept

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 13.08.2024 - L 16 KR 32/22

RID 24-04-53

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 39 I

Leitsatz: Die **Unterbringung** eines Versicherten in einem **psychiatrischen Krankenhaus** begründet nicht schon deshalb die Notwendigkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung gemäß § 39 SGB V, weil sie wegen einer **emotional instabilen Persönlichkeitsstörung** in seltener Ausprägung mit Intelligenzminderung mit schwerwiegender Eigen- oder Fremdgefährdung erfolgt und eine geeignete dauerhafte Unterbringungsmöglichkeit bisher nicht gefunden wurde.

Die Unterbringung und Versorgung in einer **geschützten Abteilung ist für sich keine medizinische Behandlung** (vgl. BSG, Urt. v. 12.11.1985 - 3 RK 33/84 - SozR 2200 § 184 Nr. 28). Auch eine

durchgehende Fixierung stellt für sich keine medizinische Behandlungsmaßnahme dar, die der besonderen Mittel des Krankenhauses bedarf.

Die **Kontrolle der Fixierung** in regelmäßigen Abständen erfüllt nicht zugleich die Voraussetzungen einer 1:1 Betreuung nach dem OPS 9-640.

Ein individuelles **therapieorientiertes Behandlungskonzept** muss in der Patientenakte **dokumentiert** sein.

SG Hannover, Urt. v. 16.12.2021 - S 86 KR 346/19 KH - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

cc) Fehlende Dokumentation für Implantation eines Herzschrittmachers

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 04.07.2024 - L 5 KR 748/22 KH

RID 24-04-54

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 39

Die **medizinische Notwendigkeit** einer Behandlung muss durch den jeweiligen Behandler **dokumentiert** und **geprüft** werden. Das Krankenhaus darf sich nicht ungeprüft auf die Empfehlung des Hausarztes berufen.

Fehlt es an einer **Dokumentation** der leitliniengerechten Stufendiagnostik, so ist eine **medizinische** Indikation für die Notwendigkeit der **Implantation des Eventrecorders** nicht gegeben. Eine fehlende Dokumentation der notwendigen Voruntersuchungen und Prüfungen führt dazu, dass eine Kodierung des OPS 5-377.8 (Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Ereignis-Rekorder) nicht in Betracht kommt.

SG Duisburg, Urt. v. 04.10.2022 - S 17 KR 203/21 KH - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

dd) Teil- anstatt vollstationäre Behandlung bei multimodaler Schmerztherapie

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 15.08.2024 - L 16 KR 617/22 KH

RID 24-04-55

Revision zugelassen

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 39 I, 109 IV 3

Die Durchführung der **multimodalen Schmerztherapie** ist in einem **vollstationären** Setting **nicht erforderlich**, wenn der Patient trotz seiner Rückenschmerzen sowie der daraus resultierenden biomechanischen Funktionsstörungen frei gehfähig und in der Lage ist, sich selbst zu versorgen, und keine Mobilitätseinschränkungen, die insb. geschultes Pflegepersonal und einen jederzeit präsenten oder rufbereiten Arzt erfordern, vorliegen. Ist die **teilstationäre** Behandlung gleichermaßen geeignet bzw. zweckmäßig, die auf „initiale Schmerzlinderung“ und „Funktionsbesserung“ ausgerichteten Behandlungsziele der multimodalen Schmerztherapie zu erreichen, kann eine Erforderlichkeit der Durchführung der Behandlung im vollstationären Setting nicht festgestellt werden. Dies ist der Fall, wenn sämtliche Leistungen bzw. Maßnahmen tagsüber stattfinden, meist in der Zeit von 8:00 Uhr bis ca. 18:00 Uhr.

Ein Zahlungsanspruch unter dem Gesichtspunkt des **fiktiven wirtschaftlichen Alternativverhaltens** für eine teilstationäre Leistung ist nicht gegeben, wenn noch **keine krankenhausesindividuelle Vereinbarung tagesbezogener teilstationärer Fallpauschalen** oder Entgelte für teilstationäre Leistungen nach § 6 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG i.V.m. § 6 Abs. 1 FPV abgeschlossen worden sind.

SG Dortmund, Urt. v. 15.07.2022 - S 65 KR 4242/19 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

ee) Neuropädiatrische Komplexbehandlung

LSG Schleswig-Holstein, Urteil v. 09.07.2024 - L 10 KR 172/20

RID 24-04-56

Revision anhängig: B 1 KR 29/24 R

www.juris.de

SGB V §§ 2 I 3, 27 I, 39 I 2, 40 III, 107 I Nr. 3, 109 IV 3, 301

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

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

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

4. Für eine stationäre Behandlung, die nicht als Krankenhausbehandlung i.S.v. § 39 SGB V notwendig war, jedoch die Behandlungskriterien einer **stationären Rehabilitationsbehandlung** i.S.v. § 40 SGB V erfüllt, ohne dass das Antragsverfahren nach § 40 Abs. 3 SGB V (i.d.F. v. 28.05.2008) bei der Krankenkasse durchlaufen wurde, kann keine Vergütung nach den Maßstäben **fiktiven wirtschaftlichen Alternativverhaltens** geltend gemacht werden.

SG Lübeck, Urt. v. 20.05.2020 - S 51 KR 794/15 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

b) Begründung für Überschreiten der gemeldeten voraussichtlichen Verweildauer

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 23.10.2024 - L 5 KR 1855/23

RID 24-04-57

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 301 I 1 Nr. 3 u. 7

Leitsatz: Krankenhäuser sind auch nach Beendigung der stationären Behandlung eines Versicherten gem. § 301 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V auf Verlangen der Krankenkasse verpflichtet, bei **Überschreiten der gemeldeten voraussichtlichen Verweildauer** eine medizinische Begründung hierfür an die Krankenkasse zu übermitteln. Damit, dass in der Schlussrechnung und im Entlassdatensatz die Diagnosen und Prozeduren aufgeführt sind, erfüllt das Krankenhaus die Pflicht zur medizinische Begründung nicht. Kommt das Krankenhaus dem Verlangen der Krankenkasse nicht nach, ist die Vergütungsforderung nicht fällig. Dies berechtigt die Krankenkasse, die Forderung nicht zu erfüllen.

SG Stuttgart, Urt. v. 20.06.2023 - S 15 KR 4375/21 - verurteilte die Bekl., an die Kl. 1.362,55 € zzgl. Zinsen zu bezahlen. Das *LSG* wies die Klage ab.

c) Qualitätsgebot: Implantation eines Antirefluxstimulators EndoStim

SG Düsseldorf, Urteil v. 14.03.2024 - S 15 KR 692/20

RID 24-04-58

www.juris.de

SGB V §§ 39, 109 IV 3, 137c III; KHEntgG §§ 7 I 1Nr. 1, 9 I 1 Nr. 1; KHG § 17b

Die **Implantation eines Antirefluxstimulators** EndoStim entsprach zum maßgeblichen Behandlungszeitpunkt im Jahr 2019 nicht dem allgemeinen **Qualitätsgebot** nach § 2 Abs. 1 S. 3 SGB V.

Eine Refluxoesophagitis Grad B nach der Los Angeles Qualifikation ist keine schwerwiegende, die Lebensqualität auf Dauer beeinträchtigende Erkrankung, die eine **Ausnahme zum Qualitätsgebot** nach § 137c Abs. 1 S. 2 SGB V begründet. Auch liegt mit der Fundoplicatio nach Nissen und Toupet eine verfügbare und zumutbare Standardtherapie vor.

Das *SG* wies die Klage ab.

d) Notfallmäßige Behandlung eines nicht erwerbstätigen und mittellosen EU-Staatsangehörigen

SG Heilbronn, Urteil v. 19.09.2024 - S 15 KR 10/22

RID 24-04-59

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 5 I Nr. 13, 39 I 2, 109 IV 3

Leitsatz: 1. Ein **EU-Staatsangehöriger** ist nach § 5 Abs. 11 S. 2 SGB V nicht Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse über die **Auffangpflichtversicherung** des § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V, wenn die Voraussetzung für die Wohnortnahme in Deutschland die Existenz eines Krankenversicherungsschutzes nach § 4 FreizügigkeitsG/EU ist.

2. Es besteht nach § 25 S. 2 SGB XII kein Anspruch eines Krankenhauses auf Kostenerstattung als **Nothelfer**, wenn die Erstattung erst über einen Monat nach Bekanntwerden von erheblichen Zweifeln an der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit des Patienten beim zuständigen Träger der Sozialhilfe beantragt wird.

3. Bei einem einheitlichen Streitgegenstand reicht die nur teilweise Kostenprivilegierung aus, um das gesamte Verfahren zu einem **kostenfreien Verfahren** zu machen.

Das **SG** wies die Klage ab.

e) Rückzahlung der Vergütung bei Behandlung durch Nichtarzt

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 10.10.2024 - L 5 KR 347/22 KH

RID 24-04-60

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 2 I 3, 12 I, 15 I 1, 39 I, 109 IV

Nach BSG, Urt. v. 26.04.2022 - B 1 KR 26/21 R - BSGE 134, 142 = SozR 4-2500 § 15 Nr. 4 hat ein Krankenhaus die vollständige Vergütung einer Krankenhausbehandlung, an der ein **Nichtarzt** als vermeintlicher Arzt mitgewirkt hat, zu erstatten.

SG Aachen, Urt. v. 06.02.2018 - S 13 KR 466/16 - wies die Klage der Krankenkasse ab, das **LSG** verurteilte das bekl. Krankenhaus, an die Kl. 4.553,06 € nebst Zinsen zu zahlen, und wies im Übrigen (den Zinsanspruch betreffend) die Klage ab.

f) Geltendmachung von Ansprüchen durch Aufrechnung (§ 409 SGB V)

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 02.10.2024 - L 5 KR 1577/24

RID 24-04-61

Revision zugelassen

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 325 (a.F.), 409

Leitsatz: Zur **Geltendmachung von Ansprüchen** i.S.v. § 325 SGB V a.F. (jetzt § 409 SGB V) gehört jede Form der Rechtsdurchsetzung, sowohl aktiv als auch passiv und damit nicht nur die Erhebung einer **Klage**, sondern auch die **Aufrechnung**.

SG Freiburg, Gerichtsbb. v. 15.06.2020 - S 15 KR 2493/19 - verurteilte die Bekl., an die Kl. 3.720,47 € nebst Zinsen zu zahlen, das **LSG** wies die Berufung zurück.

g) Aufrechnungsverbot des § 109 Abs. 6 S. 1 SGB V

SG Fulda, Gerichtsbescheid v. 31.10.2024 - S 4 KR 349/22

RID 24-04-62

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 109 VI; PrüfvV § 10

Leitsatz: Die Aufrechnungserklärung einer Krankenkasse, die nach dem 31.12.2021 abgegeben worden ist, kann die Vergütungsforderung für eine stationäre Krankenhausbehandlung, die nach diesem Datum begonnen hat, nicht zum Erlöschen bringen, weil sie gegen das **Aufrechnungsverbot** des § 109 Abs. 6 S. 1 SGB V verstößt; eine generelle vertragliche Abweichung von diesem Verbot durch die PrüfvV ist ab dem 01.01.2022 nicht mehr gegeben.

Das **SG** verurteilte die Bekl., an die Kl. 1.759,14 € nebst zu zahlen.

2. Schadenersatz: Verlegung wegen Erschöpfung der bestehenden Ressourcen

SG Gelsenkirchen, Urteil v. 25.05.2023 - S 46 KR 3167/19

RID 24-04-63

www.juris.de

SGB V § 69 I; BGB § 280 I

Eine erforderliche stationäre Behandlung Versicherter in einem zugelassenen Krankenhaus begründet zwischen dem Krankenträger und der Krankenkasse ein gesetzliches **öffentlich-rechtliches Schuldverhältnis**, für das § 280 Abs. 1 BGB in entsprechender Anwendung gem. § 69 Abs. 1 S. 3 SGB V gilt (LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 19.01.2022 - L 10 KR 142/20 - RID 22-02-86).

Für die **Frührehabilitation** sind Krankenhäuser nur so lange zuständig, wie ein akuter Interventionsbedarf besteht. Die Pflicht zur Versorgung der Patienten findet aber entsprechend des **Versorgungsauftrages** ihre Grenze. Nur so lange die geriatrische Fachabteilung Kapazitäten zur Behandlung aufweist, ist eine Verlegung nach außerhalb als Verstoß gegen den bestehenden Versorgungsauftrag zu werten (vgl. LSG Hamburg, Urt. v. 18.12.2014 - L 1 KR 60/14 - RID 15-02-161).

Die kl. Krankenkasse begehrte von der bekl. Krankenträgerin die Erstattung eines Teilbetrages einer Vergütung für eine Krankenhausleistung eines ihrer Versicherten als Schadenersatz wegen Pflichtverletzung bei Verlegung des Patienten. Das **SG** wies die Klage ab.

3. Prüfvereinbarung

a) Pauschale Unterlagenanforderung und Nachreichung von Beatmungsprotokollen

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 07.02.2024 - L 11 KR 1091/21 KH

RID 24-04-64

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 39, 109 IV 3; KHEntgG § 7; KHG § 17b; PrüfV 2016 § 7 II

Hat der MDK keine den Grundsätzen der höchstrichterlichen Rechtsprechung entsprechende **Unterlagenanforderung** versandt, ist das Krankenhaus im Grundsatz berechtigt, die insoweit nicht präkludierten **Beatmungsprotokolle** auch **im gerichtlichen Verfahren noch einzureichen**. Allerdings wird die zu der Unterlagenanforderung des MDK akzessorische **Mitwirkungsobliegenheit** des Krankenhauses nicht durch eine **pauschale Unterlagenanforderung** ausgelöst. Besteht eine Obliegenheit des Krankenhauses bereits nicht, können an die Nichtbeachtung auch keine nachteiligen Folgen, wie die Präklusion von Unterlagen, geknüpft werden. Erst eine (wenigstens) teilweise konkret bezeichnete Anforderung zieht die Obliegenheit des Krankenhauses zur Ergänzung nach sich.

SG Gelsenkirchen, Urt. v. 15.11.2021 - S 45 KR 2345/19 - verurteilte die Bekl., an die Kl. 10.056,86 € zzgl. Zinsen zu zahlen, und wies im Übrigen (bzgl. der Zinsen) die Klage ab. Das **LSG** wies die Berufung der Bekl. zurück.

b) Präklusion einer Um- bzw. Nachkodierung/Keine teleologische Reduktion

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 15.08.2024 - L 16 KR 727/22 KH

RID 24-04-65

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 39 I 2, 108, 109 IV 3

Eine mit der **Um- bzw. Nachkodierung** einhergehende Korrektur bzw. Ergänzung der Datensätze nach § 301 SGB V wird von der **Präklusionsregelung** des § 7 Abs. 5 PrüfV 2016 erfasst mit der Folge, dass eine Änderung des Datensatzes nach Ablauf der einschlägigen Änderungsfristen unzulässig ist.

Eine **teleologische Reduktion** der Regelung scheidet aus, wenn sich das Krankenhaus nicht dem Ergebnis des im Prüfverfahren erstellten Gutachtens des MDK unterwirft, sondern nach erfolgter Aufrechnung durch die Krankenkasse hiergegen im Wege der Klage vorgeht.

SG Duisburg, Urt. v. 11.08.2022 - S 46 KR 696/20 - verurteilte die Bekl., an die Kl. 2.488,22 € nebst Zinsen zu zahlen, das **LSG** wies die Klage ab.

c) Verrechnungsausschluss bei fehlender leistungsrechtlicher Entscheidung

SG Hamburg, Gerichtsbescheid v. 10.09.2024 - S 50 KR 472/20

RID 24-04-66

www.juris.de

SGB V § 275 I c; KHG § 17c II; PrüfvV 2017 §§ 8, 10

Einer Krankenkasse ist die **Verrechnung** nach § 10 S. 1 der Vereinbarung über das Nähere zum Prüfverfahren nach § 275 Abs. 1c SGB V gemäß § 17c Abs. 2 KHG v. 03.02.2016 (PrüfvV 2017) verwehrt, wenn sie **keinen Erstattungsanspruch** nach § 8 PrüfvV 2017 **mitteilt**.

Das **SG** verurteilte die Bekl., der Kl. 6.592,44 € nebst Zinsen zu zahlen.

4. Fallpauschalen

a) Kein spezifischer Kode für eine nach den DKR abzubildende Diagnose

LSG Mecklenburg-Vorpommern, Urteil v. 21.05.2024 - L 6 KR 46/20

RID 24-04-67

www.juris.de

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

Leitsatz: Existiert **kein spezifischerer Kode** für eine nach den DKR abzubildende Diagnose oder Störung, ist diese zugleich auch andernorts nicht klassifiziert im Sinne der ICD-10-GM.

Mit einer bloßen genaueren Lokalisierung sind keine zusätzlichen Informationen über die Art der Störung verbunden; spezifischer und damit vorrangig wird eine Diagnose oder Störung durch einen **die Art der Störung enthaltenden Kode** (hier: T81.3 Dehiszenz einer Operationswunde) abgebildet.

SG Stralsund, Urt. v. 17.04.2020 - S 3 KR 324/17 - wies die Klage ab, das **LSG** verurteilte die Bekl., an die Kl. 6.806,47 € nebst Zinsen zu zahlen.

b) Intensivmedizinisch versorgte Patienten: Beatmungsstunden

SG Duisberg, Urteil v. 19.08.2024 - S 9 KR 595/21 KH

RID 24-04-68

www.juris.de

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

Nach der DKR 1001s sind **Beatmungsstunden** nur bei „**intensivmedizinisch versorgten**“ **Patienten** zu kodieren, das heißt bei Patienten, bei denen die für das Leben notwendigen sog. vitalen oder elementaren Funktionen von Kreislauf, Atmung, Homöostase oder Stoffwechsel lebensgefährlich bedroht oder gestört sind und die mit dem Ziel behandelt, überwacht und gepflegt werden, diese Funktionen zu erhalten, wiederherzustellen oder zu ersetzen, um Zeit für die Behandlung des Grundleidens zu gewinnen. Diese intensivmedizinische Versorgung umfasst mindestens ein Monitoring von Atmung und Kreislauf und eine akute Behandlungsbereitschaft (ärztliche und pflegerische Interventionen zur Stabilisierung der Vitalfunktionen unmittelbar möglich).

Die Behandlung muss dabei **nicht zwingend auf einer Intensivstation** erfolgen, entscheidend ist vielmehr, dass die Behandlung so durchgeführt werden kann, als befände die Versicherte sich auf einer Intensivstation. Die DKR stellt in der hier zugrunde zu legenden Fassung keine zwingenden Anforderungen an den Ort der Behandlung, sondern an die **Struktur- und Versorgungsqualität**.

Das **SG** verurteilte die Bekl., an die Kl. 10.426,10 € zzgl. Zinsen zu zahlen.

c) Intensivmedizinische Komplexbehandlung: Intensivstation

LSG Niedersachsen-Bremen, Beschluss v. 16.06.2023 - L 16/4 KR 38/20

RID 24-04-69

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 28/24 R

www.juris.de

SGB V §§ 109 IV 3, 301 II 2; KHG § 17b; KHEntgG §§ 7 I 1 Nr. 1, 9 I 1 Nr. 1

Die Kodierung des OPS-Kodes 8-980 - **Intensivmedizinische Komplexbehandlung** (Basisprozedur) - setzt nicht die Behandlung auf einer auch als solche bezeichneten „**Intensivstation**“ voraus. Es kommt auf die Aufgaben der Station und die Art und Weise der Behandlung im konkreten Fall an und nicht auf die Bezeichnung als Intensivstation (so bereits LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 16.06.2021 - L 16 KR 161/18 -). Maßgeblich ist, ob dort eine intensivmedizinische Versorgung im Sinne der

Abrechnungsbestimmungen vorgenommen werden kann (LSG Niedersachsen-Bremen, aaO.; vgl. auch LSG Bayern, Urt. v. 15.02.2019 - L 4 KR 326/17- juris Rn. 51, RID 19-02-114). Entscheidend ist die mögliche und tatsächlich stattfindende intensivmedizinische Behandlung während des Aufenthaltes des jeweiligen Patienten. Es genügt die Behandlung auf einer „Intermediate Care Station“, auf der eine intensivmedizinische Behandlung nach den von BSG, Urt. v. 28.02.2007 - B 3 KR 17/06 R - SozR 4-2500 § 39 Nr. 8 aufgestellten Anforderungen erfolgen kann.

SG Osnabrück, Urt. v. 23.01.2020 - S 46 KR 367/17 - juris verurteilte die Bekl., an die Kl. 25.981,35 € zzgl. Zinsen zu zahlen. Das *LSG* wies die Berufung zurück.

d) Wirbelkörperersatz und komplexe Rekonstruktion der Wirbelsäule

SG Stuttgart, Urteil v. 16.03.2023 - S 12 KR 5772/19

RID 24-04-70

www.juris.de

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

Leitsatz: Für die Kodierung des OPS 5-837.7 (Wirbelkörperersatz und komplexe Rekonstruktion der Wirbelsäule: **Kolumnotomie und polysegmentale dorsale Lordosierungspondylodese <DLS>** nach Zielke) genügt ein **Eingriff an zwei Segmenten**. Die systematische Auslegung ergibt, dass polysegmental nur so verstanden werden kann, dass mehr als ein Abschnitt, also mindestens zwei Abschnitte, betroffen sein müssen.

Das *SG* wies die Klage ab.

e) Zwei medikamentenfreisetzende Ballons an Koronargefäßen (OPS 8-83b.b7)

SG Düsseldorf, Urteil v. 15.08.2024 - S 15 KR 124/20

RID 24-04-71

www.juris.de

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

Ein Erstattungsanspruch der Krankenkasse ist gem. § 8 S. 4 PrüfvV wegen **Fristablaufs präkludiert**. Es handelt sich um eine materielle Präklusionsfrist mit der Folge, dass die Krankenkasse nach Ablauf der Frist eine abschließende Entscheidung nicht mehr nachholen und eine entsprechende Begründung nicht mehr vorlegen kann (LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 01.02.2024 - L 5 KR 357/22 KH - juris Rn. 29-42, RID 24-01-84).

OPS 8-83b.b7 (Zusatzinformation zu Materialien: Art der verwendeten Ballons: zwei medikamentenfreisetzende Ballons an Koronargefäßen) und das entsprechende Zusatzentgelt 136,02 kann abgerechnet werden, wenn bei dem Versicherten eine **schwerst atherosklerotisch alterierte Gefäßsituation** vorliegt, die infolge der Reibung und des Widerstandes der einzusetzenden Metallgitter, den Stents, das Risiko in sich birgt, dass dieser aufgrund der verkalkten Gefäße nicht in das Zielgebiet vorgebracht werden kann und sich der Stent sogar im Gefäß verlieren kann, mit dem Risiko eines Gefäßverschlusses mit Myokardinfarkt.

Das *SG* verurteilte die Bekl., an die Kl. einen Betrag i.H.v. 737,53 € nebst Zinsen zu zahlen.

f) Behandlung eines Aszites durch Punktion bei bekannter Leberzirrhose

LSG Sachsen-Anhalt, Urteil v. 17.01.2024 - L 6 KR 114/17

RID 24-04-72

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

KHEntgG § 7 S. 1 Nr. 1

Leitsatz: 1. Wenn ein Patient mit Aszites bei bekannter Leberzirrhose stationär aufgenommen wird und nur der **Aszites** durch eine **Punktion** behandelt wird, ist der Aszites die **Hauptdiagnose**, so dass die DRG Z01B zugrunde zu legen ist.

2. Die **Leberzirrhose** wurde im vorliegenden Fall als unumkehrbare und damit auch unheilbare Erkrankung nicht behandelt.

SG Halle, Urt. v. 25.10.2017 - S 22 KR 405/15 - juris wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

5. Mindestmengenregelung

a) Erreichen der Mindestmenge im vorausgegangenen Kalenderjahr und Prognose

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 18.07.2024 - L 4 KR 128/21

RID 24-04-73

Revision zugelassen
www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 136b

Leitsatz: 1. Hat ein Krankenhaus im vorausgegangenen Kalenderjahr die maßgebliche **Mindestmenge erreicht**, genügt dies grundsätzlich zur **Darlegung** seiner auf das nächste Kalenderjahr bezogenen Prognose.

2. Zum Umfang der **Anhörung** durch die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen, wenn ein Krankenhaus im vorausgegangenen Kalenderjahr die maßgebliche Mindestmenge erreicht hat.

3. Hat ein Krankenhaus im vorausgegangenen Kalenderjahr die maßgebliche Mindestmenge erreicht, muss die **Widerlegungsentscheidung** der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen das in § 136b Abs. 4 Satz 4 SGB V a.F. (§ 136b Abs. 5 Satz 4 SGB V n.F.) angelegte Regel-Ausnahme-Verhältnis berücksichtigen.

Die Beteiligten streiten über die Widerlegung einer Mindestmengenprognose für das Jahr 2020 bzgl. der Erbringung von Kniegelenk-Totalendoprothesen (Knie-TEP). *SG Cottbus*, Urt. v. 18.02.2021 - S 42 KR 424/19 - hob den angefochtenen Bescheid auf, das *LSG* wies die Berufung zurück.

b) Keine Ungleichbehandlung bei Nichtwiderlegung anderer Krankenhäuser

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 17.10.2024 - L 10 KR 243/24 B ER

RID 24-04-74

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 136b

Bei den nach § 136b Abs. 5 S. 6 Hs. 2 SGB V i.V.m. § 4 Abs. 4 S. 2 der Mindestmengenregelungen des GBA (Mm-R) genannten Fällen handelt sich um **Regelbeispiele**. Die Kassenverbände haben mithin, soweit die Voraussetzungen des § 4 Abs. 4 S. 2 Buchst. a oder b Mm-R erfüllt sind, grundsätzlich eine Widerlegung auszusprechen. Möglich bleibt es aber auch, Prognosen wegen anderer Umstände als den in § 4 Abs. 4 S. 2 Mm-R genannten zu widerlegen oder in begründeten Einzelfällen von einer Widerlegung abzusehen, obwohl eines der Regelbeispiele einschlägig ist. Ein Ermessens- oder Beurteilungsspielraum kommt den Kassenverbänden in diesem Zusammenhang jedoch nicht zu (LSG Mecklenburg-Vorpommern, Beschl. v. 25.03.2024 - L 6 KR 2/24 B ER - juris Rn. 71).

Vorausgegangenes Kalenderjahr ist das Kalenderjahr vor demjenigen, in dem die Prognose gestellt wird, nicht das vor dem Jahr, für das sie gestellt wird (vgl. LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 05.06.2023 - L 10 KR 119/23 B ER - juris Rn. 25 m.w.N., RID 24-01-78).

Das **Nichterreichen der maßgeblichen Mindestmenge** im vorausgegangenen Kalenderjahr allein reicht zur Widerlegung der Prognose nicht aus. Vielmehr muss kumulativ („und“) hinzukommen, dass auch unter **Berücksichtigung aller weiteren Kriterien** gemäß § 4 Abs. 2 S. 2 bis 4 Mm-R konkrete, objektive Umstände der Richtigkeit der getroffenen Prognose widersprechen. Dies ist der Fall, wenn angegebene Kooperationen noch weitestgehend unkonkret sind.

Ein Verstoß gegen **Art. 3 Abs. 1 GG** liegt nicht darin begründet, dass gegenüber zwei **anderen Krankenhäusern**, die die maßgeblichen Mindestmengen (hier: für Pankreaseingriffe) zuletzt ebf. nicht erreicht haben, **keine Widerlegungsentscheidung** getroffen wurden. Eine Selbstbindung der Verwaltung kommt von vorneherein nur in Betracht, wo der Verwaltung Ermessen eingeräumt ist. Dies ist bei Widerlegungsentscheidungen aber nicht der Fall. Vielmehr sieht § 136b Abs. 5 S. 6 Hs. 1 SGB V ausweislich seines Wortlauts („müssen“) seit der Neufassung durch das GVWG eine gebundene Entscheidung vor.

SG Düsseldorf, Beschl. v. 22.03.2024 - S 15 KR 7/24 KH ER - gab dem Antrag, die aufschiebende Wirkung der Anfechtungsklage gegen den Bescheid der Ag. vom 06.10.2023 anzuordnen, statt. Das *LSG* lehnte den Antrag ab.

c) Widerlegung der Mindestmengenprognose eines Krankenhauses (Streitwert)

LSG Mecklenburg-Vorpommern, Beschluss v. 09.07.2024 - L 6 KR 17/24 B

RID 24-04-75

www.juris.de

SGB V § 136b V 11; GKG §§ 66 III 3, 68 I 5

Leitsatz: **Klagen** gegen Verwaltungsakte, mit welchen die **Mindestmengenprognose** eines Krankenhauses widerlegt werden, kommt ab der Prognose für das Jahr 2023 keine **aufschiebende Wirkung** mehr zu. Mit dem Eilverfahren geht daher faktisch eine weitgehende Vorwegnahme der Hauptsache durch bloßen Zeitablauf einher, was es rechtfertigt, für das einstweilige Rechtsschutzverfahren die Hälfte des Hauptsache-Streitwerts anzusetzen.

Vorausgehend: *SG Rostock*, Beschl. v. 30.11.2023 - S 6 KR 135/23 ER -. Das *LSG* stellte fest, dass die Beschwerde unstatthaft ist, und lehnte den Antrag, den Streitwert von Amts wegen zu ändern, ab

6. Prüfung von Strukturmerkmalen (§ 275d): Positivbescheinigung des MD

SG Düsseldorf, Urteil v. 15.08.2024 - S 15 KR 3535/23 KH

RID 24-04-76

www.juris.de

SGB V § 275d

Nach § 275d Abs. 1 S. 1 SGB V in der vom 19.05.2020 bis zum 28.12.2022 maßgeblichen Fassung haben Krankenhäuser „die Einhaltung von Strukturmerkmalen auf Grund des vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte herausgegebenen Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS) nach § 301 Absatz 2 durch den Medizinischen Dienst begutachten zu lassen, bevor sie entsprechende Leistungen erbringen.“ Die Abrechnung der Leistung setzt mithin eine **Positivbescheinigung des MD** voraus. Zwar darf - anders als bei den Mindestmengenregelungen - die Leistung erbracht werden. Ohne Positivbescheinigung des MD darf sie indes nicht abgerechnet werden. Im Hinblick auf die Abrechnung der Leistung handelt es sich um ein **Verbot mit Erlaubnisvorbehalt**.

Mit einem **ablehnenden Bescheid** ist die Strukturprüfung abgeschlossen. Auf die **Rechtskraft** des Bescheids ist nicht abzustellen. Die bloße Suspensivwirkung von Widerspruch und Anfechtungsklage erlaubt die unter Vorbehalt gestellte Abrechnung der Leistung noch nicht.

Das *SG* wies die Klage ab.

7. Durchsetzung und Kontrolle von Qualitätsanforderungen

a) Mitteilung über Kontrollergebnis des MD ohne Verwaltungsaktqualität

SG Stade, Beschluss v. 17.09.2024 - S 11 KR 23/24 ER

RID 24-04-77

www.juris.de

SGB V §§ 12 I; 137; SGG § 86b

Leitsatz: Die Mitteilung des Verbandes der Ersatzkassen über das **Kontrollergebnis des MD** hat **keine Verwaltungsaktqualität**.

Es besteht kein Anspruch auf die (vorläufige) **weitere Leistungserbringung**, wenn die **Mindestanforderungen der Qualitätssicherungsrichtlinie** (hier: QSFFx-RL) auch teilweise nicht erfüllt sind.

Zu den Anforderungen an das **Vorhalten einer Intensivstation**.

Das *SG* lehnte den Antrag auf Gewährung einstweiligen Rechtsschutzes ab.

b) Durchsetzung von Qualitätsanforderungen durch Verwaltungsakt

LSG Niedersachsen-Bremen, Beschluss v. 30.10.2024 - L 4 KR 419/24 B ER

RID 24-04-78

www.juris.de

SGB V §§ 108, 137; SGB X § 31 I; SGG § 86b I

Eine Krankenkasse erlässt mit den **Formulierungen** „Damit dürfen im G. entsprechende Leistungen gesetzlich nicht erbracht und abgerechnet werden.“ und „Damit darf grundsätzlich ab dem Zeitpunkt der Kontrolle, spätestens jedoch mit Bekanntwerden am 23.05.2024, keine stationäre Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur im G. mehr vorgenommen werden, bis der MD die Beseitigung der Mängel in einer erneuten Qualitätskontrolle festgestellt hat.“ einen. Die **Verwaltungsakt-Befugnis**

folgt aus § 137 Abs. 1 SGB V und der auf diese ermächtigende Norm gestützten Richtlinien des GBA, vorliegend der QFD-RL, der MD-QK-RL und der QSFFx-RL.

SG Osnabrück, Beschl. v. 18.09.2024 - S 3 KR 166/24 ER - stellte fest, dass der Widerspruch der Ast. vom 25.07.2024 gegen den Bescheid der Ag. v. 19.07.2024 aufschiebende Wirkung hat, das *LSG* wies die Beschwerde zurück.

8. Aufwandpauschale: Rücksichtnahmepflicht/Unmittelbare Beauftragung des MDK

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 17.01.2024 - L 10 KR 7/22 KH

RID 24-04-79

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 275 Ie 3

Es streiten erhebliche Gründe dafür, dass die Kl. **keine näheren Angaben zum Grund der Aufnahme machen musste**, nachdem sie bereits mit der Abrechnung als Nebendiagnosen u.a. eine Komplikation infolge des Eingriffs (T81.0 <Blutung und Hämatom als Komplikation eines Eingriffes, anderenorts nicht klassifiziert>) kodiert hatte. Ergänzende Angaben können entbehrlich sein, wenn sich die ausnahmsweise Notwendigkeit stationärer Krankenhausbehandlung bereits aus den Angaben des Krankenhauses zu Begleiterkrankungen ergibt (vgl. BSG, Urt. v. 23.06.2015 - B 1 KR 26/14 R - BSGE 119, 150 = SozR 4-5560 § 17c Nr. 3, Rn. 36; BSG, Urt. v. 21.04.2015 - B 1 KR 10/15 R - NZS 2015, 578 = KHE 2015/29, Rn. 11).

Einer Krankenkasse ist es nach **Treu und Glauben** verwehrt, sich gegenüber dem Anspruch auf die Aufwandspauschale auf eine fehlerhafte Abrechnung zu berufen, wenn sie gegen die ihr obliegenden **Rücksichtnahmepflichten** verstößt, indem sie **unmittelbar den MDK beauftragt**, obwohl sie stattdessen auch nur eine **medizinische Begründung nachfordern** bzw. einen Kurzbericht nach den Vorschriften des Sicherstellungsvertrages einholen könnte. Die Berechtigung einer Krankenkasse, unmittelbar den MDK einzuschalten, bedeutet nicht, dass sie sich nicht i.R.d. § 69 Abs. 1 S. 3 SGB V i.V.m. § 241 Abs. 2 BGB entgegenhalten lassen müsste, dass sie dies getan hat, obwohl ihr mit der Anforderung eines Kurzberichts bzw. einer medizinischen Begründung mildere Mittel zur Verfügung standen.

SG Detmold, Urt. v. 26.11.2021 - S 3 KR 357/21 - verurteilte die Bekl. zur Zahlung von 300 € nebst Zinsen. Das *LSG* wies die Berufung zurück.

9. Zulässigkeit von Abschlagszahlungen einer Krankenkasse

SG Hannover, Urteil v. 22.08.2024 - S 76 KR 992/21 KH

RID 24-04-80

www.juris.de

SGB V § 129a

Eine **Krankenkasse** kann nicht - entgegen der gesetzlichen Formvorschrift des § 56 SGB X - **mündlich** eine **Vereinbarung** mit einer Abrechnungs-GmbH treffen und sich anschließend darauf berufen, dass das Krankenhaus die Beweislast dafür trägt, diese Vereinbarung nicht gekannt zu haben. Aus dem Verstoß gegen diese Formvorschrift ergibt sich eine Umkehr der Beweislast, sodass die Krankenkasse nachzuweisen hat, dass das Krankenhaus zum Zeitpunkt der **Abschlagszahlung** Kenntnis von der mündlichen Vereinbarung hinsichtlich der Abschlagszahlungen hatte und diese zumindest duldete.

Das *SG* verurteilte die Bekl., an die Kl. 53.314,77 € nebst Zinsen zu zahlen.

10. Klage gg. Spitzenverband Bund der Krankenkassen wg. quartalsbezogener Prüfquote

SG Berlin, Beschluss v. 02.10.2024 - S 89 KR 562/24

RID 24-04-81

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V § 275c II; SGG § 57a IV

Leitsatz: Die **Ermittlung der quartalsbezogenen Prüfquote** nach § 275c Abs. 2 S. 4 i.V.m. S. 2 SGB V ist keine Entscheidung auf Bundesebene i.S.v. § 57a Abs. 4 SGG.

Das *SG* erklärte sich örtlich für unzuständig und verwies den Rechtsstreit an das örtlich zuständige SG Freiburg.

Parallelverfahren:

SG Berlin, Beschluss v. 02.10.2024 - S 28 KR 403/24
www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 24-04-82

11. Vergütung von Gutachten zu Fragen zur Kodierung von Krankenhausleistungen

a) Vermischung medizinischer Fragen mit Fragen der Kodierung von DRG-Fallpauschalen

LSG Niedersachsen-Bremen, Beschluss v. 24.03.2023 - L 7 KO 21/20 (KR)
www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
JVEG §§ 4, 8, 8a, 9

RID 24-04-83

Leitsatz: 1. Zur **Vergütung eines Sachverständigengutachtens** über die Abrechnung von Krankenhausleistungen, in dem **medizinische Fragen mit Fragen nach der Kodierung von DRG-Fallpauschalen** vermischt wurden.

2. Gutachten zu Fragen zur Kodierung von Krankenhausleistungen und deren Abrechnung sind als **Rechtsgutachten** nicht vergütungsfähig, weil die zutreffende Anwendung und Auslegung der Kodierrichtlinien und damit auch die zutreffende Kodierung von Haupt- und Nebendiagnosen als Rechtsfragen dem Sachverständigenbeweis entzogen sind.

3. §§ 8a Abs. 2 S. 2, 9 Abs. 1 S. 3, S. 4 JVEG a.F. stehen einer **Vergütung nur eines Teils des Gutachtens** als medizinisches Gutachten bei gleichzeitiger Ablehnung der Vergütung für rechtliche Ausführungen nicht entgegen.

Die Urkundsbeamtin der Geschäftsstelle des LSG setzte am 23.09.2020 die Vergütung auf 957,09 € (Antrag: 1.063,44 €) fest, das **LSG** auf 551,14 €.

b) Vermischung medizinischer und rechtlicher Fragen/Schutzwürdiges Vertrauen

LSG Niedersachsen-Bremen, Beschluss v. 12.08.2024 - L 7 KO 8/21 (KR)
www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
JVEG §§ 4, 8, 9

RID 24-04-84

Leitsatz: 1. Zur **Vergütung eines Sachverständigengutachtens** über die Abrechnung von Krankenhausleistungen, in dem **medizinische Fragen mit Fragen nach der Kodierung von DRG-Fallpauschalen** vermischt wurden nach den Vorschriften des Justizvergütungs- und Entschädigungsgesetz (JVEG) in der ab dem 1. Januar 2021 geltenden Fassung.

2. Gutachten zu Fragen zur Kodierung von Krankenhausleistungen und deren Abrechnung sind als **Rechtsgutachten** nicht vergütungsfähig, weil die zutreffende Anwendung und Auslegung der Kodierrichtlinien und damit auch die zutreffende Kodierung von Haupt- und Nebendiagnosen als Rechtsfragen dem Sachverständigenbeweis entzogen sind.

3. Kein **schutzwürdiges Vertrauen** in die Vergütungsfähigkeit aufgrund Prüfung und Würdigung durch das beauftragende Gericht bei erklärter positiver Kenntnis, wonach die korrekte Kodierung keine medizinische, sondern eine der gerichtlichen Entscheidung obliegende Rechtsfrage darstellt.

Die Kostenbeamtin der Geschäftsstelle des LSG setzte im Juli 2021 die Vergütung auf 896,07 € (Antrag: 1.146,68 €) fest, das **LSG** auf 527,77 €.

IX. Beziehungen zu Leistungserbringern

Nach BSG, Urt. v. 14.11.2024 - **B I KR 32/23 R** - hat ein **Krankenhaus keinen Anspruch** gegen die Krankenkasse auf **Erstattung der Rechtsanwaltskosten**, die in einem **Erörterungsverfahren** nach § 17c Abs. 2b KHG entstanden sind. Hierfür fehlt es an einer **Rechtsgrundlage**. Nach BSG, Urt. v. 14.11.2024 - **B I KR 1/24 R** - umfasst bei der **Eigenverwaltung eines insolventen Krankenhausträgers** die **Befugnis des Sachwalters** zur Anfechtung von Rechtshandlungen gem. § 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. Im Rahmen der hier angeordneten Eigenverwaltung besteht die Verwaltungs- und Verfügungsbefugnis des Schuldners im Grundsatz fort. Er wird lediglich unter die Aufsicht eines Sachwalters gestellt. Nach BSG, Urt. v. 14.11.2024 - **B I KR 27/23 R** - enthält die Fallpauschalenvereinbarung 2016 für die **tagesbezogene Abrechnung wiederkehrender teilstationärer Leistungen** spezielle preisrechtliche Regelungen zur Aufnahme und zur Dauer der Behandlung. Diese beinhalten die Fiktion einer einheitlichen, durchgängigen Behandlung im Quartal. Sie schließen eine vergütungsrechtlich relevante **Verlegung** aus. Nach BSG, Urt. v. 14.11.2024 - **B I KR 29/23 R** - ist die Durchführung einer **Bronchoskopie** unter Verwendung eines mit

Metallschlingen verstärkten und damit lumenstarren 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) und nicht nach dem 1-620.10 (Diagnostische Tracheobronchoskopie mit starrem Instrument) zu kodieren. Nach BSG, Urt. v. 28.08.2024 - **B I KR 18/23**, **B I KR 24/24 R**, **B I KR 25/24 R** und **B I KR 23/24 R** - steht der **Aufrechnung** einer Krankenkasse nicht das **Aufrechnungsverbot** nach § 109 Abs. 6 S. 1 SGB V entgegen. Die in der **Übergangsprüfvereinbarung** für einen Übergangszeitraum geregelte Weitergeltung der Aufrechnungsmöglichkeit nach der Prüfverfahrenvereinbarung 2016 ist mit höherrangigem Recht vereinbar. § 109 Abs. 6 S. 3 SGB V erlaubt nicht nur die Vereinbarung von Ausnahmen zum Aufrechnungsverbot, sondern lässt abweichende Regelungen grundsätzlich zu. Damit überlässt der Gesetzgeber die Realisierung des Aufrechnungsverbots letztlich den Vereinbarungspartnern, stärkt aber durch die Normierung des Aufrechnungsverbots die Verhandlungsposition der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Die Vereinbarung, das Aufrechnungsverbot übergangsweise zu suspendieren, überschreitet die Grenzen des den Vertragsparteien der Prüfverfahrenvereinbarung zugewiesenen normvertraglichen Gestaltungsspielraums jedenfalls nicht. Nach BSG, Urt. v. 28.08.2024 - **B I KR 33/23 R** - setzt die Wirksamkeit der **Aufrechnung** nach § 10 S. 1 PrüfV 2016 die fristgerechte **Mitteilung des bezifferten Erstattungsanspruchs** nach § 8 PrüfV 2016 voraus. Die bloße Bezifferbarkeit anhand der von der Krankenkasse mitgeteilten abschließenden Entscheidung ist nicht ausreichend. Dem Berufen der Klägerin auf die fehlende Bezifferung des Erstattungsanspruchs könnte jedoch der **Einwand unzulässiger Rechtsausübung** entgegenstehen. Hat ein Krankenhaus in der Vergangenheit jedenfalls wiederholt Aufrechnungen einer Krankenkasse ohne Bezifferung des Erstattungsanspruchs akzeptiert, kann es treuwidrig sein, wenn es sich ohne vorherige Ankündigung erstmals nach Ablauf der Ausschlussfrist auf das Fehlen der fristgerechten Bezifferung des Erstattungsanspruchs beruft. Die Ankündigung muss ausdrücklich oder konkludent erkennen lassen, dass eine Beanstandung nicht nur in einem Einzelfall vorliegt, sondern für die Zukunft alle Abrechnungsfälle betreffen soll. Hierzu hat das Landessozialgericht keine Feststellungen getroffen. Nach BSG, Urt. v. 28.08.2024 - **B I KR 23/23** - entsteht der **Anspruch auf die Aufwandspauschale**, sobald eine Abrechnungsminderung bei wirtschaftlicher Betrachtungsweise jedenfalls faktisch ausgeschlossen ist. Die Richtigkeit des vom Krankenhaus abgerechneten Betrages ist insofern ohne Belang. Der Eintritt einer Abrechnungsminderung ist ausgeschlossen, wenn die Krankenkasse wie hier in einem gerichtlichen Verfahren den ungeminderten Abrechnungsbetrag anerkennt. Der Anspruch entsteht **erst mit dem Zugang** des von der Bekl. abgegebenen **Anerkenntnisses** beim Sozialgericht. Nach BSG, Urt. v. 28.08.2024 - **B I KR 23/23** - entsteht der **Anspruch auf die Aufwandspauschale**, sobald eine Abrechnungsminderung bei wirtschaftlicher Betrachtungsweise jedenfalls faktisch ausgeschlossen ist. Die Richtigkeit des vom Krankenhaus abgerechneten Betrages ist insofern ohne Belang. Der Eintritt einer Abrechnungsminderung ist ausgeschlossen, wenn die Krankenkasse wie hier in einem gerichtlichen Verfahren den ungeminderten Abrechnungsbetrag anerkennt. Der Anspruch entsteht **erst mit dem Zugang** des von der Bekl. abgegebenen **Anerkenntnisses** beim Sozialgericht. Nach BSG, Urt. v. 25.06.2024 - **B I KR 12/23** - wird eine **landesvertragliche Regelung**, in der die Abrechnung einer **Erstuntersuchung im Krankenhaus ohne Einweisungsverordnung wie eine vorstationäre Behandlung** erlaubt wird (hier: § 4 Abs. 6 S. 3 des Hamburger Krankenhausvertrags), von der **Regelungskompetenz der Vertragspartner** nach § 112 Abs. 1 und 2 SGB V nicht erfasst. Danach sind die Vertragspartner auf Landesebene nicht ermächtigt, über die im Krankenhausentgeltgesetz festgelegten Entgeltarten hinausgehende Entgelttatbestände für allgemeine Krankenhausleistungen der DRG-Krankenhäuser festzulegen. Nach BSG, Urt. v. 25.06.2024 - **B I KR 20/23** - erfordert die von OPS 8-980 (Version 2015) verlangte Behandlungsleitung durch einen **Facharzt mit der Zusatzweiterbildung „Intensivmedizin“** bei einer **intensivmedizinischen Behandlung**, dass ein solcher Facharzt **zumindest einmal täglich persönlich auf der Intensivstation anwesend** ist und im Übrigen eine **durchgehende Rufbereitschaft** besteht. Dies folgt aus einer eng am Wortlaut orientierten und durch systematische Erwägungen unterstützten Auslegung des OPS 8-980. Dabei sind auch die Besonderheiten der intensivmedizinischen Behandlung zu berücksichtigen, bei der behandlungsleitende Entscheidungen auch unvorhergesehen zu jeder Zeit kurzfristig erforderlich werden können. Nach BSG, Urt. v. 16.05.2024 - **B I KR 29/22 R** - ist in Fortführung der Rspr. zu den Grundlagen und Voraussetzungen eines **Schadensersatzanspruchs der Krankenkasse im Zusammenhang mit einer Verlegung** BSG, Urt. v. 07.03.2023 - **B I KR 4/22 R** - SozR 4-2500 § 69 Nr. 12 Rn. 27 ff. = BSGE 135, 292) betont der Senat den aus der Behandlungspflicht folgenden **grundsätzlichen Vorrang einer medizinisch möglichen Weiterbehandlung im eigenen Haus gegenüber einer grundlosen Verlegung**. Aufgrund dieses Vorrangverhältnisses erfordert eine Weiterbehandlung im eigenen Haus grundsätzlich nicht die Prüfung, ob eine Verlegung wirtschaftlicher wäre. Eine solche **Wirtschaftlichkeitsprüfung** ist auch dann nicht erforderlich, wenn die Verlegung durch einen sachlichen Grund gerechtfertigt ist. Neben zwingenden medizinischen Gründen kann eine Verlegung auch durch zwingende Gründe in der Person des Versicherten oder - beispielsweise in einem mehrstufigen Krankenhausversorgungssystem - durch übergeordnete Gründe der Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung gerechtfertigt sein. Verlegt ein Krankenhaus einen Patienten aber ohne sachlichen Grund, dann trägt es in der Regel das Risiko dadurch verursachter Mehrkosten. Eine schuldhafte (Behandlungs-)Pflichtverletzung des Krankenhauses scheidet in einem solchen Fall nur aus, wenn das grundlos verlegende Krankenhaus trotz sorgfältiger Wirtschaftlichkeitsprüfung ausnahmsweise davon ausgehen durfte, die Verlegung werde keine Mehrkosten verursachen. Nicht entscheidend ist demgegenüber, ob das verlegende Krankenhaus die entstehenden Kosten im Einzelnen im Voraus abschätzen konnte.

Nach BSG, Urt. v. 20.03.2024 - **B I 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 Operationssaal 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 Kl. 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 der Krankenkassen 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 Sicherungsvertrages 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. Apotheken: Missachtung des Substitutionsgebots für rabattierte Arzneimittel

SG Lübeck, Urteil v. 31.05.2023 - S 51 KR 281/20

RID 24-04-85

www.juris.de
SGB V § 129

Eine Apothekerin erwirbt keinen Vergütungsanspruch, wenn sie das **Substitutionsgebot für rabattierte Arzneimittel** aus § 129 Abs. 1 S. 3 SGB V i.V.m. dem Arzneiversorgungsvertrag (AVV) (vgl. hierzu ausführlich BSG, Urt. v. 02.07.2013 - B 1 KR 49/12 R - SozR 4-2500 § 129 Nr. 9, BVerfG, Beschl. v. 07.05.20114 - 1 BvR 3571/13, 1 BvR 3572/13 - nahm die Verfassungsbeschwerden nicht zur Entscheidung an) missachtet. Eine Apothekerin ist danach verpflichtet, bei jeder Verordnung selbständig zu prüfen, ob Arzneimittel existieren, für die eine Rabattvereinbarung besteht, und diese vorrangig abzugeben. Es ist auch nicht entscheidend, in welchem Umfang der Krankenkasse durch die Abgabe eines nichtrabattierten Arzneimittels ein nachweisbarer **Schaden** entstanden ist.

Das SG wies die Klage ab.

2. Absenkung des Herstellerabgabepreises und vorausgehende Preiserhöhung als Inflationsausgleich

SG München, Urteil v. 09.07.2024 - S 35 KR 1744/20

RID 24-04-86

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 130a IIIb

Die **Absenkung des Herstellerabgabepreises** (Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers) von Valdoxan zum 01.03.20219 führt zu einer **Ablösung des Generikaabschlags** nach § 130a Abs. 3b S. 2 Halbs. 1 SGB V. Bei dem mit Wirkung zum 01.07.2018 zugunsten von Valdoxan erfolgten Inflationsausgleich handelt es sich nicht um eine Preiserhöhung i.S.v. § 130a Abs. 3b S. 6 SGB V. Der vorgenommene Inflationsausgleich steht der Ablösung des Generikaabschlags nicht entgegen. Die Ansicht, wonach der **einer Preiserhöhung zeitlich vorausgehende** - anders als der einer Preiserhöhung zeitlich nachgelagerte - **Inflationsausgleich** die Ablösung des Generikaabschlags stets verhindere, führt im Falle von Valdoxan zu einer sachgrundlosen **Ungleichbehandlung**, wodurch die Kl. in ihren Rechten verletzt wird.

Das SG stellte fest, dass das von der Kl. hergestellte und in Verkehr gebrachte Arzneimittel Valdoxan (Wirkstoff: Agomelatin) seit dem 01.03.2019 keiner Abschlagspflicht nach § 130a Abs. 3b SGB V unterliegt und dass die Kl. seit diesem Zeitpunkt nicht verpflichtet ist, den Abschlag nach § 130a Abs. 3b SGB V zu zahlen.

3. Systematische Beeinträchtigung eines Hilfsmittelerbringers

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 18.10.2024 - L 5 KR 308/24 B ER

RID 24-04-87

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 33, 137; SGG § 86b II

Wengleich die Vereinbarung nach § 127 Abs. 1 SGB V den Regelfall darstellt, so bietet die „Ausnahmeregelung“ des § 127 Abs. 3 SGB V die **Möglichkeit der Regelung einzelner Versorgung**.

Nach der Vorgabe des § 127 Abs. 1 S. 6 SGB V ist es an der **Krankenkasse**, zunächst die **Absicht eines Vertragsschlusses bekannt zu machen**. Sie kann nicht darauf verweisen, dass schon vor einer solchen Ankündigung Vertragsverhandlungen möglich seien. Die europaweite Bekanntgabe der Absicht schützt gerade die übrigen Wettbewerber.

Ein **Wirtschaftlichkeitsvergleich** zwischen **Insulinpumpensystemen** ist unzulässig, wenn es sich um unterschiedliche Geräte handelt, die auch mit unterschiedlichen „Siebenstellern“ von den ärztlichen Leistungserbringern zu verordnen sind.

Ein Hilfsmittelerbringer hat keinen Anspruch darauf, dass ihm bei jeder Ablehnung aus wirtschaftlichen Gründen die Möglichkeit eingeräumt wird, sein **eigenes Vertragsangebot nachzubessern**. Aus dem Anspruch auf gesetzeskonforme Beteiligung am Markt resultiert aber, dass das **Unterlassen**

systematischer Beeinträchtigung für den Hilfsmittelerbringer bis zur Aufnahme von Vertragsverhandlungen nach § 127 Abs. 1 SGB V nachvollziehbar wird.

SG Düsseldorf, Beschl. v. 25.04.2024 - S 52 KR 335/24 ER - wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab. Das *LSG* untersagte der Ag. bis zum Beginn von Vertragsverhandlungen zwischen den Beteiligten nach § 127 Abs. 1 SGB V, längstens bis zum rechtskräftigen Abschluss eines Hauptsacheverfahrens, eine beantragte Versorgung ihrer Versicherten mit dem Insulinpumpensystem „MiniMed® 780G“ mit dem zugehörigen CGM-System „Guardian® 4“ der Ast. gem. § 127 Abs. 3 SGB V unter Verweis auf die Insulinpumpen „Omnipod 5“ bzw. „Accu-Chek Solo“ als nicht wirtschaftlich abzulehnen. Zudem verpflichtete es die Ag., bis zum Beginn von Vertragsverhandlungen zwischen den Beteiligten nach § 127 Abs. 1 SGB V, längstens bis zum rechtskräftigen Abschluss eines Hauptsacheverfahrens, bei jeder Ablehnung eines Versichertenantrags auf Versorgung mit dem Insulinpumpensystem „MiniMed® 780G“ mit dem zugehörigen CGM-System „Guardian® 4“ aus wirtschaftlichen Gründen der Ast. die erfolgte Wirtschaftlichkeitsprüfung in pseudonymisierter Form unter Angabe des Abgabepreises und Angabe, ob dem Preis eine Rabattvereinbarung zugrunde liegt, vorzulegen. Im Übrigen wies es die Beschwerde zurück.

4. Ausschluss eines Heilmittelverbandes von der Bildung der Schiedsstelle

LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 16.07.2024 - L 1 KR 121/24 B ER

RID 24-04-88

www.juris.de

SGB V § 125 VI

Ein Anspruch des Beigel. zu 1 auf **Beteiligung an den Verhandlungen** der Neufassung der Anlage 2 des Rahmenvertrages ergibt sich aus seiner Stellung als Vertragspartner des Rahmenvertrages. Zudem ist das Sozialgericht zutreffend davon ausgegangen, dass die fehlende **Maßgeblichkeit** des Beigel. zu 1 nicht hinreichend glaubhaft gemacht ist, was auch in Ansehung des Beschwerdevorbringens zutrifft.

Im Streit steht im Rahmen eines Verfahrens des einstweiligen Rechtsschutzes, mit welchen Spitzenorganisationen im Heilmittelbereich der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie (im Folgenden: 4ST) die Neuverhandlung der zum 30.06.2024 gekündigten Vergütungsfestsetzung stattzufinden hat und welche Verbände berechtigt sind, mit dem Ag. die Schiedsstelle für den Bereich 4ST zu bilden. Die Ast. und die Beigel. sind Berufsverbände für Berufsträger im Heilmittelbereich der 4ST. *SG Berlin*, Beschl. v. 08.04.2024 - S 91 KR 186/24 ER - wies die Anträge ab, das *LSG* die Beschwerde zurück.

5. Ambulante Pflegeleistungen

a) Medikamentenverabreichung durch Einrichtung zur Eingliederungshilfe

LSG Sachsen-Anhalt, Urteil v. 25.04.2024 - L 6 KR 36/18

RID 24-04-89

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 37 II, 132a; SGB XII §§ 75 III, 79; SGG §§ 54, 157 S. 1

Leitsatz: 1. Werden für juristische Personen des Privatrechts an Stelle der Vertreter **Personen „im Auftrag“ tätig**, bedarf es zur Wirksamkeit ihres Handelns der (konkludenten) **Genehmigung der Vertreter**.

2. Ein **Leistungserbringer für Pflegeleistungen** hat keine Widerspruchs-/Klagebefugnis gegen die Ablehnung des **Anspruchs** auf zu erbringende Leistungen gegenüber dem **Versicherten**. Aus der Abtretung von Erstattungsansprüchen folgt keine Vollmacht zur Verfolgung des abgelehnten Anspruchs.

3. Gegen einem dem Erbringer von Pflegeleistungen gegenüber ergangenen Widerspruchsbescheid, wonach er keinen Anspruch auf sachliche Prüfung eines Widerspruchs als Drittbetroffener hat, ist die statthafte **isolierte Anfechtungsklage unbegründet**.

4. Ein Leistungserbringer für ambulante Pflegeleistungen kann mit der Leistungsklage nicht die **Vergütung erbrachter Leistungen** verlangen, die er mit der gleichen juristischen Person als Träger einer Einrichtung der Eingliederungshilfe zu erbringen hatte.

5. Die **Einrichtung der Eingliederungshilfe** ist kein geeigneter Ort zur Erbringung der Behandlungspflege i.S.v. § 37 Abs. 2 Satz 1 SGB V, wenn es um einfachste Maßnahmen (vgl. BSG, Urt. v. 25.02.2015 - B 3 KR 11/14 R - BSGE 118, 122 = SozR 4-2500 § 37 Nr. 13, juris) wie Tablettengabe geht.

6. Ein geregelter Anspruch auf Vergütung bis zur Entscheidung über die Genehmigung betrifft nicht den Fall, in dem der betroffene Träger die **Leistung als Träger der Eingliederungshilfe** ohnehin erbringen muss.

7. Ein **Ausschluss von bestimmten Leistungen** in Verträgen des Leistungserbringers von Pflegeleistungen mit dem Versicherten und Empfänger von Eingliederungshilfe gilt nicht gegenüber dem **Träger der Eingliederungshilfe**, mit dem der Einrichtungsträger einen Leistungsumfang vereinbart hat, der solche Leistungen umfasst.

8. Eine **Abtretung eines Erstattungsanspruchs** geht ins Leere, wenn der Naturalleistungsanspruch sich nicht in einen Erstattungsanspruch umwandeln kann, weil er dem Abtretenden gegenüber bestandskräftig abgelehnt ist.

SG Halle, Urt. v. 23.01.2018 - S 17 KR 282/16 - wies die Klage als unzulässig ab, das *LSG* die Berufung zurück.

b) Medikamentengabe in Wohngruppe: Pflegeunternehmer und Einrichtung zur Eingliederungshilfe

LSG Sachsen-Anhalt, Urteil v. 25.04.2024 - L 6 KR 20/20

RID 24-04-90

www.juris.de = www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 37 II, 132a; SGB XII §§ 75 III, 79; SGG §§ 54, 157 S. 1

Leitsatz: 1. Streiten ein Leistungserbringer für Pflegeleistungen und ein Träger der gesetzlichen Krankenversicherung über die Vergütung erbrachter Naturalleistungen, ist der versicherte **Leistungsempfänger** nicht notwendig **beizuladen**, soweit sein Naturalleistungsanspruch nicht in Streit steht.

2. Ein Leistungserbringer für Pflegeleistungen hat keine **Widerspruchs-/Klagebefugnis** gegen die **Ablehnung des Anspruchs** auf zu erbringende Leistungen gegenüber dem Versicherten. Aus der Abtretung von Erstattungsansprüchen folgt keine Vollmacht zur Verfolgung des abgelehnten Anspruchs.

3. Gegen den einem Leistungserbringer für Pflegeleistungen ihr gegenüber ergangenen **Widerspruchsbescheid**, wonach er keinen Anspruch auf sachliche Prüfung eines Widerspruchs als Drittbetroffene hat, ist die statthafte isolierte **Anfechtungsklage** unbegründet.

4. Ein **Leistungserbringer für ambulante Pflegeleistungen** kann mit der Leistungsklage nicht die Vergütung erbrachter Leistungen verlangen, die er mit der gleichen juristischen Person als **Träger einer Einrichtung der Eingliederungshilfe** zu erbringen hatte.

5. Die **Einrichtung der Eingliederungshilfe** ist kein geeigneter Ort zur Erbringung der **Behandlungspflege** i.S.v. § 37 Abs. 2 Satz 1 SGB V, wenn es um einfachste Maßnahmen (vgl. BSG, Urt. v. 25.02.2015 - B 3 KR 11/14 R - BSGE 118, 122 = SozR 4-2500 § 37 Nr. 13, juris) wie Tablettengabe und Auftragen einer Salbe in begrenzten Körperregionen geht.

6. Ein geregelter Anspruch auf **Vergütung bis zur Entscheidung über die Genehmigung** betrifft nicht den Fall, in dem der betroffene Träger die Leistung als Träger der Eingliederungshilfe ohnehin erbringen muss.

7. Ein **Ausschluss von bestimmten Leistungen** in Verträgen mit dem Versicherten und Empfänger von Eingliederungshilfe gilt nicht gegenüber dem Träger der Eingliederungshilfe, mit dem der Einrichtungsträger einen Leistungsumfang vereinbart hat, der solche Leistungen umfasst.

SG Halle, Urt. v. 04.02.2020 - S 16 KR 84/17 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

X. Angelegenheiten der Krankenkassen

1. Kostenerstattung: Krankenhausbehandlung oder stationäre Rehabilitationsmaßnahme

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 21.08.2024 - L 2 R 329/22

RID 24-04-91

www.juris.de

SGB V §§ 27, 39, 40, 107, 108, 111, 275; SGB IX §§ 1, 14, 37

Leitsatz: Die Entscheidung der Krankenkasse, ob einer psychisch schwer erkrankten Versicherten eine klassische **Krankenhausbehandlung oder eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme** zu gewähren

ist, hat sich an der **Zielvorstellung** auszurichten, in medizinischer Hinsicht den bestmöglichen und andauernden Heilerfolg zu bewirken.

Die kl. Krankenkasse beehrte von dem bekl. Rentenversicherungsträger die Erstattung von Krankenhauskosten in Höhe von 16.926,66 €. Die Klinik hat als Rehabilitationseinrichtung einen Versorgungsvertrag gemäß § 111 SGB V abgeschlossen; sie gehört nicht zu den zugelassenen Krankenhäusern i.S. der §§ 39, 108 SGB V. *SG Bremen*, Urt. v. 10.11.2022 - S 53 R 102/19 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

C. ENTSCHEIDUNGEN ANDERER GERICHTE

I. Ärztliches Berufsrecht

1. Approbation/Berufserlaubnis

a) Approbation

aa) Kenntnisprüfung: Facharzt für Allgemeinmedizin kein zulässiger Prüfer

VGH Bayern, Beschluss v. 15.10.2024 - 7 ZB 24.231

RID 24-04-92

www.juris.de

BÄO § 3 III; ÄApprO § 37 I 1, IV 5

Gemäß § 37 Abs. 1 S. 1 ÄApprO sind Inhalt der **Kenntnisprüfung** nach § 3 Abs. 3 S. 3 BÄO die Fächer Innere Medizin und Chirurgie. Die Prüfungskommission besteht aus drei Mitgliedern, § 37 Abs. 4 S. 3 ÄApprO. Als Vorsitzende, weitere Mitglieder und Stellvertreter werden Professoren oder andere Lehrkräfte der Fächer, die Gegenstand der Prüfung sind, bestellt, § 37 Abs. 4 S. 5 ÄApprO. **Ein Facharzt für Allgemeinmedizin** fällt nicht in den durch § 37 Abs. 4 S. 5 ÄApprO begrenzten Kreis der möglichen **Prüfer**. Ein Facharzt für Allgemeinmedizin ist nicht unter das Fach Innere Medizin zu subsumieren.

bb) Wiedererteilung der ärztlichen Approbation nach Widerruf: Facharzt für Anästhesiologie

OVG Saarland, Beschluss v. 18.09.2024 - 1 A 104/23

RID 24-04-93

www.juris.de

BÄO §§ 5 II, 8; VwGO § 124; GG Art. 12

Ernstliche Richtigkeitszweifel folgen nicht aus dem Vorbringen, das Verwaltungsgericht habe das Spezialgebiet des Kl. (**Facharzt für Anästhesiologie**) unberücksichtigt gelassen; er werde bei seinem Alter (geb. 1952) keine eigene Praxis mehr betreiben, sondern nur im Falle der Verhinderung eines anderen Facharztes tätig werden, wobei diese Tätigkeit eigenverantwortlich erfolgen müsse, weil Beratungen vor einer Operation nicht unter Aufsicht erfolgen könnten. Der Einwand, er werde **nur als „Vertretungsarzt“ arbeiten**, ändert nichts daran, dass der Kl. nach Widerruf seiner Approbation die Würdigkeit zur Ausübung des ärztlichen Berufes wiedererlangt haben muss. Nicht zuletzt das fortgeschrittene Alter des Kl. wie auch der Umstand, dass er seit rund zehn Jahren an der Ausübung seines Berufes gehindert ist, haben das Verwaltungsgericht im Übrigen dazu bewogen, den Bekl. auf den Hilfsantrag zu verpflichten, über den Antrag des Kl. auf **Erteilung einer „Bewährungserlaubnis“** nach § 8 BÄO zu entscheiden, um ihm die Möglichkeit zu geben, sich in seinem Beruf zu bewähren.

b) Entziehung der Approbation

aa) Medizinisch nicht indizierte Stoßwellentherapien

VG Arnsberg, Urteil v. 22.08.2024 - 7 K 2764/22

RID 24-04-94

www.juris.de

BÄO §§ 3 I 1 Nr. 2, 5 II 1

Ein Arzt, der nach den amtsgerichtlichen Feststellungen in sieben Fällen vorsätzliche **Körperverletzungen** begangen hat, indem er in der von ihm betriebenen urologischen Arztpraxis sog. Stoßwellentherapien zur Behandlung von Nierensteinen (**extrakorporale Stoßwellenlithotripsien**) bei zwei Patienten vornahm, obwohl er aufgrund der von den Patienten geschilderten Umstände und der selbst vorgenommenen Voruntersuchung wusste, dass **Nierensteine** bei den Patienten **nicht vorlagen** oder die Behandlung durch Stoßwellentherapie sinnlos und nicht medizinisch indiziert war, wobei er billigend in Kauf nahm, dass die Patienten durch die Behandlung körperliche Schmerzen erleiden würden, und der sich darüber hinaus des gewerbsmäßigen **Betruges** in elf Fällen strafbar gemacht hat, indem er vier privat krankenversicherten Patienten die zuvor genannten medizinisch nicht indizierten Behandlungen in Rechnung stellte, ist zur Ausübung des ärztlichen Berufes unwürdig.

Als Anhaltspunkt für die **Mindestdauer** des für die **Wiedererlangung der Würdigkeit** erforderlichen Reifeprozesses kann deswegen von einem Zeitraum von acht Jahren ausgegangen werden.

bb) Feststellung der Unwürdigkeit zur Berufsausübung: Reichsbürgernahe Auffassungen

VG Köln, Urteil v. 05.07.2024 - 37 K 6200/23.T

RID 24-04-95

www.juris.de

HeilBerG NRW §§ 29 I 1, 30, 31

Eine Ärztin, die in ihrer Praxis jedenfalls in der Zeit von Januar bis Dezember 2021 entgegen der seinerzeit in Nordrhein-Westfalen geltenden Verordnung zum Schutz vor Neuinfizierungen mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 (**Coronaschutzverordnung** - CoronaSchVO NRW) **keine Mund-Nasen-Bedeckung** getragen und ferner geduldet hat, dass sich ihre Mitarbeiterinnen sowie ihre Patienten ohne Befreiungsattest in ihrer Praxis ohne Mund-Nasen-Bedeckung aufhielten, hat sich eines einheitlich zu würdigenden Berufsvergehens schuldig gemacht.

Eine Ärztin beachtet nicht den anerkannten **Stand der medizinischen Erkenntnisse**, indem sie in der **Impfung gegen Covid-19** eine Maßnahme der Bevölkerungskontrolle sieht und dies im Rechtsverkehr vertritt.

Eine Ärztin beachtet nicht den anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse, indem sie ein **Impfbefreiungsattest** allein mit der Begründung ausstellt, die Impfung enthalte „sehr giftige Substanzen“.

Eine Ärztin entspricht nicht dem ihr bei der Ausübung ihres Berufs entgegengebrachten Vertrauen, indem sie juristisch unvertretbare **Thesen zur Fortgeltung etwaiger „S.H.A.E.F.-Gesetze“** und **weitere reichsbürgernahe Auffassungen** im Rechtsverkehr mit dem Amtsgericht Köln, der Staatsanwaltschaft Köln sowie der Ast. vertritt.

Einer Ärztin, die zum Ausdruck bringt, dass sie **den Staat**, von dem sie ihre Approbation und ihren Kassensitz erhalten hat, sowie **die in diesem Staat geltende Rechtsordnung vollständig und rigoros ablehnt** und sich an keinerlei Rechtsvorschriften gebunden fühlt, kann ein für die Berufsausübung unabdingbares Vertrauen nicht mehr entgegengebracht werden. Patienten können sich ihr nicht mehr uneingeschränkt anvertrauen, weil sie nicht sicher sein können, dass die Ärztin die dem Patientenschutz dienenden Rechtsvorschriften beachten wird. Die Feststellung der **Unwürdigkeit zur Berufsausübung** stellt nach allem die einzig angemessene berufsrechtliche Sanktion dar.

cc) Wiedererlangung der Würdigkeit bei Zeitdauer von ca. 10 Jahren

VGH Bayern, Urteil v. 03.07.2024 - 21 B 24.513

RID 24-04-96

www.juris.de

BÄO §§ 3 I 1 Nr. 2, 5 II 1; ZHG §§ 2 I 1 Nr. 2, 4 II 1

Ein Arzt und Zahnarzt hat seine **Würdigkeit** zur Ausübung des (zahn-)ärztlichen Berufs **wiedererlangt**, wenn die einen Widerruf der Approbation grundsätzlich rechtfertigende Sachlage (hier: Abrechnungsbetrug gegenüber Privatpatienten i.H.v. 19.050 € in 6 tatmehrheitlichen Fällen in Tatmehrheit mit 5 tatmehrheitlichen Fällen des versuchten Betrugs, Verurteilung zu Gesamtgeldstrafe von 360 Tagessätzen) sich in dem **fast zehn Jahre andauernden Zeitraum** seit letzter Tathandlung (März 2006) bis zum Bescheiderlass am 19.01.2016 nachweislich „zum Guten geändert“ hat, wenn der Arzt einen **inneren Reifeprozess zur Kompensation** der zu Tage getretenen charakterlichen Mängel durchlaufen und das erforderliche Ansehen und Vertrauen der Patienten in die Integrität der Ärzteschaft zurückerlangt hat.

c) Berufserlaubnis

aa) Vorrang der Gleichwertigkeitsprüfung trotz erfolgloser Kenntnisprüfung

VGH Bayern, Beschluss v. 16.08.2024 - 21 CE 24.1212

RID 24-04-97

www.juris.de

BÄO §§ 3 III 1, 10 III; VwGO § 123

In Abhängigkeit vom Ergebnis der durchgeführten Gleichwertigkeitsprüfung ist dem Arzt entweder die Approbation zu erteilen (§ 3 Abs. 3 S. 1 BÄO) oder binnen vier Monaten ab Eingang der vollständigen Unterlagen ein rechtsmittelfähiger Bescheid nach § 3 Abs. 3 S. 3 i.V.m. Abs. 2 S. 8 BÄO zu erlassen. Erst wenn letzterer vorliegt, kann auf dessen Grundlage die Kenntnisprüfung nach § 3 Abs. 3 S. 3 BÄO stattfinden. Nach den gesetzlichen Bestimmungen besteht weder eine Wahlmöglichkeit zwischen **Gleichwertigkeitsprüfung** und **Kenntnisprüfung** noch kann auf die Gleichwertigkeitsprüfung verzichtet werden.

bb) Verlängerung der Berufserlaubnis: Keine Durchführung der Gleichwertigkeitsprüfung

VG Bayreuth, Beschluss v. 01.08.2023 - B 10 E 23.553

RID 24-04-98

www.juris.de

BÄO § 10 III; ÄApprO § 34

Ein **besonderer Einzelfall** im Sinne des § 10 Abs. 3 S. 1 BÄO kann in Abwägung der betroffenen Rechtsgüter ausnahmsweise auch dann vorliegen, wenn die Voraussetzungen für die Erteilung der Approbation innerhalb der zwei Jahre nach § 10 Abs. 2 S. 2 BÄO nicht hergestellt werden konnten. Aus dem Normzusammenhang ergibt sich, dass eine Verlängerung grundsätzlich nur dann infrage kommen kann, wenn das zugrundeliegende Approbationsverfahren aus Gründen andauert, die nicht oder nicht überwiegend aus der Sphäre der Ast. herrühren (VG Bremen, Beschl. v. 22.10.2018 - 5 V 2130/18 - juris Rn. 25, RID 19-01-186). Dies ist der Fall, wenn die **Gleichwertigkeitsprüfung** nicht durchgeführt wird. Nach der Rspr. ist die zuständige Behörde nicht berechtigt, im Rahmen des Approbationsverfahrens auf eine Gleichwertigkeitsprüfung der ärztlichen Ausbildung zu verzichten und die Teilnahme an einer Kenntnisprüfung zu fordern.

2. Strafrecht

a) BVerfG: Darlegungsanforderungen in Klageerzwingungsverfahren wegen sexuellen Missbrauchs

BVerfG, 2. Sen. 1. Ka., Beschluss v. 19.09.2024 - 2 BvR 350/21

RID 24-04-99

www.juris.de

StGB § 174c II; StPO § 172 III 1

Der angegriffene Beschluss des Oberlandesgerichts verstößt gegen Art. 19 Abs. 4 GG. Der Strafsenat hat die **Darlegungsanforderungen überspannt**, weil er den Antrag auf gerichtliche Entscheidung für unzulässig hielt, obwohl die Bf. den wesentlichen Inhalt der Beschuldigteneinlassung und der Einstellungsentscheidungen dargestellt und sich mit den rechtlich relevanten Umständen hinreichend befasst hat.

Mit der Angabe des Beschuldigten, es habe sich um eine Liebesbeziehung gehandelt, hat sich die Bf. befasst. Dem **Bestreiten eines faktischen Behandlungsverhältnisses** ist sie durch die Mitteilung, der Beschuldigte habe ihr empfohlen, ein Fachbuch durchzuarbeiten und ein von ihm geleitetes Seminar zu besuchen, hinreichend entgegengetreten. Die Ausführungen genügen in der Zusammenschau mit weiteren, ebf. durch die Antragschrift mitgeteilten Umständen - insb. zum vorausgehenden Therapieverhältnis, dem Kontaktangebot des Beschuldigten während der stationären Behandlung, dem engen zeitlichen Zusammenhang zwischen dem stationären Aufenthalt und den behaupteten sexuellen Handlungen sowie dem auszugsweise vorgelegten Kurznachrichtenverlauf -, um ein faktisches Behandlungsverhältnis nicht von vornherein auszuschließen. Entgegen der Auffassung des Oberlandesgerichts war es nicht notwendig, auf die weiteren Einzelheiten der vom Beschuldigten behaupteten Liebesbeziehung einzugehen. Soweit der Beschuldigte angibt, zwischen ihm und der

Beschwerdeführerin habe sich eine **Liebesbeziehung „auf Augenhöhe“** entwickelt, waren weitergehende Ausführungen nicht veranlasst, weil es sich bei dem Merkmal der Liebesbeziehung „auf Augenhöhe“ um eine Negativabgrenzung zur „Ausnutzung eines Behandlungsverhältnisses“ handelt (vgl. BGH, Urt. v. 14.04.2011 - 4 StR 669/10 - BGHSt 56, 226 <234 Rn. 40> m.w.N., RID 11-03-317; BGH, Urt. v. 29.06.2016 - 1 StR 24/16 - BGHSt 61, 208 <216 Rn. 25>, RID 16-03-209; OLG Hamm, Urt. v. 27.09.2022 - 5 RVs 60/22 - juris Rn. 18, RID 22-04-152), dessen Vorliegen die Bf. substantiiert behauptet hat.

Die Bf. wandte sich mit ihrer Verfassungsbeschwerde gegen einen Beschl. des OLG Stuttgart in einem Klageerzwingungsverfahren sowie die dieser Entscheidung vorausgegangenen Bescheide der Staatsanwaltschaft Stuttgart und der Generalstaatsanwaltschaft Stuttgart. Die Bf. erstattete im Februar 2020 eine Strafanzeige gegen ihren ehemaligen Psychotherapeuten (im Folgenden: Beschuldigte) wegen Verdachts eines sexuellen Missbrauchs unter Ausnutzung eines Behandlungsverhältnisses (§ 174c Abs. 2 StGB a.F.). Sie gab an, im Sommer 2017 wegen multipler psychischer Erkrankungen in einem Klinikum stationär behandelt worden zu sein, wobei der Beschuldigte der für ihre Heilbehandlung zuständige Arzt gewesen sei. Er habe ihr angeboten, dass sie sich auch nach Beendigung der stationären Therapie jederzeit bei ihm melden könne, wenn es Probleme gebe. Nach ihrer Entlassung habe sie den Beschuldigten über einen Kurznachrichtendienst kontaktiert und diesem mehrere von ihr in psychischen Krisenzeiten gezeichnete Bilder übersandt. Daraufhin habe sich eine intensive Kommunikation über therapeutische und sexuelle Inhalte entwickelt, in deren Folge sie mit dem Beschuldigten bei drei Gelegenheiten, u.a. nach einem von ihm empfohlenen und geleiteten Seminar, einvernehmlichen Geschlechtsverkehr gehabt habe; hierbei habe der Beschuldigte ihre weitere Behandlungsbedürftigkeit ausgenutzt. Neben einem umfangreichen Kurznachrichtenverlauf mit zahlreichen Lichtbildern legte die Bf. eine von ihr verfasste Nachricht vor, in der sie dem Beschuldigten nach dem behaupteten ersten sexuellen Kontakt geschrieben hatte: „Du hast mich sehr berührt und ich bereue nichts!! Es war sehr schön dich zu lieben u. deine Leidenschaft zu spüren“. Die Staatsanwaltschaft Stuttgart leitete ein Ermittlungsverfahren gegen den Beschuldigten ein. Im Rahmen seiner Einlassung bestritt der Beschuldigte die Vorwürfe. Zwischen ihm und der Bf. habe sich nach dem stationären Klinikaufenthalt eine Liebesbeziehung auf Augenhöhe entwickelt; ein Behandlungsverhältnis habe zu dieser Zeit nicht bestanden. Unabhängig davon sei es nicht zu sexuellen Handlungen gekommen. Dies folge schon aus seiner erektilen Dysfunktion. Die Staatsanwaltschaft stellte das Ermittlungsverfahren im Oktober 2020 ein, weil ein hinreichender Tatverdacht nicht bestehe (§ 170 Abs. 2 StPO). Der hiergegen erhobenen Einstellungsbeschwerde gab die Generalstaatsanwaltschaft im November 2020 keine Folge. Die Bf. stellte daraufhin einen Antrag auf gerichtliche Entscheidung nach § 172 Abs. 2 und 3 StPO, den das OLG als unzulässig verwarf. Das **BVerfG** stellte fest, dass OLG Stuttgart, Beschl. v. 20.01.2021 - 1 Ws 1/21 - die Bf. in ihrem Recht aus Art. 19 Abs. 4 GG verletze. Es hob den Beschl. auf und verwies die Sache an das OLG Stuttgart zurück. Im Übrigen nahm es die Verfassungsbeschwerde nicht zur Entscheidung an.

b) BGH: Abbruch der kurativen Therapie/Tötung

BGH, Beschluss v. 29.05.2024 - 4 StR 138/22

www.juris.de

StGB §§ 34, 212

RID 24-04-100

Auf die Revision des Angekl. wird **LG Essen**, Urt. v. 03.11.2021 - 22 Ks 8/21 - RID 22-03-130 mit den Feststellungen aufgehoben. Die Sache wird zu neuer Verhandlung und Entscheidung, auch über die Kosten des Rechtsmittels, an eine andere Strafkammer des Landgerichts zurückverwiesen.

Die Verurteilung wegen vollendeten Totschlags hält rechtlicher Nachprüfung nicht stand, weil die **Ursächlichkeit der Kaliumchloridgabe für den Todeseintritt nicht tragfähig belegt** ist. Bei dieser Sachlage kommt es auf die von der Revision erhobenen Verfahrensrügen nicht mehr an.

c) Auskunftsanspruch einer Krankenkasse gegenüber Staatsanwaltschaft

OLG Braunschweig, Beschluss v. 28.08.2024 - 1 VAs 1-3/23, 1 VAs 1/23, 1 VAs 2/23, 1 VAs 3/23

www.juris.de

StPO § 106d; StPO §§ 474 II, 479 IV

Leitsatz: Krankenkassen als Körperschaften öffentlichen Rechts haben einen **Anspruch auf Erteilung von Auskünften aus Ermittlungsakten** gemäß § 474 Abs. 2 Nr. 1 StPO zur Prüfung der Rechtmäßigkeit und Plausibilität der Abrechnungen in der vertragsärztlichen Versorgung.

3. Berufspflichten

a) Professorenbezeichnung nur mit Angabe der Fakultäts- und Hochschulzugehörigkeit

VGH Bayern, Beschluss v. 08.08.2024 - 21 ZB 21.1536

www.juris.de

HKG Bayern Art. 17, 19 Nr. 3 u. 7

Eine Fachärztin für Allgemeinmedizin ist nicht berechtigt, als Professorin für Traditionelle Europäische Naturheilkunde, Traditionelle Chinesische Medizin und Medizinpädagogik an der staatlich anerkannten Deutschen Hochschule für Gesundheit und Sport, Berlin, die **Professorenbezeichnung** ohne **Angabe der Fakultäts- und Hochschulzugehörigkeit** zu führen.

Die **Verwendung eines Professorentitels** durch einen Arzt im Zusammenhang mit seinem Beruf, z.B. auf dem Praxisschild oder der Praxishomepage, ist eine **Praxisankündigung** und weist auch werbenden Charakter auf. Art. 27 Abs. 6 S. 4 BO hält sich damit im Rahmen des Art. 17 HKaG. 7

b) Einsicht in die Akten eines Haftpflichtprozesses durch Landeszahnärztekammer

Bayerisches Oberstes Landesgericht, Beschluss v. 17.10.2024 - 102 VA 81/24

www.juris.de

ZPO § 299 II; GG Art. 35 I; GVGG §§ 23, 28

Leitsatz: 1. Ersucht eine **Landeszahnärztekammer** zum Zweck der Überprüfung eines **berufsrechtlichen Verstoßes** eines ihrer Mitglieder um **Einsicht in die Akten eines Haftpflichtprozesses**, handelt es sich nicht um ein Akteneinsichtsgesuch im Sinne des § 299 Abs. 2 ZPO, sondern um ein **Amtshilfeersuchen** des Art. 35 Abs. 1 GG.

2. Das um gerichtliche Entscheidung gemäß §§ 23 ff. EGGVG angegangene Gericht hat im Rahmen der **Prüfung der Rechtmäßigkeit** des angegriffenen Verwaltungsakts (§ 28 Abs. 1 Satz 1 EGGVG) auch zu prüfen, ob dieser kraft einer anderen als der angegebenen **Rechtsgrundlage** rechtmäßig ist. Dabei darf das Gericht allerdings nicht anstelle der zuständigen Justizbehörde eine eigene Ermessensentscheidung treffen (§ 28 Abs. 3 EGGVG).

c) Datenübermittlung aus staatsanwaltschaftlichen Ermittlungsakten an Kammeranwalt

OLG Karlsruhe, Beschluss v. 01.08.2024 - 2 VAs 11/24

www.juris.de

GVGG § 23; StPO §§ 474, 479 IV

Leitsatz: 1. Nach § 479 Abs. 4 S. 2 StPO trägt in den Fällen des § 474 StPO - abweichend vom Grundsatz des § 479 Abs. 4 S. 1 StPO - die **Verantwortung für die Zulässigkeit der Übermittlung personenbezogener Daten**, namentlich deren Erforderlichkeit als Ausprägung des allgemeinen Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes, nicht die übermittelnde Stelle, sondern der Empfänger, sofern dieser eine öffentliche Stelle ist.

2. Die **ersuchende Stelle** trägt dabei nicht nur die Verantwortung dafür, ob überhaupt die Übermittlung der begehrten Auskünfte erforderlich ist, sondern auch zu welchem Zeitpunkt dies der Fall ist.

3. Eine **Bezirksärztekammer** und ein ihr angegliedertes **Bezirksberufsgericht** ist als Körperschaft des öffentlichen Rechts eine „öffentliche Stelle“ i.S.d. § 474 Abs. 2 S. 1 StPO.

4. Die Zulässigkeit der **Datenübermittlung** aus staatsanwaltschaftlichen Ermittlungsakten an den **Kammeranwalt eines Bezirksberufsgerichts** für Ärzte ergibt sich aus § 14 Abs. 1 Nr. 4 a) und b) EGGVG, wenn die Kenntnis der Daten für dienstrechtliche Maßnahmen oder Maßnahmen der Aufsicht erforderlich ist.

Die Staatsanwaltschaft führte seit dem 30.05.2023 gegen den Ast., der als niedergelassener Arzt Mitglied der Bezirksärztekammer S. ist, ein Ermittlungsverfahren wegen des Verdachts des sexuellen Missbrauchs unter Ausnutzung eines Beratungs-, Behandlungs- oder Betreuungsverhältnisses gemäß § 174c Abs. 1 StGB, ursprünglich zum Nachteil eines ehemaligen, zwischenzeitlich verstorbenen Patienten. Zwischenzeitlich wurde das Ermittlungsverfahren um weitere gleichartige Tatvorwürfe zum Nachteil eines weiteren Patienten erweitert. Die Staatsanwaltschaft hat die Ermittlungen am 17.07.2024 abgeschlossen und hat Strafbefehlsantrag beim Amtsgericht E. gestellt, über den bislang nicht entschieden wurde. Mit Verfügung vom 13.05.2024 bewilligte die Staatsanwaltschaft die begehrte vollständige Akteneinsicht des Kammeranwalts in die Ermittlungsakten der Staatsanwaltschaft. Das **OLG** verwarf den Antrag auf gerichtliche Entscheidung als unbegründet.

d) Amtsenthebung eines ehrenamtlichen Richters am Heilberufegericht

OVG Thüringen, Beschluss v. 25.06.2024 - 9 LBG 58/24

RID 24-04-105

www.juris.de

HeilBerG Thüringen §§ 1, 2, 51; GG Art. 20, 30, 92, 97 II, 101 II

Leitsatz: Ein **ehrenamtlicher Richter** eines Berufsgerichts für Heilberufe ist in Thüringen seines Amtes zu entheben, wenn er der **Landesärztekammer nicht mehr angehört**.

4. Heranziehung zum zahnärztlichen Notdienst bei Zweigpraxis in anderem Bezirk

OVG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 03.09.2024 - 13 A 2243/21

RID 24-04-106

www.juris.de

HeilBerG NRW §§ 6, 30, 31

Ein Zahnarzt kann auf der Grundlage einer Notfalldienstordnung mit dem Faktor von 2,0 (1,0 für ihn selbst und 1,0 für den angestellten Zahnarzt) zum **Notdienst** herangezogen werden, wobei 1,5 auf den Sitz der Hauptpraxis in T. und 0,5 auf die Zweigpraxis in V. entfallen. Da der Kl. darum gebeten hatte, den Notdienst nur in T. zu verrichten, führte die hiervon abweichende Heranziehung ausschließlich für T. nicht zu einer Rechtsverletzung.

Es kann unberücksichtigt bleiben, dass der Zahnarzt im **Zuständigkeitsbereich einer anderen Zahnärztekammer**, in dessen Bezirk er eine **weitere Zweigpraxis** betreibt, mit dem Faktor 0,3 zum Notfalldienst herangezogen wird. Dies begründet weder einen Verstoß gegen Art. 12 Abs. 1 GG noch gegen Art. 3 Abs. 1 GG und steht auch nicht im Widerspruch zu BSG, Ur. v. 13.02.2019 - B 6 KA 51/17 R - SozR 4-2500 § 75 Nr. 20.

5. Weiterbildung: Beginn des Weiterbildungsverhältnisses

VG Ansbach, Urteil v. 15.05.2023 - AN 4 K 22.01879

RID 24-04-107

www.juris.de

HKaG Bayern Art. 30 II

Leitsatz: 1. Für den **Beginn des Weiterbildungsverhältnisses** i.S.v. Art. 30 Abs. 2 S. 2 HKaG kann in Anwendung der maßgeblichen arbeitsrechtlichen Rechtsprechung jedenfalls nicht auf den **Vertragsschluss** des Weiterbildungsverhältnisses abgestellt werden.

2. Vor dem Hintergrund, dass die Gesetzesbegründung zu Art. 30 Abs. 2 S. 2 HKaG eine Übergangsregelung dahingehend vorsieht, dass bereits begonnene Weiterbildungen nach alter Rechtslage fortgeführt werden können, scheidet eine auf den Vertragsschluss abstellende extensive Auslegung des Weiterbildungsbeginnes an dem **mutmaßlichen Willen des Gesetzgebers**. Entsprechendes gilt ebenso für die Rechtsinstitute der Analogie bzw. der teleologischen Reduktion.

6. Anspruch auf Überlassung einer ersten Kopie der Behandlungsunterlagen

OLG Dresden, Urteil v. 01.10.2024 - 4 U 425/24

RID 24-04-108

www.juris.de

BGB § 630g; EUV 2016/679 Art. 15

Leitsatz: 1. Ein unentgeltlicher **Anspruch auf Überlassung einer ersten Kopie der Behandlungsunterlagen** steht dem **Patienten** auch dann zu, wenn er die Geltendmachung mit der Absicht, eine **Schadensersatzforderung** geltend zu machen, begründet.

2. Auch der in der Sache nicht gerechtfertigte Vorwurf jahrelangen **Drogenmissbrauchs** gegenüber einem Patienten durch den behandelnden Psychiater stellt regelmäßig keine schwere **Persönlichkeitsrechtverletzung** dar, die einen Anspruch auf eine Geldentschädigung rechtfertigen könnte.

II. Arzthaftung

1. Bundesgerichtshof (BGH)

a) Bestimmung der Passivlegitimation: Erstversorgung durch Durchgangsarzt

BGH, Urteil v. 30.07.2024 - VI ZR 115/22

RID 24-04-109

www.juris.de

SGB VII §§ 27 I, 34 I, III; BGB § 839; GG Art. 34

Leitsatz: Zum Begriff der **Erstversorgung** durch den **Durchgangsarzt** und zur Bedeutung der Eintragungen im Durchgangsarztbericht bei der Bestimmung der **Passivlegitimation** (Fortführung von Senatsurteil vom 29. November 2016 - VI ZR 208/15, BGHZ 213, 120).

b) Gewährung rechtlichen Gehörs: Ergänzende Anhörung des Sachverständigen

BGH, Beschluss v. 02.07.2024 - VI ZR 240/23

RID 24-04-110

www.juris.de

ZPO § 544 IX; GG Art. 103 I

Leitsatz: Zur Verletzung des **Anspruchs auf Gewährung rechtlichen Gehörs** in einem Arzthaftungsprozess.

2. Behandlungsfehler

a) Grober Behandlungsfehler und Beweiserleichterung

OLG Köln, Urteil v. 06.11.2024 - 5 U 2/24

RID 24-04-111

www.juris.de

ZPO § 286

Leitsatz: Die sich aus einem **groben Behandlungsfehler** ergebende **Beweiserleichterung** in Bezug auf den Kausalzusammenhang zwischen Behandlungsfehler und Gesundheitsschaden bezieht sich nur auf den **Primärschaden** und typische Folgeschäden. Der Tod des Patienten an einem Lungenversagen stellt sich - jedenfalls nach den im vorliegenden Fall getroffenen Feststellungen - nicht als typischer Folgeschaden einer **verzögerten Gallenblasenoperation** und hierdurch verursachter Primärschäden wie einer Zunahme der Entzündung und einer Nekrose der Gallenwand dar.

Nach Schluss der mündlichen Verhandlung in einem nicht nachgelassenen Schriftsatz angekündigte Anträge sind unzulässig. **Anträge** sind spätestens in der letzten mündlichen Verhandlung zu stellen. Eine Wiedereröffnung der mündlichen Verhandlung zu dem Zweck, einem unzulässigen Antrag zur Zulässigkeit zu verhelfen, scheidet regelmäßig aus.

b) Hebamme/Pädiaterin: Nichtbeachtung der Blutgasanalyse/Schmerzengeld

OLG Hamburg, Urteil v. 05.09.2024 - 1 U 95/23

RID 24-04-112

www.juris.de

BGB §§ 249 ff., 253 II, 280 I, 611

Grundsätzlich hat das Gericht einen **Sachverständigen** aus dem betreffenden medizinischen Fachgebiet des beklagten Arztes auszuwählen. Die Geburtshilfe ist das medizinische Fachgebiet, das hinsichtlich eines **Behandlungsfehlers einer Hebamme** zu beurteilen ist. Die Begutachtung hat unter Zugrundelegung des fachlichen Standards einer Hebamme zu erfolgen.

Eine **fachärztliche Geburtsüberwachung** ist spätestens dann geboten, wenn sich eine Phase durchgängig pathologischer fetaler Herzfrequenz mit negativen Zusatzkriterien (hier: im Zeitraum 2:20 Uhr bis 2:49 Uhr) auch an eine Phase einer Erholung der kindlichen Herzfrequenz anschließt. Es reicht nicht aus, lediglich eine weitere Hebamme hinzuzuziehen.

Einer **Pädiaterin** unterläuft ein Behandlungsfehler, wenn sie die in Lebensminute 19 um 3:08 Uhr gemessenen **Ergebnisse der Blutgasanalyse** (BGA IV) selbst bereits **nicht zur Kenntnis nimmt** und deshalb verkennt, dass der pCO²-Wert um 3:08 Uhr 146,8 mmHG betrug. Bei der Nichtkenntnisnahme der Ergebnisse der BGA IV handelt es sich um eine verzögerte, d.h. nicht rechtzeitige Befunderhebung, die einer unterlassenen Befunderhebung gleichsteht.

Das **Schmerzensgeld** ist nicht überhöht. Das Landgericht hat zu Recht einen Kapitalbetrag von insgesamt 800.000 € als angemessen erachtet.

c) Geburt unter Anleitung und Aufsicht des Arztes

OLG Hamm, Urteil v. 16.04.2024 - 26 U 86/23

RID 24-04-113

www.juris.de

BGB §§ 253 II, 278 II, 280 I, 630a, 823, 831

Soweit der Kl. in der Berufungsinstanz weiterhin rügt, dass der Arzt nicht der **Hebamme** die Entwicklung des Kl. hätte überlassen dürfen, so hat der Sachverständige bereits erstinstanzlich nachvollziehbar und überzeugend ausgeführt, dass die Geburt ausweislich der Dokumentation unter der **Anleitung und Aufsicht des Arztes** im Rahmen des Standards und lege artis gewesen ist.

d) Keine Anhaltspunkte für eine Kniegelenksinfektion nach Knie-TEP-Wechsel

OLG Hamm, Urteil v. 17.05.2024 - 26 U 174/23

RID 24-04-114

www.juris.de

BGB §§ 249, 253 II, 278, 280 I, 630a, 823 I, 831

Die bei der **Aufnahmeuntersuchung** festgestellte leichte Überwärmung und der deutliche Erguss am linken Knie stellen regelmäßig anzutreffende Symptome **acht Tage nach der Implantation einer Totalendoprothese** dar. Sie sind Folge der natürlichen (nicht durch Infektionserreger hervorgerufenen) Entzündungsreaktion der Gelenkschleimhaut, welche die Heilung der Operationswunde einleitet. In unterschiedlich starker Ausprägung treten diese Symptome daher regelmäßig auf. Aus diesen Gründen erwecken die bei dem Kl. beobachteten Symptome noch keinen Verdacht auf eine Infektion.

e) Durchtrennung des Nervus accessorius

LG Münster, Urteil v. 12.07.2022 - 108 O 47/19
www.juris.de
BGB §§ 249, 253, 280 I, 630a, 823 I

RID 24-04-115

Leitsatz: Kommt es im Rahmen eines **operativen Eingriffs** zur **Durchtrennung des Nervus accessorius**, stellt im Jahr 2014 das **Unterbleiben einer Darstellung** des Nervs und des Neuromonitorings keinen Verstoß gegen den fachärztlichen Standard dar.

f) Suizidgefährdeter Patient: Unbeaufsichtigtes Duschens

OLG Köln, Urteil v. 21.08.2024 - 5 U 127/23
www.juris.de
BGB §§ 280, 823, 831

RID 24-04-116

Leitsatz: Zur **Befugnis einer Pflegekraft** zur Gestattung des **unbeaufsichtigten Duschens** eines **suizidgefährdeten Patienten** auf der geschlossenen psychiatrischen Station ohne vorherige Rücksprache mit einem Arzt und zur Kausalität einer Pflichtverletzung für den eingetretenen Suizid.

g) Zahnärztliche Behandlung

aa) Ohne Einwilligung vorgenommene Erweiterung der zahnärztlichen Behandlung

OLG Naumburg, Urteil v. 24.09.2024 - 1 U 86/23
www.juris.de
BGB §§ 253 II, 249 I, 280 I, 630a, 630d I

RID 24-04-117

Leitsatz: Führt die **ohne Einwilligung** der Patientin **vorgenommene Erweiterung der zahnärztlichen Behandlung** zur **Verletzung des Nervus lingualis**, kann unter dem weiteren Gesichtspunkt der Genugtuung ein **Schmerzensgeld** von 10.000 € in Betracht kommen.

bb) Notfallpatient: Keine Versorgung mit einer definitiven Prothese

OLG Brandenburg, Beschluss v. 22.08.2024 - 12 U 30/24
www.juris.de
BGB §§ 253 II, 630a ff., 823 I

RID 24-04-118

Ein Zahnarzt ist nicht verpflichtet, die **Versorgung mit einer definitiven Prothese** selbst vorzunehmen, wenn sich der Patient lediglich als **Notfallpatient** vorstellt.

Das OLG wies mit Beschl. v. 01.10.2024 - juris die Berufung des Kl. zurück.

3. Aufklärung

a) Höhergradige Ausprägung einer Erkrankung (hier: Morbus Dupuytren)

OLG Bamberg, Beschluss v. 21.10.2024 - 4 U 4/24 e
www.juris.de
BGB §§ 630a, 630e, 630h

RID 24-04-119

Leitsatz: Die **höhergradige Ausprägung einer Erkrankung** (hier: Morbus Dupuytren) gebietet keine gesonderte **Aufklärung** über hieraus resultierende erhöhte Operationsrisiken; eine Aufklärung über das grundsätzliche Bestehen dieser Risiken reicht aus.

b) Aufklärung durch Kooperationspartner eines Krankenhauses

OLG Dresden, Urteil v. 15.10.2024 - 4 U 100/24

RID 24-04-120

www.juris.de

BGB §§ 630a ff.

Ein **Krankenhaus** ist nicht verpflichtet, den Patienten über eine kontrastmittelgestützte CT-Untersuchung **aufzuklären**, wenn diese von einem **Kooperationspartner** des Krankenhauses, einer radiologischen Praxis, durchgeführt wird. Jeder behandelnde Arzt ist verpflichtet, den Patienten hinsichtlich der von ihm übernommenen Behandlungsaufgabe aufzuklären. Sind mehrere Ärzte an der Behandlung eines Patienten beteiligt, so ist grundsätzlich zunächst jeder für diejenigen Eingriffe und Behandlungsmaßnahmen aufklärungspflichtig, die er selbst durchführt. Aufklärungspflichtig ist grundsätzlich jeder Arzt für diejenigen Eingriffs- und Behandlungsmaßnahmen, die er selbst durchführt, und nur soweit sein Fachgebiet betroffen ist.

Das Krankenhaus muss sich allerdings das Verhalten des Kooperationspartners als **Erfüllungsgehilfen** gem. § 278 BGB zurechnen lassen, wenn dieser unmittelbar mit dem Krankenhaus abrechnet. Der Behandlungsvertrag des Patienten mit dem Krankenhaus umfasst grundsätzlich alle notwendigen Behandlungsleistungen einschließlich der Leistungen, die ein Krankenhaus von einem Dritten bezieht.

4. Sachverständige

a) Facharzt für Neurochirurgie für Behandlungsfehler eines Orthopäden

OLG Karlsruhe, Urteil v. 29.11.2023 - 7 U 115/22

RID 24-04-121

www.juris.de

BGB § 823

Leitsatz: 1. Zur ermessensfehlerfreien **Auswahl eines Facharztes für Neurochirurgie als gerichtlicher Sachverständiger** für die Begutachtung behaupteter Behandlungsfehler in Zusammenhang mit der konservativen Behandlung einer Densfraktur durch einen **Facharzt für Orthopädie**.

2. Zur **Schmerzensgeldbemessung** bei einem groben Behandlungsfehler bei der Behandlung einer Densfraktur und hieraus resultierender Pseudoarthrose, Schmerzen und Bewegungseinschränkungen mit Auswirkungen auf die Lebensführung des Patienten (hier 25.000 €).

Nachgehend BGH, Beschl. v. 19.08.2024 - VI ZR 4/24 -.

b) Ablehnung eines Sachverständigen: Offenlegung des Näheverhältnisses zu einer Partei

OLG Bamberg, Beschluss v. 17.09.2024 - 4 W 41/24 e

RID 24-04-122

www.juris.de

ZPO §§ 406 II, 407a, 411 III

Leitsatz: 1. Will eine Partei ihren **Ablehnungsantrag** darauf stützen, dass der **Sachverständige** ein **Näheverhältnis** zu einer Prozesspartei nicht offengelegt hat, so hat sie ihr Ablehnungsgesuch unverzüglich nach Ablauf des Zeitraums zu erheben, in dem der Sachverständige zur Mitteilung desselben gemäß § 407a Abs. 2 Satz 2 ZPO verpflichtet gewesen wäre.

2. Unterzeichnet ein Sachverständiger sein Gutachten gemeinsam mit einer weiteren Person mit dem **Zusatz „Nach gemeinsamer Durchsicht“**, so ergibt sich hieraus hinreichend deutlich die Übernahme der uneingeschränkten **persönlichen Gesamtverantwortung** für den Inhalt des Gutachtens.

3. Benennt ein Sachverständiger eine zur Gutachtenerstattung **hinzugezogene Person** oder den Umfang ihrer Tätigkeit entgegen § 407a Abs. 3 ZPO nicht, begründet dies regelmäßig keine Besorgnis der Befangenheit.

4. Mangelnde **Sachkunde** des Sachverständigen lässt grundsätzlich keinen Schluss auf dessen **Unparteilichkeit** zu.

5. Zuständiges Gericht für Klage auf Hinterbliebenengeld nach angeblichem Arztfehler

OLG Frankfurt, Beschluss v. 25.07.2024 - 11 UH 18/24

RID 24-04-123

www.juris.de

BGB § 844 III; ZPO §§ 32, 36 I Nr. 6

Leitsatz: Der Anspruch auf **Hinterbliebenengeld** gemäß § 844 Abs. 3 BGB knüpft an eine eingetretene Verletzung des Rechtsguts Leben an, also an den Tod des Opfers der deliktischen Handlung. **Begehungsort** im Sinne des § 32 ZPO ist daher in **arzthaftungsrechtlichen Fällen** neben den Orten, an denen der Behandlungsfehler begangen oder Behandlungen pflichtwidrig unterlassen wurden, immer auch der Ort, an dem der Tod eingetreten ist.

Anhang I: BSG - Anhängige Revisionen Vertragsarztrecht

Stand: 15.11.2024. Die Angaben „Aktenzeichen“, „Termin“ und „Rechtsfrage“ sowie über die Vorinstanz (Gericht und Aktenzeichen) beruhen auf der Veröffentlichung des BSG (Anhängige Rechtsfragen des 6. Senats – <http://www.bundessozialgericht.de>).

Sachgebiet	Aktenzeichen:	Rechtsfrage	Vorinstanz	RID
Honorarverteilung				
Arzt-/Psychotherapeutenregister				
Zweigpraxis/Genehmigung der KV/Fachkunde/Notdienst/Disziplinarrecht				
Sachlich-rechnerische Berichtigung				
Wirtschaftlichkeitsprüfung/Regress				
Vorverfahren bei Feststellung eines „Sonstigen Schadens“	B 6 KA 6/24 R	Ist auch in Fällen des Regresses bei "sonstigen Schäden" - hier: vertragsärztliche Arzneimittelverordnung während eines stationären Aufenthaltes - ein Vorverfahren vor dem Beschwerdeausschuss nach § 106 Absatz 5 Satz 8 SGB V (in der bis 31.12.2016 geltenden Fassung, heute: § 106c Absatz 3 Satz 6 SGB V) entbehrlich?	<i>LSG Thüringen</i> , Urt. v. 07.12.2022 - L 11 KA 814/19 -	24-03-14 NZB
Zulassung und Ermächtigung				
Sonderbedarfszulassung: Zusatzbezeichnung/Zusatz- Weiterbildung „Schlafmedizin	B 6 KA 4/24 R	Kann die ärztliche Zusatzbezeichnung/Zusatz-Weiterbildung „Schlafmedizin“ eine qualifikationsbezogene Sonderbedarfszulassung begründen?	<i>SG Magdeburg</i> , Urt. v. 21.02.2024 - S 1 KA 65/20 -	24-03-19
Sonderbedarfszulassung: strahlenschutzrechtliche Personalvorgaben	B 6 KA 5/24 R	Können strahlenschutzrechtliche Personalvorgaben allein einen Anspruch auf eine Anstellungsgenehmigung im Sonderbedarf begründen?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 15.05.2024 - L 5 KA 2346/22 -	24-03-20
Auswahlentscheidung nach teilweiser Entsperrung: Verzicht und Erledigung	B 6 KA 11/23 R	Gilt der Grundsatz, dass sich das Zulassungsverfahren für einen unterlegenen Mitbewerber erledigt, wenn der einzige verbliebene Konkurrent im Laufe des Verfahrens seinen Verzicht auf die erteilte Zulassung erklärt, auch im Falle eines Zulassungsverfahrens nach teilweiser Entsperrung des Planungsbereichs (vergleiche Bundessozialgericht Urteil vom 15.7.2015 - B 6 KA 31/14 R = SozR 4-1500 § 131 Nummer 9)?	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 14.09.2022 - L 12 KA 36/21 -	23-03-31 NZB
Anstellung neben zwei häftigen Versorgungsaufträgen	B 6 KA 7/24 R	Schließt § 20 Absatz 1 Ärzte-ZV eine zusätzliche Tätigkeit als angestellter Arzt für einen anderen Vertragsarzt neben der Tätigkeit als zugelassener Vertragsarzt mit zwei häftigen Versorgungsaufträgen aus?	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 31.01.2024 - L 12 KA 17/23 -	24-03-22
Mündliche Verhandlung vor Berufungsausschuss/Ermächtigung Psychotherapie-Ausbildungsstätte nach § 117 Abs. 3a SGB V	B 6 KA 3/23 R	Ist die Durchführung einer mündlichen Verhandlung vor dem Berufungsausschuss auch in den nicht ausdrücklich in § 37 Absatz 1 Satz 1 Ärzte-ZV genannten Fällen obligatorisch, wenn die Angelegenheit für den Antragsteller von überragender wirtschaftlicher Bedeutung ist? Zur erforderlichen Bedarfsprüfung bei der Ermächtigung einer Ambulanz an einer nach § 117 Absatz 3a SGB V.	<i>SG Magdeburg</i> , Urt. v. 18.01.2023 - S 1 KA 244/21 -	23-03-33
Gesamtvergütung/Integrierte Versorgung/Aufsicht/GBA/KV/ Pädiatrische Spezialambulanz/Hausarztzentrierte Versorgung				
Wirtschaftlichkeitsprüfung: Ausschluss der Hemmung der zweijährigen Frist/ Differenzkostenregelung bei Cannabisblüten	B 6 KA 2/24 R	Verstößt der zwischen dem GKV-Spitzenverband und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in § 3b Absatz 1 Satz 2 der Rahmenvorgaben nach § 106b Absatz 2 SGB V vom 1.5.2020 vereinbarte Ausschluss der Hemmung der zweijährigen Frist zur Festsetzung einer Nachforderung im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen gegen die gesetzlich durch § 106 Absatz 3 Satz 3 SGB V bestimmte Geltung von § 45 Absatz 2 SGB I?	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urt. v. 20.03.2024 - L 3 KA 21/23 -	

		Zum Anwendungsbereich der Differenzkostenregelung nach § 106b Absatz 2a SGB V, wenn ein Vertragsarzt seiner Patientin Cannabisblüten zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnet hat, ohne dass eine entsprechende Genehmigung der Krankenkasse im Sinne von § 31 Absatz 6 Satz 2 SGB V vorlag.		
Hochschulambulanzen/Schiedsstelle: Ausnahme vom Grundsatz der Beitragssatzstabilität	B 6 KA 12/23 R Erledigt durch Rücknahme der Revision	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: 15.11.2024. 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				
Kostenerstattung				
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 -	24-03-58 NZB
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	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

	B 3 KR 5/24 R	Handelt es sich unter Anwendung des sogenannten Freiburger Sprachtests im Nutzsfall bei einem Messunterschied von 5%-Punkten zwischen zuzahlungspflichtigen und zuzahlungsfreien Hörgeräten um einen wesentlichen Gebrauchsvorteil oder um eine Messtoleranz?	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urt. v. 19.04.2024 - L 16 KR 382/22 -	24-04-07
Hörgerät: Objektivierbarer Gebrauchsvorteil von 5% im Sprachverstehen	B 3 KR 6/24 R	Welchen inhaltlichen und Verfahrensvoraussetzungen unterliegt die Ablehnung einer festbetragsüberschreitenden Versorgung mit einem Hörgerät mangels wesentlichen Gebrauchsvorteils durch die Krankenkasse?	<i>LSG Sachsen</i> , Urt. v. 04.04.2024 - L 9 KR 284/21 -	24-03-55 NZB

Häusliche Krankenpflege/Haushaltshilfe

Fahrkosten

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

Entwöhnungsbehandlung bei Zurückstellung der Strafvollstreckung nach § 35 BtMG	B 1 KR 20/24 R	Steht der Ruhestatbestand des § 16 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 SGB V dem Anspruch eines gesetzlich Versicherten gegen seine Krankenversicherung auf eine Rehabilitationsmaßnahme im Zeitraum der Zurückstellung der Strafvollstreckung nach § 35 BtMG entgegen?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 14.05.2024 - L 11 KR 3343/23 -	24-04-51
--	----------------	--	---	----------

Krankenhauskosten

Beweislast für die Notwendigkeit einer stationären Behandlung	B 1 KR 31/24 R	Wer trägt die Beweislast für die Notwendigkeit einer stationären Behandlung als Voraussetzung eines Vergütungsanspruchs?	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urt. v. 16.11.2022 - L 4 KR 18/21 -	
Stationäre Aufnahme auf Intensivstation und Versterben innerhalb weniger Minuten	B 1 KR 34/24 R	Liegt eine stationäre Krankenhausbehandlung vor, wenn eine zuvor durch den Rettungsdienst begonnene Reanimation auf der Intensivstation des Krankenhauses unter Einsatz der dortigen Diagnostik für wenige Minuten fortgeführt und dann der Tod des Versicherten festgestellt wird.	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 18.03.2024 - L 4 KR 1217/22 -	24-02-35
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
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
Stationäre Reha-Notfallbehandlung im Krankenhaus bei fehlendem Reha-Platz	B 1 KR 21/24 R	Versorgt ein Krankenhaus einen Versicherten, der keiner Krankenhausbehandlung mehr bedarf, weiter stationär, weil er stationärer medizinischer Rehabilitation bedarf, aber nicht erhält, richtet sich dann der Vergütungsanspruch des Krankenhauses für die sogenannte Notfall-Reha grundsätzlich gegen die Krankenkasse des Versicherten oder gegen den zuständigen Reha-Träger?	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urt. v. 07.12.2022 - L 4 KR 450/21 -	24-03-70 NZB
Aufklärungspflicht bei Operationen/Präklusion	B 1 KR 6/23 R	Liegt eine Verletzung der Aufklärungspflicht des Krankenhauses als Erfordernis des Wirtschaftlichkeitsgebots bei sogenannten Gelegenheitsoperationen vor, wenn der Arzt	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urt. v. 18.01.2023	23-02-83

		erst intraoperativ die erweiternde Behandlungsentscheidung trifft und der Patient zuvor hierüber nicht aufgeklärt wurde (hier: Sichtung und Verschluss eines offenen Foramen ovale (PFO) mittels Direktnaht während eines Herzklappeneingriffs)? Schließt § 8 Satz 3 Prüfverfahrensvereinbarung (PrüfvV) 2014 den Einwand der Aufklärungspflichtverletzung aus, wenn zwar Nebendiagnose und OPS unter dem Gesichtspunkt der Wirtschaftlichkeit Gegenstand des Prüfverfahrens waren, der sich hierauf beziehende Einwand der Aufklärungspflichtverletzung jedoch erst im Klageverfahren benannt wird?	- L 4 KR 308/21 -	
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
Nichterfüllung von Anforderungen einer Qualitätssicherungsrichtlinie	B 1 KR 26/24 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 zur Kinderonkologie - KiOn-RL)?	<i>SG Magdeburg</i> , Urt. v. 18.06.2024 - S 25 KR 136/18 -	24-03-73
Einleitung eines Prüfungsverfahrens: Kodierte Nebendiagnosen	B 1 KR 9/24 R	Ist es dem Krankenhaus nach Ablauf der Fünf-Monats-Frist des § 7 Absatz 5 Satz 2 Prüfverfahrensvereinbarung - PrüfV vom 3.2.2016) verwehrt, den Datensatz durch Nachkodierung anderer vergütungsrelevanter Nebendiagnosen zu ergänzen, wenn sich der dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung erteilte Prüfauftrag auf sämtliche vergütungsrelevante Nebendiagnosen bezieht?	<i>LSG Schleswig-Holstein</i> , Urt. v. 31.01.2024 - L 5 KR 189/21 -	24-02-47
Nachkodierung der Zusatzentgelte und materielle Präklusionswirkung	B 1 KR 30/24 R	Ist es dem Krankenhaus nach Ablauf der Fünf-Monats-Frist des § 7 Absatz 5 Satz 2 Prüfverfahrensvereinbarung - PrüfV vom 3.2.2016 (juris: PrüfVbg) verwehrt, den Datensatz durch Nachkodierung anderer vergütungsrelevanter Zusatzentgelte zu ergänzen, wenn sich der dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung erteilte Prüfauftrag (unter anderem) allgemein auf die korrekte Abrechnung der Zusatzentgelte bezieht?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 06.12.2023 - L 10 KR 646/22 KH -	24-02-49 NZB
Prüfauftrag: Kodierte Nebendiagnosen	B 1 KR 22/24 R	Ist es dem Krankenhaus nach Ablauf der Fünf-Monats-Frist des § 7 Absatz 5 Satz 2 Prüfverfahrensvereinbarung - PrüfV vom 3.2.2016 oder nach Abschluss der Prüfung vor Ort (§ 7 Absatz 5 Satz 4 Prüfverfahrensvereinbarung) verwehrt, den Datensatz durch Nachkodierung anderer vergütungsrelevanter Nebendiagnosen zu ergänzen, wenn sich der dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung erteilte Prüfauftrag auf sämtliche vergütungsrelevante Nebendiagnosen bezieht?	LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 31.01.2024 - L 5 KR 117/20 -	24-03-85
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
Abschlag bei kürzerer Verweildauer als die untere Grenzverweildauer	B 1 KR 14/24 R	Zu den Voraussetzungen eines Verlegungsabschlages nach § 1 Absatz 3, § 3 Absatz 2 der Fallpauschalenvereinbarung (FPV) 2019.	<i>LSG Saarland</i> , Urt. v. 20.03.2024 - L 2 KR 33/22 -	24-03-89

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 NZB
Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Eigene Fachabteilung	B 1 KR 22/23 R	Unterfällt die Prüfung einer strukturellen Mindestvoraussetzung einer Komplexbehandlung (hier: Vorhandensein einer bestimmten Abteilung im Krankenhaus) dann nicht der Ausschlussfrist des § 275 Absatz 1c SGB V in der ab 1.1.2016 geltenden Fassung, wenn diese Mindestvoraussetzung keine auch im Einzelfall patientenbezogene Mindestvoraussetzung ist, sondern unabhängig von der konkreten Behandlung Beachtung finden muss? Zum Vorliegen des Mindestmerkmals "unmittelbarer Zugang zu neurochirurgischen Notfalleingriffen sowie zu gefäßchirurgischen und interventionell-neuroradiologischen Behandlungsmaßnahmen (Es gibt jeweils eine eigene Abteilung im Hause ...)" im OPS 8-981.	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urt. v. 15.08.2023 - L 16 KR 346/21 -	23-04-59
Intensivmedizinische Versorgung	B 1 KR 13/24 R	Setzt das Merkmal „intensivmedizinische Versorgung“ nach der Deutschen Kodierrichtlinie (DKR) 10011 (2017) die Beatmung auf einer Station voraus, die - insbesondere hinsichtlich der ärztlichen Anwesenheit und Verfügbarkeit - den strukturellen Voraussetzungen einer Intensivstation entspricht?	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urt. v. 08.09.2022 - L 16 KR 201/22 -	24-03-90 NZB
Intensivmedizinische Komplexbehandlung: Intensivstation	B 1 KR 28/24 R	Setzt die Kodierung des OPS-Kodes 8-980 die Behandlung auf einer auch als solche bezeichneten „Intensivstation“ voraus, oder genügt die Behandlung auf einer „Intermediate Care Station“, auf der eine intensivmedizinische Behandlung nach den vom 3. Senat im Urteil vom 28.2.2007 (B 3 KR 17/06 R) aufgestellten Anforderungen erfolgen kann?	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Beschl. v. 16.06.2023 - L 16/4 KR 38/20 -	24-04-69 NZB
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?	<i>LSG Schleswig-Holstein</i> , Urt. v. 25.04.2023 - L 10 KR 15/21 -	23-03-96 NZB
Zweite Korrektur durch Nachkodierung der Nebendiagnosen	B 1 KR 17/24 R	Ist eine zweite Korrektur oder Ergänzung eines Datensatzes auch dann durch § 7 Absatz 5 Satz 1 der Prüfverfahrensvereinbarung vom 18.7.2014 ausgeschlossen, wenn die erste Korrektur oder Ergänzung lediglich der Umsetzung des zuvor erstellten MDK-Gutachtens gedient hat?	<i>LSG Schleswig-Holstein</i> , Urt. v. 19.12.2023 - L 10 KR 16/19 -	24-03-84
Austausch von Haupt- und Nebendiagnose	B 1 KR 18/24 R	Steht die materielle Präklusionswirkung nach § 7 Absatz 5 der Vereinbarung über das Nähere zum Prüfverfahren nach § 275 Absatz 1c SGB V vom 3.2.2016 (Prüfverfahrensvereinbarung - PrüfV 2016) dem nachträglichen Austausch von Haupt- und Nebendiagnose entgegen, wenn der Prüfauftrag nur die Haupt-, nicht die Nebendiagnosen umfasst?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 25.01.2024 - L 16 KR 304/22 KH -	24-03-83
Aufwandspauschale: Keine Minderung des Abrechnungsbetrags	B 1 KR 19/24 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? Können für einen Anspruch auf Zahlung einer Aufwandspauschale Verzugszinsen geltend gemacht werden?	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 29.05.2024 - L 14 KR 103/21 -	23-04-105
Aufwandspauschale: Verzugszinsen	B 1 KR 15/24 R	Sind auf die Aufwandspauschale nach § 275c Absatz 1 Satz 2 SGB V vorprozessuale Verzugszinsen zu zahlen?	<i>SG Regensburg</i> , Urt. v. 11.01.2024 - S 8 KR 341/22 -	24-03-107

Nachrang der Sozialhilfe und obligatorische Anschlussversicherung	B 1 KR 16/24 R	Steht der (allgemeine) Nachrang der Sozialhilfe (§ 2 Absatz 1 SGB XII) einer Befugnis der Krankenkasse entgegen, die obligatorische Anschlussversicherung gemäß § 188 Absatz 4 SGB V mittels Feststellung der Eigenschaft als "Empfänger laufender (SGB XII-) Leistungen" auszuschließen, wenn keine Anhaltspunkte für eine manipulative Leistungssteuerung durch den Sozialhilfeträger bestehen.	<i>SG Berlin</i> , Urt. v. 08.04.2024 - S 112 KR 2121/21 -	24-03-81
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?	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , Urt. v. 22.06.2022 - L 9 KR 186/19 KL	22-04-108 NZB
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?	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , 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?	<i>LSG Berlin-Brandenburg</i> , 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 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?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 13.12.2023 - L 5 KR 3223/22 -	24-01-94

Ambulante Versorgung

Weitere Leistungserbringer/Arzneimittelhersteller

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?	<i>LSG Sachsen</i> , Urt. v. 13.07.2022 - L 1 KR 208/21 -	23-03-115 NZB
	B 3 KR 9/23 R	Haben Einzelverträge zwischen Krankenkassen und Apotheken zur Versorgung mit parenteralen Zubereitungen aus Fertigarzneimitteln nach § 129 Absatz 5 Satz 3 SGB V (idF bis 12.5.2017 sowie der Übergangsregelung bis 31.8.2017) eine die Leistungserbringung durch andere Apotheken ausschließende Exklusivwirkung?	<i>LSG Sachsen</i> , Urt. v. 13.07.2022 - L 1 KR 209/21 -	23-03-114 NZB
Festzuschüsse auf Rezepturarztneimittel: Einkaufspreis der üblichen Abpackung	B 3 KR 4/24 R	Zur Auslegung des § 5 Absatz 2 AMPPreisV hinsichtlich der Frage, ob bei der Berechnung der Festzuschüsse auf Rezepturarztneimittel vom Einkaufspreis der üblichen Abpackung eines verwendeten Stoffes beziehungsweise der erforderlichen Packungsgröße verwendeter Fertigarzneimittel auszugehen ist, selbst wenn bei der Zubereitung des Rezepturarztneimittels der Inhalt der üblichen Abpackung beziehungsweise Packungsgröße nicht vollständig verbraucht wird.	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 17.01.2024 - L 10 KR 701/22 -	24-02-63

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
Arzneimittelhersteller/Herstellerabschlagspflicht: Vergleichspreis	B 3 KR 16/23 R	Zur Frage der Durchschnittsbildung zur Bestimmung des Preisstandes nach § 130a Absatz 3a SGB V.	LSG Berlin-Brandenburg , Urt. v. 19.10.2023 - L 14 KR 258/18 -	24-01-100
Verfolgung der Interessen der Anbieter digitaler medizinischer Anwendungen	B 3 KR 6/23 R Zurückname nach Vergleich	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
Aufnahme in das Hilfsmittelverzeichnis 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?	LSG Berlin-Brandenburg , Urt. v. 22.11.2023 - L 16 KR 111/19 -	24-01-101
Begründung eines Schiedsspruches (Physiotherapie) bis zur letzten mündlichen Verhandlung	B 3 KR 9/24 R	Zur Auslegung des § 125 Absatz 5 SGB V hinsichtlich des Gestaltungsspielraums, der Frist sowie der inhaltlichen und formellen Anforderungen an die Begründung eines Schiedsspruchs.	LSG Berlin-Brandenburg , Urt. v. 19.04.2024 - L 1 KR 9/23 KL -	24-03-112
Ausgleich pandemiebedingter finanzieller Belastungen an Heilmittelerbringer	B 3 KR 12/24 R	Zum Anknüpfungspunkt für die Höhe von Zahlungen zum Ausgleich pandemiebedingter finanzieller Belastungen an Heilmittelerbringer nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 COVID-19-Vst-SchutzV.	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 24.05.2023 - L 10 KR 657/22 SodEG -	24-01-103 NZB

Integrierte Versorgung

Krankenkassen

GBA

Sonstiges